



**Assistance Association for Political Prisoners (Burma)**

နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်း (မြန်မာနိုင်ငံ)

E-mail: [info@aappb.org](mailto:info@aappb.org), [info.aappburma@gmail.com](mailto:info.aappburma@gmail.com) Website: [www.aappb.org](http://www.aappb.org)

# Treating Common Mental Health Disorders in Burma and the need for Comprehensive Mental Health Policies

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော  
စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာနာမကျန်းဖြစ်မှုကို ကုသပေးခြင်းနှင့်  
ပြည့်စုံသော စိတ်ကျန်းမာရေးမူဝါဒများ လိုအပ်မှု

## ကျေးဇူးတင်လွှာ

ဤ အစီရင်ခံစာဖြစ်မြောက်ရေးအတွက် အဓိက ကြိုးစားပေးခဲ့သော Ms. Ronja Baatz အားလည်းကောင်း၊ ဘာသာပြန်ဆိုမှုအပါအဝင် ဝိုင်းဝန်းကူညီပေးခဲ့သော AAPP ၏ စိတ်ဓာတ်မြှင့်တင်ရေးအစီအစဉ် (MHAP) နှင့် AAPP ဝန်ထမ်းများအား အထူးကျေးဇူးတင်ရှိပါသည်။

ထို့အပြင် အစီရင်ခံစာ ထုတ်ဝေနိုင်ရေးအတွက် ငွေကြေးအကူအညီ ပေးခဲ့သော မြန်မာနိုင်ငံဆိုင်ရာ ဗြိတိသျှသံရုံးနှင့် အစီရင်ခံစာ မိတ်ဆက်ပွဲကို လက်ခံကျင်းပပေးသော ရန်ကုန်မြို့၊ မြန်မာနိုင်ငံဆိုင်ရာ ပြင်သစ်နိုင်ငံသံရုံး၊ ယဉ်ကျေးမှုဌာန Ms. Laetitia Hoarau (Technical Cooperation and Humanitarian Affairs Officer, French Embassy in Myanmar) အပါအဝင် သံရုံးတာဝန်ရှိသူများအား နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီ စောင့်ရှောက်ရေးအသင်း (Assistance Association for Political Prisoners) မှ အထူး ကျေးဇူးတင်ရှိကြောင်း မှတ်တမ်းတင် ဖော်ပြအပ်ပါသည်။

နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်း

# မာတိကာစဉ်

အတိုကောက်စာလုံးများ အဓိပ္ပါယ်ဖော်ပြချက်

မိတ်ဆက်စကား

၀.၁။ နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်း(AAPP)၏

စိတ်ဓာတ်ပြန်လည်မြှင့်တင်ရေးအစီအစဉ်

၀.၂။ ရည်ရွယ်ချက်များ

၀.၃။ ဤအစီရင်ခံစာကို မည်သို့အသုံးပြုမည်နည်း

အခန်း ၁။ ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု

၁.၁ ။ ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု

၁.၂ ။ ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုသည် လူ့အဖွဲ့အစည်းကို မည်သို့ သက်ရောက်သနည်း။

၁.၃ ။ ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုကို မည်သူက ကုသပေးမည်နည်း

အခန်း ၂။ ဝင်ငွေနှိမ့်သော၊ ဝင်ငွေအလယ်အလတ်ရှိသော နိုင်ငံများ၏ စိန်ခေါ်မှုများ

၂.၁။ နာမကျန်းဖြစ်စေသည့် အချက်များ

၂.၁.၁ ဆင်းရဲမွဲတေမှု

၂.၁.၂ ပဋိပက္ခများ

၂.၁.၃ နိုင်ငံရေးလွတ်လပ်ခွင့် အားနည်းခြင်း

၂.၂။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အရင်းအမြစ်များ

၂.၂.၁။ လူထုအခြေပြု စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းနှင့် အဖွဲ့အစည်းအခြေပြု စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း

၂.၂.၂။ စိတ်ကျန်းမာရေးအလုပ်အဖွဲ့

၂.၂.၃။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ဖြန့်ဝေခြင်းနှင့် လက်ခံရရှိနိုင်မှု

၂.၂.၄။ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် ရန်ပုံငွေ

၂.၂.၅။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မူဝါဒနှင့် ဥပဒေများ

၂.၂.၆။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ သုတေသန

၂.၂.၇။ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုအတွက် မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma)

အခန်း ၃။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေး

အခန်း ၄။ ကမ္ဘာ့စိတ်ကျန်းမာရေး မည်သို့ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်နေသနည်း။

၄.၁။ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့။ စိတ်ကျန်းမာရေး လုပ်ငန်းအစီအစဉ်

၄.၂။ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်မှုမြှင့်တင်ရန် အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာဖြေရှင်းမှုများ

အခန်း ၅။ မြန်မာပြည် မှ CETA

အခန်း ၆။ သုံးသပ်ချက်များနှင့် အကြံပြုတိုက်တွန်းမှုများ

ကျမ်းကိုးစာရင်း

ဖတ်ရန်စာအုပ်များအညွှန်း

# အတိုကောက်စာလုံးများ အဓိပ္ပါယ်ဖော်ပြချက်

AAPP	နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်း
ASPIRE-MHS	အာရှ ပစိဖိတ် စိတ်ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုအတွက် သုတေသနအစီအစဉ်
CETA	Common Elements Treatment Approach
CMHD	ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု
GAP	ယေဘုယျဖြစ်သော စိုးရိမ်ပူပန်မှုစံလွဲခြင်း
CRPD	မသန်စွမ်းသူများ၏ အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက်
FPP	နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများ
HIC	ဝင်ငွေမြင့်သော တိုင်းပြည်များ
ICESCR	စီးပွားရေး၊ လူမှုရေးနှင့် ယဉ်ကျေးမှုအခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ နိုင်ငံတကာ သဘောတူစာချုပ်
IDP	ပြည်တွင်းနေရပ်စွန့်ခွာတိမ်းရှောင်သူများ
INGO	အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်းများ
JHU	ဂျွန်ဟော့ပ်ကင်း တက္ကသိုလ်
LIC	ဝင်ငွေနိမ့်သော တိုင်းပြည်များ
LMIC	ဝင်ငွေနိမ့်နှင့် ဝင်ငွေအလယ်အလတ်ရှိသော တိုင်းပြည်များ
MGMH	ကမ္ဘာ့စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှုများ
MHAP	စိတ်ဓာတ်ပြန်လည်မြှင့်တင်ပေးရေး အစီအစဉ်
mhGAP	စိတ်ကျန်းမာရေးကွာဟမှုအတွက် လုပ်ငန်းအစီအစဉ်
mhGAP-IG	စိတ်ကျန်းမာရေးကွာဟမှုအတွက် လုပ်ငန်းအစီအစဉ် ကုသမှုလမ်းညွှန်
MHIN	စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆန်းသစ်ပြောင်းလဲခြင်း ကွန်ရက်
NGO	အစိုးရမဟုတ်သည့် အဖွဲ့အစည်း
OCD	အာသာဆန္ဒပြင်းပြမှု၊ အမှုအကျင့်တစ်ခုကို တမ်းတမ်းစွဲဖြစ်မှု စံလွဲခြင်း
PTE	ဖြစ်နိုင်ချေရှိသော စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်ရပ်
PTSD	ထိတ်လန့်ဖွယ်ဖြစ်ရပ်များ ဖြစ်ပြီးနောက် ပေါ်ပေါက်လာသည့် စိတ်ဖိစီးမှုဝေဒနာ
UDHR	အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာ လူ့အခွင့်အရေး ကြေညာစာတမ်း
WHO	ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီး

## မိတ်ဆက်စကား

၂၀၁၅ ခုနှစ် ထုတ်ပြန်ချက်အရ ကျန်းမာရေးပြဿနာ ၁၀ ခုတွင် စိတ်ဓာတ်ကျမှုနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှု စံလွှဲခြင်းတို့မှာ အဖြစ်များပြီး ဂရုစိုက်ဖြေရှင်းမှု အားအနည်းဆုံးသော စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပြဿနာများ ဖြစ်နေကြပြီး (IHME 2015) ထိုပြဿနာနှစ်ခုလုံး၏ ဖြစ်ပွားမှုနှုန်းသည် တိုးပွားလျက်ရှိနေသည်။ (WHO 2017). ထိုပြဿနာများသည် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများ ဖြစ်သည်။

ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများအတွက် ထိရောက်သောကုသမှုများ ရှိသော်လည်း ကမ္ဘာ့လူဦးရေအများစုမှာ ထိုကုသမှုများကို ရရှိနိုင်မှု မရှိကြပေ။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများအတွက် ကုသမှုကွာဟချက်သည် ၉၀% နီးပါးရှိသည်။ (Than Tun Sein et al. 2014). မြန်မာနိုင်ငံ၏ လက်ရှိ နိုင်ငံရေး ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများသည် မူဝါဒရေးဆွဲသူများအတွက် အားကောင်းသော စိတ်ကျန်းမာရေးစနစ်တစ်ခုကို ဖန်တီးရန် အခွင့်အလမ်းတစ်ရပ် ပွင့်လာခြင်းဖြစ်သည်။ AAPP သည် စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းကို ဦးစားပေးအကောင်အထည်ဖော်နေသည့် အဖွဲ့များထဲမှ တစ်ဖွဲ့ဖြစ်ပြီး စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ တိုးတက်မှုအတွက် အထောက်အကူ ပေးနေသော အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်သည်။ ယခုအစီရင်ခံစာသည် စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးအတွက် AAPP ၏ ပထမဆုံး အစီရင်ခံစာဖြစ်သည်။

### ၀.၁။ AAPP ၏ စိတ်ဓာတ်ပြန်လည်မြှင့်တင်ပေးရေး အစီအစဉ်

လွန်ခဲ့သော နှစ်များစွာကတည်းက AAPP သည် Johns Hopkins University (JHU) ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးအသုံးချ သုတေသနအဖွဲ့နှင့် လက်တွဲလုပ်ဆောင်ခွင့် ရရှိခဲ့သည်။ ထို့ကြောင့် Common Elements Treatment Approach (CETA) ဟူသော မြန်မာနိုင်ငံအခြေအနေနှင့် သင့်လျော်သော ကုထုံးတစ်ရပ်ကို အကောင်အထည်ဖော်ခဲ့သည်။ CETA နည်းပြများသည် အရပ်ဘက်အဖွဲ့အစည်းများကို ပညာပေးသူများ ဖြစ်လာပြီး အစီအစဉ်တိုးချဲ့နိုင်လာသည်။

MHAP သည် AAPP ၏ အရေးပါသော အစီအစဉ်တစ်ရပ် ဖြစ်လာသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှုကို အကောင်အထည်ဖော်ရင်း စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှု ခံစားနေရသူများ၏ ဘဝပြောင်းလဲမှုများကို အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိကြောင်း AAPP တွင် မျက်မြင်တွေ့ကြုံခဲ့ရသည်များရှိသည်။

တစ်ချိန်တည်းမှာပင် မြန်မာနိုင်ငံ၌ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုစနစ်သည် ခိုင်မာမှု မရှိသည် ကိုလည်း အတွေ့အကြုံအရ သိရှိခဲ့ရသည်။ AAPP သည် လူတန်းစားအလွှာအသီးသီးကို စိတ်ကျန်းမာ ရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုအကြောင်း အသိပညာ မြှင့်တင်ပေးမှုများ ပြုလုပ်ပေးခဲ့ပါသည်။ AAPP သည် လူမှု ဝန်ထမ်း ကယ်ဆယ်ရေးနှင့် ပြန်လည်နေရာချထားရေး ဝန်ကြီးဌာန၊ နိုင်ငံတကာ သုတေသနအဖွဲ့များ၊ အရပ်ဘက်အဖွဲ့အစည်းများ၊ တိုင်းရင်းသားဒေသအခြေပြု အရပ်ဘက်အဖွဲ့အစည်းများ၊ အခြားသော အဖွဲ့အစည်းများနှင့် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်လျက်ရှိသည်။ ထို့အပြင် AAPP သည် အဆိုပါအဖွဲ့များနှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်လျက် လူတိုင်း၏ မွေးရာပါအခွင့်အရေးဖြစ်သော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရပိုင် ခွင့်နှင့် (စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်နေသူများကို လျစ်လျူရှုမထားဘဲ) စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှု ခံစားနေရသူများကို ကုသပေးနိုင်သော ကျန်းမာရေးစနစ်တစ်ခု ဖြစ်ပေါ်လာရေးအတွက်လည်း လုပ်ဆောင်လျက်ရှိပါသည်။

**၀.၂။ ရည်ရွယ်ချက်များ**

ယခုအစီရင်ခံစာသည် အောက်ပါတို့ကို ရည်ရွယ်ပါသည်။

- အထူးသဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံမှ လူထုကို ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများ အတွက် အထောက်အထားအခြေခံသော စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ၏ အရေးပါပုံကို ရှင်းလင်းတင်ပြခြင်း၊
- CETA ကို အကောင်အထည်ဖော်ရာတွင် အောင်မြင်ကြောင်း ဥပမာများပြခြင်းနှင့်
- စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းခွင်ထဲတွင် နှစ်ပေါင်းများစွာ လုပ်ကိုင်ခဲ့သော အတွေ့အကြုံများအရ မြန်မာ နိုင်ငံတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစနစ် ပိုမိုအားကောင်းလာစေရန် အကြံပြု တိုက်တွန်းမှုများကို တင်ပြခြင်း။

**၀.၃။ ဤအစီရင်ခံစာကို မည်သို့အသုံးပြုမည်နည်း**

ဤအစီရင်ခံစာသည် မြန်မာနိုင်ငံမှ ကျန်းမာရေးမူဝါဒ ရေးဆွဲသူများအတွက်ဖြစ်ပါသည်။ အထူး သဖြင့် ဆေးဝါးကုသပေးသူများနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပြုလုပ်ပေးသူများ၊ ကျန်းမာရေး လုပ်သားများအားလုံး၊ အကျဉ်းထောင်ဝန်ထမ်းများ၊ ပြည်သူ့ရဲတပ်ဖွဲ့ဝင်များ၊ ကျောင်းဆရာ ဆရာမများ၊ တပ်မတော်သားများ၊ လူမှုကူညီရေးလုပ်သားများ စသည့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ၊ ဤနယ်ပယ်ထဲတွင်ရှိသော ကျောင်းသား ကျောင်းသူများ၊ ပြည်တွင်းနှင့် နိုင်ငံတကာမှ ပညာရှင်များ၊

အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများမှ ဝန်ထမ်းများ၊ နိုင်ငံတကာ အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများမှ ဝန်ထမ်းများ၊ အရပ်ဘက်အဖွဲ့အစည်းများနှင့် အခြားစိတ်ဝင်စားသူများအတွက် ဖြစ်ပါသည်။

ဤအစီရင်ခံစာကို ဖတ်သည့်သူများ၏ နောက်ခံအကြောင်းပေါ်မူတည်၍ အသုံးပြုပုံ ကွဲပြားနိုင် သည်။ အခန်း ၁ မှ ၄ အထိသည် အဓိကအားဖြင့် သတင်းအချက်အလက်များဖြစ်၍ မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းအပေါ် အတွေ့အကြုံနည်းသူများအတွက် အသုံးဝင်မည်ဖြစ် သည်။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းအပေါ် အတွေ့အကြုံရှိသူများအတွက် လည်း ထိုအခန်းများတွင် အကျဉ်းချုပ် ပြန်လည်ကြည့်ရှုနိုင်မည်ဖြစ်သည်။

အခန်း ၅ သည် CETA နှင့် မရင်းနှီးသူများအတွက် ပိုမိုစိတ်ဝင်စားစေမည့် အကြောင်းအရာများ နှင့် ဖော်ပြချက်များဖြစ်သည်။ AAPP အနေဖြင့် ဤအစီရင်ခံစာ ဖတ်သူများအားလုံးကို အထူးတိုက်တွန်း လိုသည်မှာ အကြံပြုချက်များပါသည့် အခန်း ၆ ဖြစ်ပါသည်။ ထိုအကြံပြုတိုက်တွန်းချက်များသည် စိတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ အထောက်အပံ့ပြုရန်နှင့် အကူအညီပေးရန် စိတ်ကူးစိတ်သန်း ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

ထပ်မံသိရှိလိုပါက ဖတ်ရှုနိုင်ရန် Link များကို နောက်ဆုံးတွင် ဖော်ပြထားပါသည်။ ထို Link များသည် ဤအစီရင်ခံစာက တိုက်တွန်းလိုသည့် အဓိကအကြောင်းအရာများကို အသေးစိတ်သိရှိနိုင်ရန်အတွက် အသုံးပြုထားခြင်းဖြစ်သော်လည်း စာမျက်နှာအခက်အခဲကြောင့် အချို့ကို အကျဉ်းမျှသာ ဖော်ပြထားပါ သည်။



# အခန်း (၁)

## ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု

ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီး (WHO) က စိတ်ကျန်းမာခြင်းဆိုသည်မှာ လူတိုင်း မိမိကိုယ်မိမိ အရှိကို အရှိ အတိုင်း ရှုမြင်နားလည်နိုင်ခြင်း၊ ဘဝတွင် ကြုံတွေ့ရသည့် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ဖိစီးမှုပြဿနာများ ကို လုံလောက်သောအချိန်ပေး၍ အောင်မြင်စွာ ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းနိုင်ခြင်းနှင့် မိမိ၏ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းကို တစ်စုံတစ်ရာ အကျိုးပြုနိုင်ခြင်း စသည်တို့ ပြည့်စုံမှသာ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပြည့်စုံသည်ဟု ခေါ်ဆိုနိုင်ကြောင်း အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုထားသည်။ ထိုအဓိပ္ပါယ်သတ်မှတ်ချက်အရ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပုံမှန်လုပ်ဆောင်နေ ကျလုပ်ငန်းများကို မလုပ်ဆောင်နိုင်တော့ခြင်းသည် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းဟု ခေါ်ဆိုရပေမည်။ WHO ၏ ၂၀၁၇ ခုနှစ် ထုတ်ပြန်ချက်အရ သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများသည် တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် ပျံ့နှံ့နေသော အထူးပြဿနာတစ်ခု ဖြစ်ပေသည်။ ထိုပြဿနာများတွင် အဓိကအားဖြင့် စိတ်ဓာတ်ကျခြင်းနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှု စံလွဲခြင်းဟူသည့် အုပ်စုနှစ်ခု ပါဝင်သည်။ တစ်ခါတစ်ရံ အရက်နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး အလွဲသုံးမှုများလည်း အကျုံးဝင်ပါသည်။

ယခုအပိုင်းသည် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများတွင် ပါဝင်သည့် ပြဿနာများ၊ ထိုသာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများနှင့် အခြားစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုတို့ ဆက်စပ်မှုများ၊ ပျံ့နှံ့မှု၊ ကုသမှုဆိုင်ရာ တင်ပြခြင်းနှင့် ကုထုံးများကို ဖော်ပြသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။

၁.၁။ သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများဆိုတာ ဘာတွေလဲ။

WHO က ၁၉၉၃ ခုနှစ်တွင် ထုတ်ပြန်သည့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်ခြင်းအတွက် နိုင်ငံတကာ သတ်မှတ်ချက်တစ်ခုအရ အပြုအမူပိုင်းဆိုင်ရာနှင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စံလွဲမှု ဖြစ်ခြင်းများသည် နိုင်ငံတကာတွင် ဖြစ်ပွားသော ရောဂါများစာရင်းဝင် [International Classification of Diseases (ICD)] ဖြစ်သည်။ ထိုထုတ်ပြန်ချက်သည် အခြားအလားတူ ထုတ်ပြန်ချက်များကဲ့သို့ပင် စိတ်ဖောက်ပြန်မှုနှင့် အာရုံကြောကမောက်ကမဖြစ်မှုများကို ဖော်ပြထားခြင်း မရှိပေ။ ပုံမှန်အားဖြင့် အာရုံကြော ကမောက်ကမဖြစ်မှုအတွက် ဦးနှောက်ပိုင်းကို ကုသရမည်ဖြစ်သည်။ သာမန်စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ အပါအဝင် စိတ်ဖောက်ပြန်မှုများသည် စိတ်ကို ကုသရမည်ဖြစ်သည်။ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာစံလွဲမှုဖြစ်ခြင်းတွင် စိတ်ဖောက်ပြန်ခြင်း၊ စိတ်ကစဉ်းကလျားဖြစ်ခြင်း၊ စိတ်ကျခြင်းနှင့် စိတ်ကြွခြင်း အစွန်းနှစ်ဖက်ရောက်ခြင်း၊

အစားအသောက်၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာဖွံ့ဖြိုးမှု နှေးကွေးခြင်းတို့ ပါဝင်သည်ဟု WHO က ၁၉၉၃ ခုနှစ်တွင် ထုတ်ပြန်ထားသည်။

ထိုပြဿနာများတွင် စိတ်ဓာတ်ကျခြင်းနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်းသည် အများဆုံးဖြစ်လေ့ရှိသည့် လက္ခဏာများ ဖြစ်ကြသည်။ ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာဖြစ်ပွားမှုနှုန်းများ ခန့်မှန်းချက်များအရ ၄.၇% သည် စိတ်ဓာတ်ကျမှု(Ferrari et al. 2013)၊ ၇.၃% သည် စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်း(Baxter et al. 2013) နှင့် ၁၇.၆% သည် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ(Steel et al.2014) ဖြစ်ပွားကြသည်။

နိုင်ငံရေးအကြမ်းဖက်မှု ခံစားရသူများနှင့် နေရာမရှိသူများတွင် စိတ်ဓာတ်ကျမှုနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်း၊ စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်ပြီးနောက် စိတ်ဖိစီးမှုကစဉ်ကလျားဖြစ်ခြင်း(Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) တို့သည် ပျမ်းမျှအားဖြင့် ၃၀.၆% နှင့် ၃၀.၈% အသီးသီးရှိကြသည်။(Steel et al. 2009). စိတ်ဓာတ်ကျမှု ပြဿနာသည် ကမ္ဘာကြီးကို အားအင်ချိနဲ့စေသော အဓိကအကြောင်းရင်း ၂၀ တွင် အဆင့် ၁၃ နေရာ၌ ရောက်နေပေသည်။ (WHO 2016)

စိတ်ဓာတ်ကျခြင်းနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်းတို့အတွက် အထောက်အထားအခြေခံသော ကုထုံးများ ရှိနေပြီဖြစ်သည်။ ဝင်ငွေနိမ့်နှင့် အလယ်အလတ်ဝင်ငွေရှိသည့် တိုင်းပြည်များ (low-middle-income countries LMICs) တွင်ရှိသည့် စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာ အခံစားရဆုံးလူများသည် မည်သည့်ကုသမှုမျှ မရရှိကြပေ။ ထိုသို့ဖြစ်ခြင်းကို ကုသမှုကွာဟခြင်းဟု ခေါ်ပြီး LMICs တိုင်းပြည်များတွင် ၈၆ မှ ၉၃ % ထိ ရှိကြသည်။ အကျိုးဆက်အနေဖြင့် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများသည် ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေးတွင် ဦးစားပေးဖြစ်လာပြီး AAPP ၏ စိတ်ဓာတ်ပြန်လည်မြှင့်တင်ရေးအစီအစဉ် (MHAP) သည်လည်း AAPP ၏ အဓိကလုပ်ငန်းစဉ် ဖြစ်လာသည်။

ထိခိုက်ခံစားနေရသူများ၏ ခံစားချက် သို့မဟုတ် စိတ်ပိုင်း၊ မတူညီသောဝမ်းနည်းမှုခံစားချက်၊ လူတိုင်းဘဝ၏ တစ်ချိန်ချိန်တွင် တွေ့ကြုံနိုင်သည့် စိတ်ဖိစီးမှုနှင့် ကြောက်ရွံ့မှုများ စသည်တို့ကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသော စိတ်ဓာတ်ကျခြင်းနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်း နှစ်ခုလုံးကို စစ်ဆေးနိုင်သည့် အခြေအနေရှိသည်။ (WHO 2017a)။ ထိုနှစ်မျိုးလုံးသည် ကျွန်ုပ်တို့ အကျဉ်းချုပ် ဆက်လက်ဖော်ပြမည့် ကျယ်ပြန့်သည့် စံလွှဲမှု အတိုင်းအတာများတွင် ပါဝင်သည်။

စိတ်ဓာတ်ကျခြင်းသည် တစ်စုံတစ်ခုတွင် စိတ်ဝင်စားမှု၊ စိတ်ကျေနပ်ပျော်ရွှင်မှု ကာလကြာရှည်စွာ လျော့နည်းလာခြင်း၊ ပျောက်ဆုံးလာခြင်း ဖြစ်ပြီး အတိုင်းအတာအားဖြင့် အားပျော့၊ အလယ်အလတ်နှင့် ပြင်းထန်သော အဆင့်များ ဟူ၍ရှိသည်။ ဆန်းစစ်သုံးသပ်ခြင်းသည် ကာလကြာရှည်စွာ ဖြစ်နေသော ရောထွေးမှုဖြစ်နေသည့် လက္ခဏာများပေါ်တွင် မူတည်သည်။ ယေဘုယျအားဖြင့် စိတ်မပျော်ရွှင်ခြင်း၊

စိတ်ဝင်စားမှုနှင့် ပျော်စရာများ လျော့နည်းလာခြင်း၊ ပျောက်ဆုံးလာခြင်း၊ အလိုလိုပင်ပန်းနွမ်းနယ်လာခြင်းနှင့် အားအင်ကုန်ခန်းလာခြင်းတို့ကို ဖြစ်စေသည့် အင်အားများကျဆင်းလာခြင်းတို့ဖြစ်သည်။ (WHO 1993)

ထိုရောဂါများသည် လူမျိုးမရွေး၊ အသက်အရွယ်မရွေး ဖြစ်နိုင်သည် (WHO 2017a)။ စိတ်ဓာတ်ကျမှုများ တိုးပွားလာရသည့် အန္တရာယ်အကြောင်းရင်းများမှာ ဆင်းရဲမွဲတေမှု၊ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း၊ ဘဝတွင် တွေ့ကြုံရသည့် ချစ်ရသောသူ သေဆုံးခြင်း၊ ချစ်သူစွန့်ခွာခံရခြင်း၊ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နေမကောင်းဖြစ်ခြင်းနှင့် အရက်/မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲခြင်းတို့ကြောင့် ဖြစ်သောပြဿနာများ စသည်တို့ဖြစ်သည်။

စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်းများကို စိုးရိမ်ပူပန်မှုနှင့် ကြောက်ရွံ့မှုများဖြင့် သတ်မှတ်ခွဲခြားနိုင်သည့်အပြင် အောက်ပါစုံလွဲမှုများလည်း ပါဝင်ပါသည်။ စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်း (GAD)၊ ကြောက်ရွံ့မှုစုံလွဲခြင်း၊ ကြောက်ရွံ့စိုးရိမ်မှု (Phobias)၊ လူမှုစိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်း၊ စွဲလမ်းတပ်မက်မှုစုံလွဲခြင်း၊ စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်ပြီးနောက် စိတ်ဖိစီးမှု ကစဉ့်ကလျားဖြစ်ခြင်း စသည်တို့ဖြစ်သည်။

စိုးရိမ်ပူပန်မှုစုံလွဲခြင်းသည် အဆင့်နိမ့်သောအခြေအနေတွင် ကိုင်တွယ်နိုင်သော်လည်း ပိုမိုပြင်းထန်ဆိုးရွားလာပါက အလွန်ရိုးစင်းသော လုပ်ငန်းများကိုပင် ရှောင်ကျဉ်ခြင်း ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် အပြင်သွားခြင်း၊ လူအများကြားသွားလာမှုကို ရှောင်ကျဉ်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် လူမှုဆက်ဆံရေးများကို ရှောင်ကျဉ်ခြင်းတို့ဖြစ်သည်။ ထိုသို့ထိခိုက်ခံစားနေရသူများသည် သူတို့၏ သာမန်နေ့စဉ်လုပ်ငန်းများကို လုပ်ဆောင်ရန်ပင် ကြီးမားစွာ ခက်ခဲစေနိုင်ပါသည်။

**၁.၂။ သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများက လူ့အဖွဲ့အစည်းကို မည်သို့ထိခိုက်စေသနည်း။**

စိတ်ကျန်းမာရေးပျက်စီးမှုသည် ၎င်းပြဿနာကို ခံစားနေရသော လူပုဂ္ဂိုလ်တို့နှင့် မိသားစုဝင်များ၏ ကျန်းမာပျော်ရွှင်ရေးကို ထိခိုက်သည်သာ မကဘဲ အလုပ်ရှင်များနှင့် အစိုးရများ အပါအဝင် လူ့အဖွဲ့အစည်းကိုလည်း ကြီးမားစွာ အကျိုးဆက်များ မလွဲမသွေဖြစ်စေပါသည်။ (Kessler 2012; Hoffman et al.2008). Chisholm et al. (2016) က စိတ်ကျန်းမာရေး ကုသမှုဆိုင်ရာ လိုအပ်သည့် အထောက်အပံ့ပစ္စည်းများ အားနည်းနေခြင်းသည် လက်ရှိ တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် လူဦးရေ ၄၃ သန်းကို အကျိုးသက်ရောက်မှု ဖြစ်ပေါ် စေပြီး စီးပွားရေးတန်ဖိုးအရ နှစ်စဉ် ဒေါ်လာ ၁.၁ သန်းကျော် ခန့်မှန်းထားပါသည်။

ထိုသို့ဖြစ်နေခြင်းမှာ လုပ်ငန်းခွင်တွင် ထုတ်လုပ်မှု ကျဆင်းခြင်း၊ အလုပ်သမားများ ပါဝင်မှုနှုန်း လျော့ကျခြင်းနှင့် အခွန်ထမ်းဆောင်မှုနှုန်း လျော့ကျခြင်း၊ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် အခြား ဖူလုံရေးစရိတ်များ တိုးတက်များပြားလာခြင်းတို့ဖြစ်သည်။ (Kessler 2012; Hoffman et al. 2008; Chisholm et al. 2016).

ထို့ပြင် စိတ်ဓာတ်ကျမှုနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှုစံလွဲခြင်းတို့သည် အမျိုးမျိုးသော ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာကျန်းမာရေးများကို ထိခိုက်စေသည်။ သွေးလွှတ်ကြောဆိုင်ရာရောဂါ၊ လေသင်တုန်းဖြတ်ခြင်း၊ ဆီးချိုရောဂါ၊ နှလုံးရောဂါ၊ ကင်ဆာရောဂါများနှင့် HIV/AIDS စသည်တို့ ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။(Prince et al.2007).

စိတ်ကျန်းမာရေးမကောင်းဖြစ်နေစဉ် ကျန်းမာရေးထိခိုက်စေနိုင်သော အပြုအမူများဖြစ်သည့် ဆေးလိပ်သောက်သုံးခြင်း၊ အရက်/မူးယစ်ဆေးဝါး အလွဲသုံးခြင်းနှင့် ကုသမှုအစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်မှု လျော့ကျခြင်းတို့သည် ထိုဖြစ်ရပ်များနှင့် ဆက်စပ်နေကြသည်။

ထိုသို့ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ထိခိုက်မှုများသည် ထင်ရှားသော ဆောင်ပုဒ်တစ်ခုကို ဖြစ်ပေါ်စေသည်။  
“စိတ်ကျန်းမာမှု ကျန်းမာမည်”

စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများသည် မိသားစုကိုလည်း ထိခိုက်စေပါသည်။ ရိုဘတ် အထောက်အထားညွှန်းကိန်းအရ မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ စိတ်ဓာတ်ကျမှုပြဿနာသည် ကလေးငယ်များအပေါ် ဆက်ဆံရေးနှင့် ကလေး၏ဖွံ့ဖြိုးမှုကို ဆိုရွားစွာ ထိခိုက်စေသည်။ (Prince et al.2007) ဆယ်ကျော်သက်အရွယ်မိန်းကလေးများ၏ စိတ်ဓာတ်ကျမှုသည် ဆယ်ကျော်သက်ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခြင်းကို တိုးမြှင့်စေရန် အခွင့်အလမ်းများစေသည်။ (Kessler 2012)

Chisholm et al. (2016) ၏ တွက်ချက်မှုအရ စိတ်ကျန်းမာရေးကိစ္စတွင် ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုသည် အဖိုးမဖြတ်နိုင်သော အကျိုးအမြတ် ပြန်လည်ရရှိနိုင်သော ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုဖြစ်သည်။ ရုပ်ဝတ္ထုပစ္စည်းများ သို့မဟုတ် စီးပွားရေးတန်ဖိုးများသာမကဘဲ မရှိ မဖြစ်လိုအပ်သည့် ကျန်းမာရေးတန်ဖိုးများကိုပါ ထည့်သွင်းခန့်မှန်းတွက်ချက်ထားသောအခါ ရင်းနှီးမြှုပ်နှံ မှု ပြန်ရခြင်းသည် ၃.၃ - ၅.၇ ထိ ရှိလာသည်။

**၁.၃။ သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများကို မည်သူက ကုသပေးမည်နည်း။**

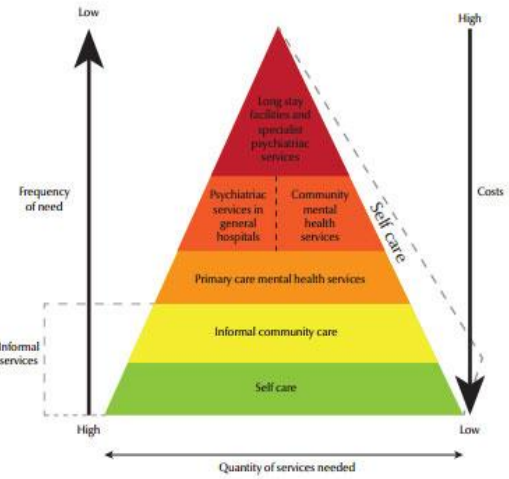
သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများသည် ကုသနိုင်သော ပြဿနာများဖြစ်ကြပြီး ကုသရာတွင် ပုံသဏ္ဍာန်သုံးမျိုးဖြင့် ကုသပေးနိုင်သည်။ လူထုအခြေပြုဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း၊ အထွေထွေကျန်းမာရေးစနစ် အခြေပြုခြင်းနှင့် အထူးသတ်မှတ်ထားသော အဖွဲ့အစည်းများကို အခြေပြုခြင်းတို့ဖြစ်သည်။ (WHO 2003)

လူထုအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်းလုပ်ငန်းများသည် ဆေးရုံ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းများကို အခြေပြုခြင်း မဟုတ်ဘဲ စာသင်ကျောင်းများ၊ နေအိမ်များ၊ ရွှေ့လျားကျန်းမာရေးအဖွဲ့များ မှ တစ်ဆင့်သော်လည်းကောင်း သို့မဟုတ် အခြား အများပိုင်နေရာများမှသော်လည်းကောင်း အသုံးပြုသည်။ ထိုသို့ဝန်ဆောင်မှု ပေးရာတွင် သမားရိုးကျ သို့မဟုတ် သမားရိုးကျမဟုတ်သော နည်းလမ်းများကို အသုံးပြုသည်။ သမားရိုး ကျနည်းလမ်းဆိုသည်မှာ အစိုးရအသိအမှတ်ပြုနှင့် ကျွမ်းကျင်သော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများကို ဆိုလို သည်။

သမားရိုးကျမဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုများမှာ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ အထူးပြု သင်ကြားထားခြင်းမရှိသောသူများ၏ ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်းဖြစ်သည်။ ဥပမာများမှာ လူနာများကိုယ်တိုင်နှင့် သူတို့၏ မိသားစုဝင်များ၊ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းခေါင်းဆောင်များ သို့မဟုတ် အလားတူဖြစ်ရပ်များ ကြုံတွေ့ခဲ့ ရသူများ ဖြစ်ကြသည်။ အထွေထွေကျန်းမာရေးစနစ်သည် အခြေခံနှင့် ဒုတိယအဆင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုတို့ ပါဝင်သည်။ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုသည် အထွေထွေရောဂါကု ဆရာဝန် များ၊ သူနာပြုများနှင့် သားဖွားဆရာမများက အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုဆေးခန်းတွင် ကုသမှု ပေးကြသည်။ ဒုတိယအဆင့် စောင့်ရှောက်မှုသည် အထွေထွေရောဂါကုဆေးရုံများတွင် ကုသမှုပေးကြသည်။ ဆေးရုံ များသည် အရေးပေါ်ကိစ္စများ သို့မဟုတ် အထူးစောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်သော လူနာများကို ကုသပေးသည်။

သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ သည် သာမန်အရေးကြီးမှုသာ ဖြစ်ကြသည်။ အထူးကု ဌာနများသည် ပြင်ပလူနာအထူးကုနှင့် ပြည်သူ သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိကပိုင်ဆေးရုံအခြေပြု အဆောက် အဦများတွင် ကုသပေးနိုင်ကြသည်။ ထိုသို့ကုသပေး ရာတွင် အထူးကုသမှုနှင့် အရေးပေါ် အထူးလုံခြုံရေး

Figure 1. WHO service organization (Saraceno et al. 2015)



စောင့်ရှောက်မှုတို့ ပါဝင်သကဲ့သို့ နာတာရှည်လူနာများအတွက် စောင့်ရှောက်မှုလည်း ပါဝင်သည်။ ထိုသို့ အထူးကုသမှုပေးခြင်းသည် ငွေကုန်ကြေးကျရှိသော်လည်း အထူးလူနာများအတွက်မူ တန်ဖိုးရှိလေသည်။ (WHO 2003)

သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများသည် ယေဘုယျအားဖြင့် ထိုသို့သော အထူးကုသမှု မျိုး မလိုအပ်ပါ။(WHO 2014b)

သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများကို ရောနှောထားသော အထောက်အထား အခြေခံ သည့် လူမှုစိတ်ပညာကုထုံး၊ ဆေးဝါးကုထုံးနှင့် လူမှုအဖွဲ့အစည်းမှ ထောက်ပံ့မှုတို့ဖြင့် ကုသနိုင်သည်။ (Patel et al. 2007). လူနာတစ်ယောက်အတွက် ပြည့်စုံသောကုထုံးဖြစ်ရန် အမျိုးမျိုးသော ကုသမှုနည်း လမ်းများ အသုံးပြုနိုင်သည်။

ဥပမာအားဖြင့်သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသောစိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများအတွက် ဆေးဝါးကုထုံး များစွာရှိ သော်လည်း ရွေးချယ်ထားသော ပညာရှင်အုပ်စု တစ်စုကသာ ဆေးဝါးအသုံးပြုမှုကို ဆုံးဖြတ်နိုင်သည့် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ လူမှုစိတ်ပညာကုထုံး သို့မဟုတ် စကားပြောခြင်းကုထုံး (Talk Theraphy) တို့သည် ပိုမိုကျယ်ပြန့်သော အထူးကု သို့မဟုတ် အထူးကု မဟုတ်သောသူများက ကုသပေးနိုင်သည်။ (Singla et al.2017)

အထူးကုမဟုတ်ဘဲ ကုသပေးသူများတွင် လူမှုစိတ်ပညာကုထုံးကို လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးထားသည့် အခြေခံစောင့်ရှောက်မှုလုပ်သားများနှင့် လူထုကျန်းမာရေးလုပ်သားများ ပါဝင်နိုင်သည်။ ဥပမာအားဖြင့် လူမှုစိတ်ပညာကုထုံးတွင် ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့်အသုံးပြုနေသော အပြုအမူများကို သိမြင်ခြင်းကုထုံး၊ အပြု အမူများကို တက်ကြွစေသည့်ကုထုံးနှင့် ဖြစ်ရပ်များကို ဖော်ထုတ်ခြင်းကုထုံးတို့ ပါဝင်သည်။ အချို့ ကုထုံးများသည် တွေ့ဆုံမှုတစ်ကြိမ်တည်းသာ လိုသော်လည်း အခြားသူများတွင် နှစ်ပေါင်းများစွာ ဆက် လက်ကုသပေးရန် လိုအပ်သည်။ CMHDs များအတွက် ကုသမှုသည် ယေဘုယျအားဖြင့် ကုသမှု ၁၀ ကြိမ်သာ လိုအပ်ပါသည်။ မိသားစုများ၊ အချင်းချင်းနှင့် လူထုအတွင်းမှ အခြားသူများသည် စိတ်ကျန်းမာ ရေးရောဂါ ခံစားနေရသူကို လူမှုရေးအထောက်အကူပေးခြင်းများ သေချာစွာရရှိစေရန် အဓိက အခန်း ကဏ္ဍမှ ပါဝင်သည်။

-----

# အခန်း (၂)

## ဝင်ငွေနှိမ့်နှင့် အလယ်အလတ်ဝင်ငွေရှိသော တိုင်းပြည်များ၏ စိန်ခေါ်မှုများ

သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများသည် LMICs နိုင်ငံများအတွက် ကြီးမားသော ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးဖြစ်စေသည်။ သို့သော် ထိုတိုင်းပြည်များတွင် ဝင်ငွေမြင့်သောတိုင်းပြည်များ (HICs) ထက် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အရင်းအမြစ်များ သိသာစွာနည်းပါးသည်။ LMICs များတွင် ကုသမှု လိုအပ်ချက်သည် ၈၆ - ၉၃ % ထိ ကြီးမားစွာရှိနေကြပါသည်။ (Chisholm et al.2016)

စိတ်ကျန်းမာရေးအရင်းအမြစ်များကို ဖြန့်ဝေရာတွင်လည်း HICs နှင့် LMICs နိုင်ငံများကြားနှင့် LMICs နိုင်ငံအချင်းချင်းအတွင်း နှစ်မျိုးလုံးတွင် မညီမျှမှု ကြီးမားနေသည်။ (Saxena et al.2007). လူ့အဖွဲ့အစည်း၏ အလွှာတိုင်းတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်ချက် အမြင့်ဆုံးဖြစ်ပြီး ကုသမှု ရရှိနိုင်မှု အနည်းဆုံးဖြစ်ခြင်းကို မကြာခဏဖြစ်နိုင်ကြောင်း တွေ့ရပါသည်။ (Saxena et al.2007; WHO 2014a; Roberts and Browne 2010)

ယခုအခန်း၌ LMIC နိုင်ငံများတွင် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ ကုသမှုအတွက် ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးဖြစ်စေသည့် အကြောင်းအချက်များကို ပထမဦးစွာ ဖော်ပြသွားမည်ဖြစ်သည်။ ထို့နောက် LMIC နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် အဓိကအတားအဆီးများကို ဖော်ပြသွားပါမည်။ ထိုအကြောင်းအချက်များသည် မြန်မာနိုင်ငံတွင် ကြုံတွေ့နေရသော စိန်ခေါ်မှုများကို ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့်နားလည်စေရန် အထောက်အပံ့ ဖြစ်စေပါလိမ့်မည်။

### ၂.၁။ ကျန်းမာရေးမကောင်းခြင်းကို ဖြစ်စေသည့် အကြောင်းအချက်များ

နိုင်ငံတစ်နိုင်ငံ၏ သမိုင်းနောက်ခံအရလည်းကောင်း၊ ထိုနိုင်ငံ၏ လက်ရှိ နိုင်ငံရေး၊ လူမှုရေး၊ စီးပွားရေးနှင့် သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ အခြေအနေ၊ လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းအတွင်း သက်ရောက်နေသော ယဉ်ကျေးမှုနှင့် လူမှုရေး စံနှုန်းများအရလည်းကောင်း သူတို့၏ နေထိုင်မှုနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေကို ထင်ဟပ်စေပါသည်။

တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် အင်အားနည်း၍ ကူညီစောင့်ရှောက်မှု အလိုအပ်ဆုံးသောလူများကို ဦးတည်ပြီး သင့်တင့်သော စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှုများကို မြှင့်တင်နိုင်ရန် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့ခြင်း၏ အခြေခံအကြောင်းတရားကို နားလည်စေရန်အတွက် အရေးကြီးပါသည်။ ယခုအခန်း၌ LMICs များတွင် သက်ရောက်နိုင်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့ခြင်း၏ ထင်ရှားသော အကြောင်းအရာသုံးချက်ကို ဖော်ပြသွား

မည်ဖြစ်ပါသည်။ ထိုသုံးချက်မှာ ဆင်းရဲမွဲတေမှု၊ ပဋိပက္ခနှင့် နိုင်ငံရေးလွတ်လပ်ခွင့်နည်းပါးခြင်းတို့ ဖြစ်ကြသည်။

**၂.၁.၁။ ဆင်းရဲမွဲတေမှု**

အများစုသော လေ့လာတွေ့ရှိမှုများက သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများနှင့် ဆင်းရဲမွဲတေမှုတို့အကြား အပြန်အလှန် ဆက်စပ်နေမှုကို တွေ့ရှိခဲ့ကြသည်။ ဆင်းရဲမွဲတေမှုသည် သူနှင့် မတူညီသော ရှုထောင့်နှင့် မပတ်သက်ကြောင်း ဤဆက်စပ်မှုကို နားလည်ရန်ဖြစ်သည်။(Lund et al. 2010; Patel and Kleinman 2003)

ထိုအကြောင်းများက ဆင်းရဲမွဲတေမှု၏ မည်သည့်အကြောင်းအချက်သည် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့မှု ဖြစ်ပေါ်စေသနည်းဆိုသည်ကို ဖော်ပြနေပါသည်။ ထိုအရာများတွင် ပညာရေး၊ အစားအစာ မလုံလောက်မှု၊ နေရာ၊ လူမှုအဆင့်အတန်း၊ လူမှုစီးပွားရေးအခြေအနေနှင့် ငွေကြေးဆိုင်ရာ စိတ်ဖိစီးမှုတို့ ပါဝင်သည်။ (Lund et al. 2010; Patel and Kleinman 2003). အခြားအရာများဖြစ်သော ဝင်ငွေ၊ အလုပ်အကိုင်နှင့် စားသုံးမှုတို့သည် ပိုမိုရှုပ်ထွေးကြသည်။(Lund et al.2010)

ဆင်းရဲမွဲတေမှုနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးတို့အကြား အပြန်အလှန်ဆက်သွယ်နေမှုတို့တွင် အကြောင်းနှစ်ချက် ရှိနိုင်သည်။ ဆင်းရဲမွဲတေမှု အခြေအနေသည် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုးရွားမှု ဖြစ်စေသည်။ သို့မဟုတ် စိတ်မကျန်းမာခြင်း ဖြစ်နေသူများသည် ဆင်းရဲတွင်းသို့ရောက်ရှိခြင်း သို့မဟုတ် ဆင်းရဲမွဲတေမှု ကြုံတွေ့နေရသူများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးကို ထိခိုက်စေပါသည်။ (Lund et al.2010). ထိုအဆိုနှစ်ခုလုံးသည် လေ့လာထားသော အဖိုးတန်ရှင်းပြမှုများ ဖြစ်ကြပြီး နှစ်မျိုးလုံးကို အတူတူဖြစ်သည်ဟု သတ်မှတ်နိုင်သည်။ (Lund et al. 2010; Lund et al.2011)

ဥပမာအားဖြင့် လူမှုစီးပွားရေးအခြေအနေကို ဦးတည်သော ကုသမှုများသည် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ၏ ဝန်ထုပ်ဝန်ပိုးဖြစ်မှုကို လျော့ချပေးရန် အခွင့်အလမ်းကောင်းတစ်ခု ဖြစ်နိုင်ပေသည်။ (WHO 2014a). Lund et al. (2011) က စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှုသည် ဆင်းရဲမွဲတေမှုအပေါ် အပြုသဘော သက်ရောက်မှုရှိသည်ကို တွေ့ရှိခဲ့သည်။ ထို့ကြောင့် စိတ်ကျန်းမာရေး ကုသမှုလုပ်ငန်းများကို တိုးမြှင့်ခြင်းသည် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးနှင့် လူ့အခွင့်အရေးတို့အတွက်သာအဓိကကျသည်မဟုတ်ဘဲ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးအတွက်ပါ အဓိကကျ သည်ဟု အဓိပ္ပါယ်ဆောင်ပါသည်။ (Lund et al. 2011)



**၂. ၁.၂။ ပဋိပက္ခများ**

လက်နက်ကိုင်ပဋိပက္ခများ ကြုံတွေ့ရသော လူထုများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့မှုနှုန်း မြင့်မားကြသည်မှာ သဘာဝဖြစ်သည်။ (Roberts and Browne 2010). အခြေအနေ အမျိုးမျိုးသော လက်နက်ကိုင် ပဋိပက္ခများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့မှု တစ်မျိုးမျိုးနှင့် ဆက်စပ်နေပါသည်။

နေစရာ အတည်တကျ မရှိခြင်း၊ အထူးသဖြင့် ပြည်တွင်းနေစရာ အတည်တကျ မရှိမှုသည် CMHD တိုးပွားလာခြင်း၏ အရေးကြီးသော အချက်တစ်ခုဖြစ်သည်။ (Roberts and Browne 2010). နောက်ထပ် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့မှုကို ဖြစ်စေသောအချက်များမှာ အသတ်ခံရခြင်း၊ အမွေအကျင့်ခံရခြင်း၊ မကျန်းမာစဉ်ဆေးကုသမှု မခံရခြင်း၊ ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်ခံရခြင်းနှင့် အတွေးအခေါ်များကို အတင်းအကျပ် လက်ခံစေခြင်းစသည့် စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်စေသော ဖြစ်ရပ်များကို တွေ့ကြုံရခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။ (Robert and Browne 2010)

ပဋိပက္ခအလွန်ကာလတွင် ပြန်လည်ရောက်ရှိလာသော ပြည်တွင်းနေစရာ အတည်တကျ မရှိသူများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးချို့တဲ့မှု သိသာစွာလျော့နည်းကြသည်။(Siriwardhana et al. 2015). သို့သော် ထိုသူများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစံလွှဲမှု ပျံ့နှံ့ခြင်းသည် မြင့်မားဆဲဖြစ်ကြောင်းနှင့် ခိုင်လုံသော သတိမူစရာ ဖြစ်နေပေသည်။ (Siriwardhana et al. 2015)

ပဋိပက္ခအခြေအနေနှင့် ပဋိပက္ခအလွန် အခြေအနေနှစ်ခုလုံးတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု များပြုလုပ်ရန်အတွက် စိန်ခေါ်မှု ဖြစ်နေဆဲဖြစ်သည်။ (ဥပမာ - Siriwardhana et al. 2016). အဓိကအကြောင်းမှာ ပဋိပက္ခကို ခံစားကြရသည့် လူအများစုသည် စိတ်ကျန်းမာရေး အပေါ်ထပ်အဆောက်အအုံများ ယေဘုယျအားဖြင့် ဖွံ့ဖြိုးမှုနည်းပါးသည့် LMICs နိုင်ငံများတွင် နေကြသူများ ဖြစ်နေသောကြောင့်ဖြစ်သည်။ (Siriwardhana et al. 2013; Roberts and Browne 2010)

**၂.၁.၃. နိုင်ငံရေးလွတ်လပ်ခွင့် နည်းပါးခြင်း**

နိုင်ငံရေးလွတ်လပ်ခွင့် အားနည်းခြင်းနှင့် မူဝါဒ မတည်ငြိမ်သော ဝန်းကျင်သည် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကောင်းမွန်မှုအတွက် အဆိပ်အတောက်ဖြစ်စေသည်။(WHO 2014a). သို့သော် နိုင်ငံရေးအကြမ်းဖက်မှုက ဖြစ်စေသော စိတ်ကျန်းမာရေးအပေါ် သက်ရောက်မှုကို သုတေသန အငယ်စားတစ်ခုသာ ပြုလုပ်ခဲ့သေးသည်။ နိုင်ငံရေးအကြမ်းဖက်မှုနှင့် စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်စေနိုင်သော ဖြစ်ရပ်များကြုံတွေ့ရခြင်း(PTEs)၊ အထူးသဖြင့် ညှဉ်းပန်းနှိပ်စက်မှုသည် စိတ်ဓာတ်ကျမှုနှင့် စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်ရပ်များ ကြုံတွေ့ပြီးနောက် စိတ်ဖိစီးမှု စံလွှဲခြင်းတို့သည် ဆက်စပ်နေကြသည်။ (Steel et al. 2009)

နိုင်ငံရေးအထိတ်တလန့်ဖြစ်မှုနှုန်းအမှတ်(PTS) မြင့်မားသောနိုင်ငံများတွင် နေထိုင်ကြခြင်းသည် သင့်တင့် ရုံသာရှိသော်လည်း PTSD အဆင့်မှာ ကိန်းဂဏန်းများအရ အရေးပါသော ဆက်စပ်မှုရှိကြသည်။ (Steel et al. 2009). အခြားလေ့လာမှုတစ်ခုက နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများတွင် နိုင်ငံရေးဝန်းကျင်နှင့် မသက်ဆိုင်သော်လည်း PTSD၊ စိတ်ဓာတ်ကျမှုနှင့် စိုးရိမ်ပူပန်မှုနှုန်း မြင့်မားသည်ကို ဖော်ပြနေပေ သည်။(Willis et al.2015)

နိုင်ငံများ၊ အထူးသဖြင့် ပဋိပက္ခများ ဆက်လက်ဖြစ်ပေါ်နေသော သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးဖိနှိပ်မှု ရာဇဝင် ရှိနေသော နိုင်ငံများတွင် CMHDs စောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်ချက်သည် ကြီးမားပြီး အဓိကဖြစ်သော်လည်း ထို LMICs များတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အပေါ်ထပ်အဆောက်အအုံများ ဖွံ့ဖြိုးမှုသည် အချိုးအစား မကျစွာ နိမ့်ကျနေပေသည်။ နောက်အခန်းတွင် LMICs နိုင်ငံများရှိ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အရင်းအမြစ်များ အကြောင်းကို ဖော်ပြသွားမည်ဖြစ်သည်။

**၂.၂။ LMICs နိုင်ငံများရှိ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အရင်းအမြစ်များ**

LMICs နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဆိုင်ရာ အပေါ်ထပ်အဆောက်အအုံများ ဖွံ့ဖြိုးမှုသည် HICs များသာမက တိုင်းပြည်အတွင်းရှိ အခြားကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အပေါ်ထပ်အဆောက်အအုံများ၏ ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှုနှင့် နှိုင်းယှဉ်ပါက နိမ့်ကျနေပေသည်။ (WHO 2015; Saxena et al. 2007). LMICs နိုင်ငံအများအပြားတွင် ယေဘုယျအားဖြင့် ထိုသို့ဖြစ်နေကြသည်။

ဥပမာအားဖြင့် - စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ထောက်ပံ့ပေးနိုင်သည့် အခြေအနေများ လွန်စွာနည်းပါးပြီး ရရှိနိုင်မှုလည်း အလွန်နိမ့်ကျပေသည်။ ထိုနိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လုပ်သားအရေအတွက် ဆိုးရွားစွာနည်းပါးခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မူဝါဒများသည်လည်း ခေတ်မမီတော့ခြင်း သို့မဟုတ် မရှိခြင်းတို့ ဖြစ်နေကြသည်။ LMICs နိုင်ငံများသည် သုတေသနပြုနေရဆဲဖြစ်သည်။ (Razzouk et al. 2009). ထိုသို့ဖြစ်ခြင်းမှာ ကုသမှုကွာဟချက်နှင့် အသိတရားကွာဟချက် နှစ်မျိုးလုံးကြောင့်ဖြစ်သည်။ အဓိကအရေးကြီးသော ကမ္ဘာ့လုံးဆိုင်ရာ စိတ်ကျန်းမာရေးလေ့လာမှုအရ စိန်ခေါ်မှုများ (Collins et al. 2011) တွင် ကမ္ဘာ့လုံးဆိုင်ရာ ထိပ်တန်းဦးစားပေး လုပ်ဆောင်ရမည့်အချက် ငါးချက်ကို ဖော်ပြထားသည်။

- လက်ခံရရှိနိုင်သည့် အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုထဲတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးကို ထည့်သွင်းရန်
- ကျန်းမာရေးလုပ်သားများအားလုံးကို စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှု သင်တန်းပေးရန်
- လူထုအခြေပြု စောင့်ရှောက်မှုပေးရန်
- စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ကလေးငယ်များရရှိနိုင်မှု တိုးမြှင့်ပေးရန်

- ထိရောက်သောဆေးဝါးကုသမှုအတွက် ကုန်ကျစရိတ်များ လျော့ချရန်တို့ဖြစ်သည်။

စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် နောက်ဆက်တွဲ အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာလုပ်ဆောင်မှုအစီအစဉ် (WHO 2013) ထုတ်ပြန်မှုတွင် ရည်ရွယ်ချက်လေးခု ပါရှိသည်။

၁။ စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းအတွက် အားကောင်းပြီး ထိရောက်သော ဦးဆောင်မှုနှင့် အုပ်ချုပ်မှု ထားရှိရေး။

၂။ လူထုအခြေပြု အခြေအနေတွင် ပြည့်စုံ၍ အားလုံးပါဝင်နိုင်သော အလျင်အမြန်ဆောင်ရွက်နိုင်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုနှင့် လူမှုရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ လုပ်ဆောင်ရေး။

၃။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကာကွယ်ခြင်းနှင့် မြှင့်တင်ခြင်းအတွက် အကောင်အထည်ဖော်သည့် မဟာဗျူဟာများ ချမှတ်ရေး။

၄။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက် နည်းစနစ်များ၊ အထောက်အထားများနှင့် သုတေသနများ အားကောင်းလာစေရေး။

နောက်ဆုံးထုတ်ပြန်သည့် ရောဂါထိန်းချုပ်မှု ဦးစားပေးခြင်းများ လေ့လာမှုတွင် ပါဝင်သည့် လေ့လာသင်ယူခဲ့ရသည်များမှာ - နေရာအနှံ့တွင် ပျံ့နှံ့နေသော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကြောင့်ဖြစ်သည့် စိန်ခေါ်မှုများကို စိတ် ဖိစီးခြင်း၊ အထောက်အထားအခြေခံသည့် စိတ်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များကို အကောင်အထည်ဖော်ရာ တွင် ဦးဆောင်မှုအားနည်းခြင်းနှင့် ဆေးရုံမှ စောင့်ရှောက်သော ဝန်ဆောင်မှုများအပေါ်တွင် ယုံကြည်မှု များခြင်းတို့ ဖြစ်ကြသည်။ နောက်အခန်းတွင် အဆိုပါ စိန်ခေါ်မှုကြီးများနှင့် LMICs များတွင် မည်သို့ ပေါ်ပေါက်သနည်းဆိုသည်ကို ရှင်းလင်းသွားမည်ဖြစ်သည်။

**၂.၂.၁ လူထုအခြေပြုစောင့်ရှောက်မှုနှင့် အဖွဲ့အစည်းဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်ပေးမှု**

ရှိနေပြီးသော သဘောတူညီချက်များအရ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အများစုသည် လူအများစု ရရှိနိုင်သည့် လူထုအခြေပြု သို့မဟုတ် အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတို့ဖြင့် ပြုလုပ်သင့်ပါသည်။ (WHO 2014b). ပိုမိုပြင်းထန်သော အရေးကိစ္စများအတွက် စိတ်ကျန်းမာရေးအထူးကု အဖွဲ့အစည်းများ က အရေးပါသည်။(WHO 2014b)

သို့သော် ထိုအထူးကုအဖွဲ့အစည်းများသည် ဈေးနှုန်းကြီးမြင့်ခြင်း၊ လက်ခံရရှိရန် လက်လှမ်းမမီခြင်းနှင့် ရင်းနှီးဖော်ရွေမှုမရှိခြင်း စသည့်အခြေအနေများကိုကြုံတွေ့ရသည်။ ကိစ္စအများအပြားတွင်

လူနာများသည် မိသားစုနှင့် ဝေး ကွာနေခြင်း၊ သူတို့၏ဆန္ဒများကို ဆန့်ကျင်ခံရခြင်းနှင့် နိမ့်ချစွာ ပြုမူခံရခြင်းတို့ ကြုံတွေ့ကြရသည်။ ထိုသို့သော အဖွဲ့အစည်းများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မူဝါဒတွင် ဦးတည်သင့်သော အဖွဲ့အစည်းမျိုး မဟုတ်ကြပါ။ (WHO 2014b; WHO 2013; Collins et al. 2011)

သို့သော် ဆယ်စုနှစ်ပေါင်းများစွာ အဖွဲ့အစည်းကို အခြေခံခြင်းကို ပယ်ဖျက်ရန်နှင့် လူထုအခြေပြု စောင့်ရှောက်မှုကို တိုးတက်ရန် ပြုလုပ်ခဲ့သော်လည်း စိတ်ကျန်းမာရေးဆေးရုံများသည် ဘဏ္ဍာငွေကြေး အများစုကို ပမာဏများပြားစွာ ဆက်လက်ရယူနေဆဲဖြစ်သည်။ ထိုဆေးရုံတို့သည် LMICs နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဘဏ္ဍာငွေ၏ ၇၀% ခန့်ကိုလည်းကောင်း၊ HICs နိုင်ငံများတွင် ၅၀ % ခန့်ကိုလည်းကောင်း ရယူနေခဲ့ကြသည်။

တစ်ဖက်တွင်လည်း လူထုအခြေပြုစောင့်ရှောက်မှုသည် ဖွံ့ဖြိုးမှုနှောင့်နှေးနေခြင်း သို့မဟုတ် မရှိခြင်းတို့ ဖြစ်နေပါသည်။ (WHO 2014b)

စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို အခြားအဖွဲ့အစည်းများဖြစ်သည့် တရားစီရင်ရေး၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင် မိခင်များ စောင့်ရှောက်ရေး၊ စာသင်ကျောင်းများနှင့် သက်ကြီးရွယ်အိုဂေဟာများတွင် ပေါင်းစပ်အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ထိုအဖွဲ့အစည်းများသည် အကာအကွယ်မဲ့သော၊ ခိုကိုးရာမဲ့သော လူထုနှင့် လက်လှမ်းမီကြ ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ရာဇဝတ်မှုကျူးလွန်ခံခဲ့ကြရသူများ၊ ထိန်းသိမ်းခံရသူများ၊ လတ်တလော ကလေး မွေးထားသူများ၊ ကလေးများနှင့် သက်ကြီးရွယ်အိုများတို့သည် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စံလွှဲမှုများကို စောလျင်စွာ ရှာဖွေဖော်ထုတ်ရန် အဖိုးတန်ပေသည်။

**၂.၂.၂ စိတ်ကျန်းမာရေးအလုပ်အဖွဲ့**

LMICs နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် လူသားအရင်းအမြစ်များသည် ဆိုးရွားစွာ လျော့နည်းနေသည်။ (Saxena et al. 2007; Kakuma et al. 2011). ထိုသို့လျော့နည်းမှုသည် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများ ဖြန့်ဝေရန် အကြပ်အတည်းများထဲမှ တစ်ခုအဖြစ် ထင်ထင်ရှားရှား ရှိနေပေသည်။ (Kakuma et al. 2011)

ခန့်မှန်းကိန်းဂဏန်းများအရ LMICs နိုင်ငံများတွင် လူဦးရေ ၁၀၀,၀၀၀ အတွက် စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်သားလိုအပ်ချက်မှာ ၂၂ ယောက်မှ ၂၇ ယောက်အကြားဖြစ်ပြီး ဖွဲ့စည်းမှုအချိုးအစားမှာ စိတ်ရောဂါကုဆရာဝန် ၆%၊ သူနာပြု ၅၄% နှင့် စိတ်လူမှုစောင့်ရှောက်သူ ၄၁% တို့ဖြစ်သည်။ (Kakuma et al.

2011). သို့သော် ဝင်ငွေအနည်းဆုံးတိုင်းပြည်များသည် လက်ရှိတွင် ၀.၉ သော လုပ်အားသာ လူ ၁၀၀,၀၀၀ အတွက် လုပ်နေကြပြီး ဝင်ငွေနည်းသောတိုင်းပြည်များတွင် ၃.၂ သာ လုပ်နေကြသည်။ လူထုအခြေပြုကုသမှုပေးသူများနှင့်အထူးကုနှစ်မျိုးလုံးတွင်စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများ လျော့နည်းနေပါသည်။ လူထုအခြေပြုအဆင့်မှ ကျန်းမာရေးလုပ်သားများသည် အကြံဉာဏ်ရယူရန်နှင့် လူနာကို လွှဲပြောင်း ပေးရန် အထူးကုအဆင့်၏ အထောက်အပံ့များအပေါ် မကြာခဏ မှီတည်နေရမည်ဖြစ်သည်။ ထိုနှစ်ခုလုံး ကို လုပ်ရန် ချို့ယွင်းခြင်းသည် ကျန်းမာရေးစနစ်ကို အလွန်အားနည်းစေသည်။ (van Ginneken et al. 2013). LMICs နိုင်ငံများမှ စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်သားများ HICs နိုင်ငံများသို့ ရွှေ့ပြောင်းခြင်းများသည် လည်း စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်အားအတွက် နောက်ထပ် စိန်ခေါ်မှုတစ်ခုဖြစ်သည်။ (Saxena et al. 2007)

**၂.၂.၃. စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ ဖြန့်ဝေပေးခြင်းနှင့် လက်ခံရရှိနိုင်မှု**

စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများသည် ညီမျှစွာဖြန့်ဝေခြင်းနှင့် လက်ခံရရှိနိုင်ခြင်း မရှိကြပါ။ (Saxena et al.2007; WHO 2014a). မကြာခဏဆိုသလို ထိုဝန်ဆောင်မှုများကို အလိုအပ်ဆုံးလူများ သည် လက်ခံရရှိနိုင်မှု အနည်းဆုံးအခြေအနေတွင် ရှိနေကြသည်။ ပထမအချက်မှာ ပထဝီဝင် အနေအထားဖြစ်သည်။ ဥပမာ - ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများသည် မြို့ပြလူဦးရေများနှင့် နီးသောနေရာများ တွင်သာ တည်ရှိခြင်း။ (Saxena et al. 2007; WHO 2014a)

ဒုတိယပြဿနာမှာ ထိခိုက်ခံစားရသော လူဦးရေ၏ လူမှုရေးဆိုင်ရာ ထူးခြားသောဝိသေသလက္ခဏာများ ဖြစ်သည်။ ထိုသို့သော ထူးခြားသည့် ဝိသေသလက္ခဏာများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို လက်ခံရရှိနိုင်ခြင်း အကန့်အသတ်နှင့် ဆက်စပ်နေပေသည်။ ထိုအရာများတွင် လူမျိုးစု၊ ဆင်းရဲမွဲတေမှု၊ အသက်အရွယ်၊ လိင် နှင့် လိင်ပိုင်းဆိုင်ရာ နှိုင်းယှဉ်မှုများ ပါဝင်သည်။ (Saxena et al. 2007; Semrau et al. 2015)

ထိုအုပ်စုများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးစံလွှဲမှုများတွင် မှီခိုရာမဲ့သူများ ဖြစ်ကြသည်။ တတိယပြဿနာမှာ မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များက စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ လူများက ဆန့်ကျင်ခြင်းဖြစ်သည်။ ထိုသို့ဖြစ်ခြင်းမှာ စိတ်ကျန်းမာရေးစံလွှဲသူများအတွက် ထုံးစံကဲ့သို့ဖြစ်နေပြီး (CMHDs များကိုကန့်သတ်မထားပါ) လူ့အဖွဲ့ အစည်းမှ ဝေးရာတွင်ထားခြင်း ခံရသည်။ (Semrau et al. 2015)

ထိုသူတို့သည် ပိတ်လှောင်ခံထားရခြင်း၊ သို့မဟုတ် လူမှုရေးဖယ်ကျဉ်မှု ခံရခြင်းတို့ ခံကြရနိုင်သည်။ ဥပမာ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခြင်း။ သူတို့၏ အခြေအနေကို သူတို့ နားလည်မှုနည်းပါးခြင်းသည် ကုသမှုရှာဖွေရန် သူတို့၏ရှေ့ဆောင်မှုကို ကန့်သတ်ထားခြင်း ဖြစ်နိုင်သည်။

ထိုသို့ကန့်သတ်ထားခြင်းများအားလုံးသည် အပြည်ပြည်ဆိုင်ရာလူ့အခွင့်အရေးကြေညာစာတမ်း(UDHR), စီးပွားရေး၊ လူမှုရေးနှင့် ယဉ်ကျေးမှု အခွင့်အရေးများဆိုင်ရာ နိုင်ငံတကာစာချုပ် (ICESCR) နှင့် မသန်စွမ်းသူများ အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ သဘောတူစာချုပ် (CRPD) တို့အရ စိတ်ကျန်းမာရေးစံလွှဲသူများအပေါ် လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများ ဖြစ်ကြသည်။ (Drew et al. 2011).

**၂.၂.၄ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် ရန်ပုံငွေ**

စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် ခွင့်ပြုအသုံးစရိတ်မှာ အချိုးမကျစွာ နိမ့်ကျနေပါသည်။ HICs နိုင်ငံများတွင် အမျိုးသားကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်၏ ၅.၁၀% ကို စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် အသုံးပြုပြီး ဝင်ငွေနိမ့်နှင့် ဝင်ငွေအလယ်အလတ်ရှိသောနိုင်ငံများတွင် ၀.၅၃% နှင့် ၁.၉၀% မျှသာ အသုံးပြုနေကြသည်။ အထူးသဖြင့် LMICs နိုင်ငံများတွင် အထွေထွေကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်သည် HICs နိုင်ငံများထက် များစွာ နိမ့်ကျနေပေသည်။ (Saxena et al. 2007)

လူမှုရေးအာမခံ၊ စေတနာ့ဝန်ထမ်းကျန်းမာရေးအာမခံနှင့် အခွန်အခြေခံ အစီအမံများက ထိုလိုအပ်ချက်များမှ အချို့ကို ပြန်လည်ကာမိစေသည်။ (Dixon et al. 2006). သို့သော် LMICs နိုင်ငံများတွင် ထိရောက်မှုနည်းပါးပြီး ကျိုးကြောင်းဆီလျော်မှုနည်းသော တိုက်ရိုက်ငွေပေးချေမှုပေါ်တွင် မှီခိုနေရသည်။ (Dixon et al. 2006). ထို့ပြင် GNP အရ LMICs နိုင်ငံများတွင် ဆေးဝါးများသည် HICs နိုင်ငံများထက် သိသိသာသာ ပိုမို ဈေးကြီးနေကြသည်။ (Saxena et al. 2007)

**၂.၂.၅ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မူဝါဒနှင့် ဥပဒေ**

LMICs နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မဟာဗျူဟာမြောက်မူဝါဒနှင့် ဥပဒေပြုခြင်းပုံစံများ အပါအဝင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အုပ်ချုပ်မှုပုံစံသည် ဖွံ့ဖြိုးမှု နိမ့်ကျနေလေ့ရှိသည်။ LMICs များအကြား အနည်းငယ်မျှသော နိုင်ငံများတွင်သာ ခေတ်မီမူဝါဒနှင့် ဥပဒေ ရှိကြသည်။ ၆၀% သော နိုင်ငံများမှာ ဦးတည်ချက်အားလုံးနှင့် တန်ဖိုးများပါရှိသော မူဝါဒရှိကြပြီး ဝင်ငွေနိမ့်သောနိုင်ငံများ (LICs) ၏ ၄၈% နှင့် LMICs နိုင်ငံများ၏ ၅၅% တွင်သာ ထိုမူဝါဒမျိုး ရှိကြလေသည်။ (WHO 2011)

စိတ်ကျန်းမာရေး စံလွှဲမှုရှိသော လူများ၏ လူ့အခွင့်အရေးကို အကာအကွယ်ပေးမှုများ၊ ကျွမ်းကျင်မှု ဆိုင်ရာသင်တန်းနှင့် အသိအမှတ်ပြုလက်မှတ် ထုတ်ပေးခြင်း၊ ဝန်ဆောင်မှုပုံစံ စသည်တို့ ပါဝင်သော ဥပဒေပြုခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။(WHO 2015). ကမ္ဘာပေါ်တွင် ၆၀% ခန့်သောနိုင်ငံများတွင်သာ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာဥပဒေရှိပြီး LICs နှင့် LMICs နိုင်ငံများတွင် ၃၈% နှင့် ၄၇% တို့သာ ရှိကြသည်။ (WHO 2011). ထို့ပြင် ထိုဥပဒေရှိသော နိုင်ငံ ၁၅% သည် ၁၉၇၀ မတိုင်မီက ရှိခဲ့သော ဥပဒေများဖြစ်ကြပြီး အလွန်ခေတ်နောက်ကျနေပြီဖြစ်သည်။

**၂.၂.၆ စိတ်ကျန်းမာရေး သုတေသနလုပ်ငန်း**

LMICs နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးသုတေသနလုပ်ငန်းနှင့် ၎င်းနှင့်သက်ဆိုင်သော မူဝါဒမှာ အလွန် အားနည်းနေကြသည်။ သုတေသနလုပ်ငန်းသည် မူဝါဒရေးဆွဲသူများအတွက် မရှိမဖြစ် လမ်းညွှန်ဖြစ် သည်။ (WHO 2013). မည်သည့်ကုသမှုများက အကောင်းဆုံးဖြစ်ကြောင်းနှင့် မည်သို့ကောင်းမွန်စွာ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်မည်ကို မူဝါဒရေးဆွဲသူများ သိရှိရန် သုတေသနလုပ်ငန်းက အရေးကြီးပေ သည်။ HICs နိုင်ငံများမှ သုတေသနများသည် LMICs နိုင်ငံများတွင် အသုံးချရန် သာမန်အားဖြင့် မဖြစ် နိုင်ပါ။

ဆေးဝါးဆိုင်ရာ ကုသမှုများသည်လည်း သူတို့ဦးတည်သော အုပ်စုကို မှန်ကန်သော ဆေးဝါးပမာဏပေး ရန် စမ်းသပ်မှု လိုအပ်ပါသည်။ LMICs နိုင်ငံများတွင် စိတ်ပညာဆိုင်ရာ ကုထုံးများသည်လည်း ယဉ်ကျေး မှုအရ ပြောင်းလဲရန် လိုအပ်သကဲ့သို့ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာရောဂါများ ကူးစက်မှုနှင့် ကာကွယ်မှု ပညာ ရပ်အရ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကုသမှုများကို ထိရောက်သော အကောင်အထည်ဖော်ခြင်း မဟာဗျူဟာ ချမှတ်ရန် လိုအပ်သည်။(ဥပမာ - Docherty et al. 2017)

မူဝါဒရေးဆွဲသူများသည် ထိုအချက်အလက်များ စုဆောင်းပြီး မိမိတို့၏ (ကန့်သတ်ထားသော) ရန်ပုံငွေ အရ မည်သည့်ကုထုံးများကို အတည်ပြုမည်၊ ထိုကုထုံးများကို မည်သို့အကောင်အထည်ဖော်မည်၊ မည်သည့်အစီအစဉ်ဖြင့် မည်သည့်ဒေသများတွင် စတင်အသုံးပြုမည် စသည်တို့ကို သတ်မှတ်ရမည်ဖြစ် သည်။ (Docherty et al. 2017). သို့သော် LMICs နိုင်ငံအများစုတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ နှေးကွေး သော သတင်းအချက်အလက်စနစ်များအရ ဖွံ့ဖြိုးမှုနောက်ကျနေခြင်း သို့မဟုတ် ချို့ယွင်းအားနည်းနေ ခြင်းတို့က မူဝါဒရေးဆွဲသူများအား ဒေသတွင်းလူထု၏ လိုအပ်ချက်များကို နားလည်ရန်နှင့် လိုအပ်သော အစီအစဉ်များဆွဲရန် ခက်ခဲစေသည်။ (WHO 2013)

LMICs နိုင်ငံများမှ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ဆိုင်သော ပညာရပ်ဆိုင်ရာ စာတမ်းများသည် အလွန်နည်းပါးလှသည်။ ၁၉၉၃ ခုနှစ် မှ ၂၀၀၃ ခုနှစ်အတွင်း နိုင်ငံတကာစိတ်ကျန်းမာရေးပညာရပ်ဆိုင်ရာ စာတမ်းအညွှန်းများတွင် LMICs ၁၁၄ နိုင်ငံမှ ၅၇% သာ ငါးခုထက်နည်းသော ဆောင်းပါးများ တင်နိုင်သည်ကို တွေ့ရှိရသည်။ (GFHR and WHO 2007). LMICs နိုင်ငံများမှ သုတေသနသမားများသည် သုတေသနရန်ပုံငွေ ရရှိမှု နည်းပါးခြင်းနှင့် သုတေသနဌာနများ ရရှိနိုင်မှု အကန့်အသတ်ရှိခြင်းများ ကြုံတွေ့ရသည်။ (Razzouk et al. 2009). ထို့ပြင် သုတေသနသမားများနှင့် မူဝါဒရေးဆွဲသူများကြား ကွာဟချက် ရှိနေကြခြင်းလည်းရှိသည်။ မူဝါဒများသည် အထောက်အထား အခြေပြုသော လုပ်ငန်းများ ရှိလျှင်သော်လည်း ၎င်းတို့ကို အမြဲတမ်းအခြေခံသည် မဟုတ်ပေ။

**၂.၂.၇ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှုအပေါ် မကောင်းမြင်သည့် အစွဲအလမ်း (Stigma)**

နေရာတိုင်းနီးပါးတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်သူများသည် နေရာတကာဖြစ်နေသော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma)များကို ခံစားကြရသည်။ (Seeman et al. 2015). မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များသည် လူတစ်ဦး တစ်ယောက်၏ လူမှုတန်ဖိုးကို ကျဆင်းစေသည်။ အဘယ်ကြောင့်ဆိုသော် အရည်အသွေးတစ်ခုသည် နက်ရှိုင်းစွာ သံသယဖြစ်ခြင်း၊ ပြဿနာများအပေါ်တွင် မသိနားမလည်ခြင်း၊ ဘက်လိုက်ခြင်းနှင့် ခွဲခြား ဆက်ဆံခြင်းတို့ကို အခြေခံခြင်းတို့ကြောင့်ဖြစ်သည်။(Semrau et al. 2015)

စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်နေသူများကို အန္တရာယ်ရှိသူ၊ အသုံးမဝင်သူ၊ သူတို့၏ နာမကျန်းဖြစ်မှုကို အပြစ်တင်မှုများ သို့မဟုတ် လူမှုရေးအရ ဖယ်ကြည့်ခံရခြင်း စသည့်ပုံစံများ သတ်မှတ်ခြင်းခံရသည်။

ထိုအရာများသည် ကိုယ့်ကိုယ်ကိုယ် အပျက်သဘောဆောင်သော ပုံရိပ်ဖြစ်စေသည်သာမက ကုသမှုကို ရှာဖွေရန် အားလျော့စေသည် သို့မဟုတ် လူမှုရေးဖယ်ကြည့်ခြင်းကို ဖြစ်စေသည်။ (Clement et al. 2013)

ဥပမာ - အစီရင်ခံစာတစ်ခု၏ အဆိုအရ - အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ပေးသည့် လုပ်သားတစ်ဦးသည် စိတ်နာမကျန်းဖြစ်နေသူများအပေါ် မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) ရှိသည့်စိတ်ထားရှိပါက ထိုအစွဲက သူတို့၏ စိတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတာဝန်များ ထမ်းဆောင်ရန်အတွက် အားထုတ်မှု လျော့နည်းစေပါသည်။ သို့မဟုတ် လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းက ထိုသို့ စိတ်နာမကျန်းဖြစ်နေသူများကို စိတ်ရောဂါအထူးကုဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းများတွင် ကုသစေချင်သည်။ အဘယ်ကြောင့်ဆိုသော် သူတို့သည် အခြေခံကျန်းမာရေး စောင့် ရှောက်မှုပေးသည့်



ဆေးကုခန်းများတွင် စိတ်နာမကျန်းဖြစ်သူများနှင့် အတူတကွ ကုသမှု မခံယူလိုသော ကြောင့်ဖြစ်သည်။ (Mendenhall et al. 2013)

မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များတွင် ကပ်ငြိနေခြင်းသည် စိတ်နာမကျန်းမှုကို မူဝါဒတွင် ထည့်သွင်းရန် မျက်ကွယ်ပြုခြင်း ကို ဖြစ်စေပါသည်။ (Saxena et al. 2007). မူဝါဒရေးဆွဲသူများကလည်း စိတ်နာမကျန်းဖြစ်မှုအပိုင်းကို အမျိုးသားကျန်းမာရေးမူဝါဒတွင် ထည့်သွင်းရေးဆွဲရန် အရေးကြီးကြောင်း တွေ့နိုင်သည်။ စိတ်ကျန်းမာ ရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဘဏ္ဍာငွေကြေးကိုလည်း အကျိုးအကြောင်း မဆီလျော်ဘဲ လျော့ချပေးခြင်း သို့မဟုတ် စိတ်မကျန်းမာသော လူနာများကို လူမှုရေးအကျိုးအမြတ် အစီအစဉ်ကဲ့သို့ အစီအစဉ်များမှ ပေါ်ပေါ်ထင်ထင် ဖယ်ထုတ်ခြင်းကို ပြုလုပ်နိုင်သည်။ (Saxena et al. 2007)

ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကဲ့သို့ နိုင်ငံတကာဥပဒေများအရ လူ့အခွင့်အရေးချိုးဖောက်မှုများ (အခန်း ၂.၂.၃ တွင် ဖော်ပြပြီး) ပြုလုပ်နိုင်သည်။ (Drew et al. 2016). စိတ်နာမကျန်းဖြစ်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် အတွေ့အကြုံရှိသူများ အရေအတွက် တိုးမြှင့်လာစေခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စာပေများ တိုးတက်စေခြင်း (ဥပမာ - စိတ်နာမကျန်းဖြစ်မှုအကြောင်းကို ခြုံငုံမိစေသော အသိပညာများ) နှင့် စိတ်နာမကျန်းဖြစ်မှုကို အခြားရောဂါများကဲ့သို့ပင် အုပ်စုသတ်မှတ်ခြင်း ပြုလုပ်ပါက စိတ်နာမကျန်းဖြစ်နေသူများအပေါ် ဆန့်ကျင်သည့် မကောင်းမြင်သောစိတ်ဓာတ် လျော့ကျသွားစေမည်ဖြစ်သည်။ (Clement et al. 2013).

ထိုစိန်ခေါ်မှုများသည် တစ်ခုနှင့်တစ်ခု ဆက်နွှယ်နေကြသည်။ ဥပမာအားဖြင့် မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) နှင့် စိတ်ကျန်းမာ ရေးဆိုင်ရာစာပေ နည်းပါးခြင်းသည် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ရန်ပုံငွေသုံးစွဲခွင့် လျော့ နည်းခြင်းကို ဖြစ်စေသကဲ့သို့ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အပေါ်ထပ်အဆောက်အဦ ဖွံ့ဖြိုးမှုအားနည်းခြင်းကို ဦးတည်သွားစေပြီး ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးစနစ်တွင် စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု မပါဝင်ခြင်းက မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) နှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာစာပေများ လျော့နည်းခြင်းကို ဖြစ်စေသည်။ (Patel et al. 2016)

သို့သော် ကမ္ဘာ့လုံးဆိုင်ရာ ဖန်တီးတီထွင်မှုများက ထိုစက်ဝိုင်းကို ဖောက်ထွက်ကြသည်။ အခန်း (၄) တွင် WHO က အကောင်အထည်ဖော်နေသည့် မဟာဗျူဟာအသစ်များအကြောင်းနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းအဖွဲ့များ တိုးတက်လာရေးအတွက် အဓိကတီထွင် ဖန်တီးထားမှုကိုလည်း ဆွေးနွေးသွားမည်ဖြစ်သည်။ ပထမဦးဆုံးအနေဖြင့် မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအဆင့်ကို ကြည့်ပါ။

## အခန်း (၃)

### စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုနှင့် မြန်မာနိုင်ငံ

မြန်မာ့လူ့အဖွဲ့အစည်းသည် မြင်ရခက်လှသည့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးပြဿနာ ပျံ့နှံ့မှုဒဏ်ကို ခံစားနေရသည်။ လူတစ်ယောက်အတွက် စိတ်ပိုင်းရပ်ပိုင်း မသန်မစွမ်းဖြစ်စေသော ရောဂါ ၁၀ မျိုးရှိသည့် အနက် ၂ မျိုးမှာ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သည်ဟု (IHME 2015) က ပြောဆိုထားပါသည်။ စိတ်ဓာတ်ကျမှု (Depression) သည် အဆင့် ၄ နေရာတွင်ရှိပြီး စိုးရိမ်ပူပန်မှု (Anxiety) သည် အဆင့် ၁၀ တွင် ရှိပါသည်။ (Ibid 2015). ထိုကဲ့သို့ ပျံ့နှံ့မှုနှုန်း မြင့်မားနေသော်လည်း ထိုစိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ရောဂါများအတွက် ကုသမှု လိုအပ်ချက်သည် ၉၀% နီးပါး ဖြစ်နေကြောင်း (Than Tun Sein et al. 2014) တွင် ဖော်ပြထားပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာမူဝါဒသည် အမျိုးသားကျန်းမာရေးစီမံကိန်းနှင့် ဆက်စပ်မှုမရှိ ဖြစ်နေပြီး မြန်မာနိုင်ငံအမျိုးသားကျန်းမာရေးမူဝါဒကို ၂၀၁၇ နှစ်က ပြဋ္ဌာန်းခဲ့ရာ ထိုထဲတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် မူးယစ်ဆေးစွဲမှုပြဿနာ (substance abuse) တို့ကို မကူးစက်နိုင်သောရောဂါများ အစီအစဉ်တွင် ထည့်သွင်းထားသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်၍ မဖြစ်မနေ လုပ်ဆောင်ပေးရမည့် ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုအဖြစ် ထည့်သွင်းသတ်မှတ်ခြင်း ရှိ မရှိကို ရှင်းရှင်းလင်းလင်း ဖော်ပြထားခြင်း မရှိပါ။ အစိုးရအနေဖြင့်လည်း စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်၍ ကျယ်ပြန့်ပြည့်စုံသော မူဝါဒကို ထုတ်ပြန်ကြေညာခြင်း မရှိသည့်အပြင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လက်ရှိအစီအမံများနှင့် ပတ်သက်၍လည်း တရားဝင် သတင်းအချက်အလက်များကို ရရှိနိုင်ခြင်း မရှိပါ။ သို့သော်လည်း ၂၀၁၆ ခုနှစ် စက်တင်ဘာတွင် ကျင်းပခဲ့သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာညီလာခံတွင် အစိုးရအနေဖြင့် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သည့် ရည်မှန်းချက် (၉) ချက်နှင့် တိုင်းပြည်တွင်း လုပ်ဆောင်နေသည်များကို တင်ပြခဲ့ပါသည်။ ထို့ပြင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သည့် ဥပဒေကို 1912 Lunacy Act တွင် ထည့်သွင်းဖော်ပြထားပါသည်။ လွန်ခဲ့သည့်နှစ်အနည်းငယ်အတွင်း အစိုးရအနေဖြင့် ထိုဥပဒေကို သုံးသပ်ပြင်ဆင်မှုများ စတင်ခဲ့ရာ၊ မိမိတို့ ရရှိထားသော သတင်းအချက်အလက်များအရ ယခုစာတမ်းအား ရေးသားထုတ်ဝေသည့် အချိန်ထိ အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်းများ ပါဝင်လုပ်ဆောင်နိုင်ခြင်း မရှိသေးပါ။

ယခုအခန်းတွင် မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုစနစ်နှင့် ပတ်သက်ပြီး ရနိုင်သမျှသော သတင်းအချက်အလက်များကို သုံးသပ်ခြင်းနှင့်၊ ယင်းစနစ် ပိုမိုအားကောင်းလာစေရန် အစိုးရမှ ချမှတ်ထားသော ရည်မှန်းချက် (၉) ချက်ကို ဦးတည်သုံးသပ်ဆွေးနွေးမည် ဖြစ်ပါသည်။

နောက်ဆုံးသိရှိရသော သတင်းအချက်အလက်များအရ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ကျန်းမာရေးကဏ္ဍနှင့် ပတ်သက်ပြီး ၂၀၁၄ ခုနှစ် နိုင်ငံတော်ဘတ်ဂျက်၏ ၃.၆% ကိုသာ သုံးစွဲခဲ့ပြီး ၂၀၁၁ ခုနှစ် တစ်ကမ္ဘာလုံး၏ ပျမ်းမျှ သုံးစွဲမှု ၁၅.၉% ထက် များစွာနိမ့်ကျနေသည်ကို တွေ့ရှိရပါသည်။(WHO 2014d). ၎င်းတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးကဏ္ဍအတွက် မည်မျှလျာထား သုံးစွဲသည်ဆိုသည်မှာ ရှင်းရှင်းလင်းလင်း မရှိပါ။ သို့သော် နောက်ဆုံး ထုတ်ပြန်ထားသည့် အစီရင်ခံစာတွင်မူ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သည့်ကဏ္ဍတွင် အသုံးပြုရန် ဘတ်ဂျက်၏ ၀.၃% သာ ခွင့်ပြုခဲ့သည်ဟု ဖော်ပြထားခဲ့ပြီး (WHO&MHUM 2006) ထိုအချက်အလက်များသည် အလွန်ခေတ်နောက်ကျနေပြီဖြစ်သည်။ မြန်မာနိုင်ငံအစိုးရသည် ခိုင်မာမှု မရှိသေးသော ကျန်းမာရေးစနစ် ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှုများ ပြုလုပ်နေပြီး လွန်ခဲ့သောနှစ်များအတွင်း ကျန်းမာရေးအသုံးစရိတ်ကို ပြင်ဆင်ခဲ့သည်။ ဥပမာအားဖြင့် ၂၀၁၁ ခုနှစ်တွင် နိုင်ငံတော်ဘတ်ဂျက်၏ ၁.၈% သာ အသုံးပြုခဲ့သည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆေးရုံအခြေပြုနှင့် လူထုအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများမှတစ်ဆင့် လုပ်ဆောင်ပေးနေပါသည်။ အစိုးရဘက်မှ ထုတ်ပြန်ချက်အရ စိတ်ကျန်းမာရေးဆေးရုံများတွင် ကုတင် ၁၆၀၀ နှင့် အထွေထွေရောဂါကု ဆေးရုံများတွင် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကုသရမည့် လူနာများအတွက် ကုတင် ၂၂၀ ရှိပါသည်။ ထို့အပြင် မူးယစ်ဆေးသုံးသူများကို ကုသပေးသည့် ဌာနများတွင် ဒုတိယအဆင့်နှင့် တတိယအဆင့် စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းလည်း ပါဝင်ပါသည်။ လူထုအခြေပြု စောင့်ရှောက်မှုတွင် ပြုလုပ်နေသောအစီအစဉ် ၃ ခုရှိပြီး၊ ၎င်းတို့မှာ (၁) စိတ်ကျန်းမာရေးပရောဂျက်၊ (၂) ရွှေ့လျား ဆက်လက်ကုသမှု အစီအစဉ် (Satellite Continuous Care Program)၊ (၃) စံပြုမြို့နယ်များ သတ်မှတ်၍ ကုသမှုပေးခြင်းအစီအစဉ် (Model Township Program) တို့ဖြစ်ပါသည်။ အထက်ပါ ၃ မျိုးထဲတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးပရောဂျက်သည် အကြီးဆုံးဖြစ်ပြီး ၁၉၉၀ ခုနှစ်ကတည်းက စတင်ခဲ့ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ထိုစိတ်ကျန်းမာရေးပရောဂျက်ကို WHO - ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့က ထောက်ပံ့ပေးပြီး ကျန်းမာရေးနှင့် အားကစားဝန်ကြီးဌာန၏ စီမံခန့်ခွဲမှုဖြင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုကို အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်စေရန် ဖြစ်ပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပရောဂျက်အနေဖြင့် ၁၉၉၀ ခုနှစ်မှ ၂၀၁၄ ခုနှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ၊ ကျောင်းဆရာများနှင့် ဒေသဆိုင်ရာ အစိုးရမဟုတ်သောအဖွဲ့အစည်းမှ အဖွဲ့ဝင်များ အပါအဝင် စုစုပေါင်းလူဦးရေ ၄၇၆၀ ဦးကို စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုသင်တန်း ပေးခဲ့ပါသည်။(Than Tun Sein et al. 2014) သို့သော် စိတ်ကျန်းမာရေးပရောဂျက်နှင့် ပတ်သက်သော အစီရင်ခံစာကိုမူ မည်သည့်အင်တာနက်စာမျက်နှာများတွင်မှ တွေ့ရှိရခြင်း မရှိပါ။ အခြားသော ပရောဂျက်နှစ်ခုမှာမူ မကြာသေးခင်ကမှ ရှေ့ပြေးလေ့လာမှုများ ပြုလုပ်နေဆဲ ဖြစ်ပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် စိတ်ရောဂါအထူးကုဆရာဝန် ၂၀၀ နှင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ

သူနာပြု ၁၅၆ ယောက် ရှိပါသည်။ ထို့ပြင် ကုခန်းစိတ်ပညာရှင် သုံးဦး၊ လူမှုစိတ်ကုလုပ်သား ငါးဦး နှင့် ကောင်စယ်လာ နှစ်ဦး ရှိသည်။

ကျန်းမာရေးနှင့် အားကစားဝန်ကြီးဌာနအနေဖြင့် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး မူဝါဒ ချမှတ်နိုင်ရန် ရည်မှန်းချက် ၉ ချက်ကို ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် ထုတ်ပြန်ခဲ့ပြီး ထိုအချက်များကို အများအားဖြင့် ကိုးကား ကြသည်။ သို့သော် တရားဝင် ထုတ်ပြန်ထားသည်တော့ မရှိသေးပါ။

အစိုးရ၏ ရည်မှန်းချက် ၉ ချက်မှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်သည်။

၁။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ ကာကွယ်တားဆီးခြင်းနှင့် အသိပညာပေး မြှင့်တင်ခြင်းတို့အတွက် မဟာဗျူဟာများ ရေးဆွဲရန်၊

၂။ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများအတွက် ကုသမှုနှင့် ဝန်ဆောင်မှု လိုအပ်ချက်ကို ၂၀၂၀ ခုနှစ် အရောက်တွင် ၂၀% သို့ လျှော့ချရန်၊

၃။ ၁၉၁၂ ခုနှစ် Lunacy Act ဥပဒေအား အစားထိုးရန်အတွက် မြန်မာနိုင်ငံ၏ လက်ရှိအခြေအနေနှင့် လူ့အခွင့်အရေးစံချိန်စံနှုန်းတို့ဖြင့် ကိုက်ညီမည့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဥပဒေကို ရေးဆွဲရန်၊

၄။ ပါဝင်ပတ်သက်သူများ၊ နိုင်ငံတကာ ဆေးပညာအဖွဲ့အစည်းများ၊ အစိုးရမဟုတ်သော အဖွဲ့အစည်း များ၊ နိုင်ငံတကာဆိုင်ရာ အစိုးရမဟုတ်သောအဖွဲ့အစည်းများ စသည်တို့နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ခြင်းဖြင့် ပိုမိုကောင်းမွန်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ပေါ်ပေါက်လာစေရန်အတွက် အထောက် အထား အခြေခံသည့် မှန်ကန်ထိရောက်သော နည်းလမ်းများ သတ်မှတ်ပြဋ္ဌာန်းပေးရန်။

၅။ သဘာဝဘေးအန္တရာယ်ဆိုင်ရာ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကြိုတင်ပြင်ဆင်မှုများနှင့် သဘာဝဘေးအန္တရာယ် ခံစားရသူများအတွက် လူမှုစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ အကူအညီများ ထောက်ပံ့ပေးမှုတို့ ကို အာမခံပေးရန်၊

၆။ စိတ်ကျန်းမာရေးနယ်ပယ်တွင် ရင်းမြစ်များ တိုးတက်လာစေရန် တိုးမြှင့်ဆောင်ရွက်ရန်။

၇။ ဆေးရုံအခြေပြု ဝန်ဆောင်မှုများ ဆောင်ရွက်ရာတွင် ဝန်ဆောင်မှုအရည်အသွေးများ မြှင့်တင်ရန်။

၈။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် သက်ဆိုင်သော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်စနစ် ပိုမိုအား ကောင်းလာစေရန်

၉။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော သုတေသနလုပ်ငန်းများကို ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်၊ (ဥပမာ - ကမ္ဘာ့ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စစ်တမ်းများ)

ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ သုတေသနပြုမှုများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာစနစ် ထိရောက်စွာ တိုးတက် ရေးနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ ကုသမှုလိုအပ်ချက် လျော့ကျစေရန် မူဝါဒရေးဆွဲသူများ

က မည်သို့ပြုလုပ်ပေးနိုင်သည်ကို အသိပညာ ရရှိစေပါသည်။ အဆိုပါ သုတေသနပြုမှုမှ ရရှိလာမည့် သင်ခန်းစာများသည် ကျန်းမာရေးနှင့် အားကစားဝန်ကြီးဌာနမှ ချမှတ်ထားသော ရည်မှန်းချက် ၉ ချက် အထောက်အကူအညီပေးပါမည်။

# အခန်း (၄)

## ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ စိတ်ကျန်းမာရေး ဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်မှု အခြေအနေ

လွန်ခဲ့သော ဆယ်စုနှစ်အကျော်ကာလတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုသည်ကို လူစိတ်ဝင်စားမှုနှုန်း မြင့်တက်လာခဲ့ပါသည်။ ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ စိတ်ကျန်းမာရေးလှုပ်ရှားမှု (MGMH)<sup>1</sup>၊ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီး (WHO) ၏ စိတ်ကျန်းမာရေး ကွာဟမှုဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှုအစီအစဉ် (mhGAP)<sup>2</sup> နှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆန်းသစ်တီထွင်မှုကွန်ရက် (MHIN)<sup>3</sup> တို့သည် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကွာဟချက်များကို လျော့ချရေးနှင့် ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ စိတ်ကျန်းမာရေး ဖော်ဆောင်မှုများကို နည်းလမ်းပေါင်းများစွာဖြင့် အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်နေကြသော ရှားပါးလှသည့် အဓိကဦးဆောင်သူများ ဖြစ်ကြပါသည်။ ၂၀၀၇ ခုနှစ်နှင့် ၂၀၁၁ ခုနှစ်တို့တွင် ကမ္ဘာကျော် ဆေးပညာဂျာနယ် လန်းဆတ် (Lancet) မှ ထုတ်ဝေခဲ့သည့် ဝင်ငွေနိုင်ငံနှင့် ဝင်ငွေအလယ်အလတ်နိုင်ငံတို့ (LMICs) ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးအပေါ် ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ သုံးသပ်ချက် စာတမ်းနှစ်စောင်သည် အထက်ဖော်ပြပါ အဖွဲ့အစည်းများ၏ အရေးကြီးသော ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်မှု အရင်းအမြစ်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ အရင်းအမြစ်များ အကန့်အသတ်ရှိနေသော်လည်း အထောက်အထားကို အခြေခံသော စိတ်ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များ၊ မှန်ကန်ထိရောက်သောနည်းလမ်းများနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အရည်အသွေး မြှင့်တင်ရေးအပေါ် ဦးစားပေးလုပ်ဆောင်ရန် လက်ခံသဘောတူညီမှု ပမာဏ စသည်တို့အား မြှင့်တင်ရန် အလားအလာရှိကြောင်း စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဦးဆောင်လှုပ်ရှားသူများ၏ ကမ္ဘာကျော်ဆေးပညာဂျာနယ်များနှင့် အခြားထုတ်ပြန်သော အစီရင်ခံစာများက ပြဆိုလျက် ရှိပါသည်။

ဤအပိုင်းတွင် WHO ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လုပ်ဆောင်မှုများနှင့် မြေပြင်အနေအထားများနှင့် ကိုက်ညီစွာ ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်နေကြသည့် အခြားသော ဦးဆောင်လှုပ်ရှားသူများ၏ တစ်ကမ္ဘာလုံးနှင့်ဆိုင်သော အရေးကြီးသည့် ဆန်းသစ်ကြံဆမှုများအား သုံးသပ်တင်ပြသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။

### ၄.၁။ ။ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီး (WHO): စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှု အစီအစဉ်

ယခုအစီရင်ခံစာ ရေးသားသည့်ခုနှစ် ၂၀၁၇ ခုနှစ်သည် "စိတ်ဓါတ်ကျမှုအကြောင်း ပြောကြရအောင်" ခေါင်းစဉ်ဖြင့် ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးနေ့တွင် ထည့်သွင်းဆွေးနွေးခဲ့သည့် ခုနှစ်လည်း ဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းဆွေးနွေးမှုမှာ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးနေ့တွင် စိတ်ကျန်းမာရေးအကြောင်းကို အလေးထား ဆွေးနွေးသည့် ပထမဦးဆုံးသော ဆွေးနွေးပွဲလည်း ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ပြင် စိတ်ကျန်းမာရေးအခန်းကဏ္ဍကို WHO ၏ ကမ္ဘာ

လုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တွင် ထည့်သွင်းလာစေရန်အတွက် မီးမောင်းထိုးပြသည့် ကြိုးပမ်းအားထုတ်မှုလည်း ဖြစ်ပါသည်။ လွန်ခဲ့သည့်နှစ် အနည်းငယ်အတွင်းတွင် WHO က စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အခြေခံအဆောက်အအုံများ တိုးတက်လာစေရေးအတွက် အကူအညီလိုအပ်သော နိုင်ငံများကို အလေးထား တိုင်းတာချက်များ ပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။ ထိုအချက်ကို ၎င်းတို့၏ အဓိက ကဏ္ဍအဖြစ် ၂၀၁၃ - ၂၀၂၀ ကျန်းမာရေးဆောင်ရွက်မှု အစီအစဉ်နှင့် mhGAP တို့တွင် ထည့်သွင်းဆွေးနွေးမည် ဖြစ်ပါသည်။

၂၀၁၃ - ၂၀၂၀ ကျန်းမာရေးဆောင်ရွက်မှု အစီအစဉ်သည် WHO ၏သမိုင်းတွင် ပထမဆုံးသော ထည့်သွင်းစဉ်းစားမှုပုံစံသစ် ဖြစ်ပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာကိစ္စရပ်ကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားသည့် ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ အရွေ့အပြောင်း၏ သက်သေခံချက်တစ်ခုလည်း ဖြစ်ပါသည်။ (Saxena et al. 2013) ၎င်းအစီအစဉ်သည် အဓိကရည်မှန်းချက် လေးချက်ပေါ်တွင် အခြေခံပါသည်။ ၎င်းတို့မှာ

- ၁။ စိတ်ကျန်းမာရေးအတွက် ထိရောက်သည့် ခေါင်းဆောင်မှုနှင့် စီမံခန့်ခွဲမှုပုံစံများ အားကောင်းလာရေး၊
- ၂။ လူထုအခြေပြုလုပ်ငန်းစဉ်များတွင် ကျယ်ပြန့်ပြည့်စုံပြီး ဘက်စုံထောင့်စုံမှ ပေါင်းစပ်ထားသော စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် လူမှုစောင့်ရှောက်ရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ပါဝင်ရေး၊
- ၃။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကာကွယ်ခြင်းနှင့် မြှင့်တင်ခြင်းအတွက် မဟာဗျူဟာများ ချမှတ်ဖော်ဆောင်ရန်၊
- ၄။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အထောက်အထား၊ သုတေသန၊ သတင်းအချက်အလက်စနစ်များ ပိုမိုအားကောင်းလာရေး (WHO 2013) တို့ ဖြစ်ပါသည်။

အစီအစဉ်၏ ကဏ္ဍတိုင်းတွင် အစိုးရများ၊ ကုလသမဂ္ဂနှင့် အခြားမိတ်ဖက်များထံမှ မျှော်လင့်ချက်များနှင့်အတူတိုးတက်မှုများကို ခြေရာခံနိုင်သော တိုင်းတာနိုင်သည့် သတ်မှတ်ချက်များလည်း ပါဝင်ပါသည်။ ယခုအစီရင်ခံစာကို ဖြစ်သင့်ဖြစ်ထိုက်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုပုံစံများ လွှမ်းမိုးလာပြီး ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက်များ ပိုမိုရရှိလာစေရန် ထုတ်ပြန်ပါသည်။

အစီအစဉ်သည် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စံနှုန်းများကို မီးမောင်းထိုးပြထားပြီး ထိရောက်သော စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်း ဗဟိုပြုသည့် ပုံစံကို ပေါ်လွင်အောင် အဆုံးစွန်ထိ ဖော်ထုတ်ထားပါသည်။ (Saxena et al. 2013) ၎င်းတွင် လူထုအခြေပြုနည်းလမ်းများကို ရှေ့တန်းတင်လျက် ဆေးရုံဆေးခန်းပြင်ပ စိတ်ကျန်းမာရေးပြုစောင့်ရှောက်မှု မြှင့်တင်ရေးအား ပြဋ္ဌာန်းထားပြီး၊ လူနာများ ပြန်လည်ကျန်းမာရေးနှင့် ဆေးဝါးသုံးစွဲမှု လျော့ချရေးကိုလည်း ဦးစားပေး အလေးထားပါသည်။

လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်သူများအနေဖြင့် ကာကွယ်တားဆီးရေးနှင့် မြှင့်တင်ရေးမဟာဗျူဟာများနှင့် မူဝါဒချမှတ်ရေး လုပ်ငန်းစဉ်တွင် အရပ်ဘက်အဖွဲ့အစည်းများ ပါဝင်ဆောင်ရွက်နိုင်ရေးတို့အား ဖော်

ဆောင်ရန် ဖြစ်ပါသည်။ ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှု အစီအစဉ်ကို ကုလသမဂ္ဂ အထွေထွေညီလာခံတွင် အတည်ပြုခဲ့ပြီး ယင်းအချက်များကို အကောင်အထည်ဖော်ရန် အဖွဲ့ဝင်နိုင်ငံများ က ကတိကဝတ် ပြုခဲ့ကြပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေး ကွာဟမှုဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်ရေး အစီအစဉ် (mhGAP) တိုးတက်လာစေရေးအတွက် WHO က အထောက်အပံ့ပြုပေးလျက် ရှိပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေး ကွာဟမှုဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်ရေးအစီအစဉ် (mhGAP) သည် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်နေသူများအတွက် စောင့်ရှောက်မှုအရည်အသွေး မြှင့်တင်ရန် တိကျရှင်းလင်းသော လုပ်ဆောင်ချက်များနှင့် အစီအစဉ်များကို အစီအစဉ်ရေးဆွဲသူများ၊ မူဝါဒချမှတ်သူများနှင့် အလှူရှင်များအား ပံ့ပိုးပေးပါသည် (WHO 2008b)။ ၎င်းအချက်အလက်များကို ၂၀၁၃ ခုနှစ်တွင် စတင်ထုတ်ဝေခဲ့သည့် လုပ်ဆောင်မှုလမ်းညွှန် (mhGAP-IG) တွင် ထည့်သွင်းရေးဆွဲထားပါသည် (WHO 2013)။ ထိုလမ်းညွှန်သည် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများအတွက် သင်တန်းပြီးဆုံးသည့်အခါ ဖြန့်ဝေနိုင်သည့် မှတ်စုဖြစ်သည့်အပြင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အရည်အသွေးမြှင့်တင်ရေးအတွက် ကိရိယာအစိတ်အပိုင်းတစ်ခုလည်း ဖြစ်ပါသည်။ (WHO 2013) အစီအစဉ်သည် စိတ်ဝါတ်ကျမှု၊ စိတ်ကြွမှု၊ ဝက်ရူးပြန်ခြင်း၊ စိတ်ဖောက်ပြန်ခြင်း၊ အရက်နှင့် မူးယစ်ဆေးဝါး အလွဲသုံးခြင်း၊ မိမိကိုယ်ကို ထိခိုက်နာကျင်အောင် ပြုလုပ်ခြင်းနှင့် သေကြောင်းကြံခြင်း စသည့် ဦးစားပေးစံလွဲမှုများအပေါ် ပိုမိုအာရုံစိုက် အလေးပေးပါသည် (WHO 2013)။ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းရန် အားထုတ်မှု အစိတ်အပိုင်းအနေဖြင့် အထူးကုမဟုတ်သော ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းစဉ်များဖြင့် ဤအစီအစဉ်အား ပံ့ပိုးထားပါသည်။ WHO မှ ပုံမှန်ထုတ်ဝေနေသော ကျယ်ပြန့်ပြည့်စုံသည့် မှတ်တမ်းများ၌ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းရေး (WHO 2008a)၊ ဆေးရုံဆေးခန်းပြင်ပ စိတ်ကျန်းမာရေး ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု (WHO 2014b) နှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် သင့်လျော်သောဆေးဝါးများ အသုံးပြုရေး (WHO 2017b) တို့အား mhGAP ၏ အားထုတ်မှုများအဖြစ် တွေ့မြင်ရပါသည်။

WHO ၏ လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်ချက်များသည် အတော်အတန် ကျယ်ပြန့်ပြည့်စုံသော်လည်း နိုင်ငံတကာအဆင့်တွင် အခြားဆောင်ရွက်ချက်များလည်း ရှိနေပါသည်။ ဆက်လက်ပြီး အခြားသော တီထွင်ကြံဆချက်များကိုလည်း နောက်လာမည့်အပိုင်းတွင် ဆက်လက်ဖော်ပြသွားပါမည်။



လူမှုနယ်ပယ်အသီးသီးတွင် ဖြစ်ပွားလျက်ရှိသော စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ တီထွင် ကြံဆချက်များနှင့် စိန်ခေါ်မှုများ ဖော်ထုတ်ရေးတို့ကို အဓိကရည်မှန်းချက်ထား လုပ်ဆောင်ပါသည်။ အချို့သော ဖြေရှင်းဆောင်ရွက်ချက်များအတွက် အဆိုတင်ပြမှုများမှာ အလွန်ဆန်းသစ်လှပါသည်။ ၎င်း အဆိုများသည် ယနေ့ခေတ် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အမြင်များကို ချိုးဖောက်ပြီး မတူညီသည့် အမြင် များအဖြစ် တွေ့ရှိရပါသည်။ အဓိကအကျဆုံးသော ဆန်းသစ်ကြံဆမှုတစ်ခုမှာ 'လုပ်ငန်းတာဝန် မျှဝေခြင်း' နည်းလမ်းဖြင့် အထူးကုမဟုတ်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနိုင်သူများ (NSPs) ကို မွေး ထုတ်နိုင်ရေး၊ ထိုသူများ၏ အားစိုက်ထုတ်မှုဖြင့် စိတ်ကျန်းမာရေး အခန်းကဏ္ဍကို မြှင့်တင်နိုင်ရေးတို့ ဖြစ်ပါသည်။ (Singla et al.2017) အထူးကုဆေးရုံဆေးခန်းများတွင် တိုးတက်ဖွံ့ဖြိုးလာသည့် စိတ်ကျန်း မာရေး စောင့်ရှောက်ကုသမှု ကုထုံးများသည် တန်ဖိုးရှိပါသော်လည်း ပြဿနာများစွာ ရှိနေပါသေးသည်။ ဥပမာအားဖြင့် ၎င်းဆေးရုံဆေးခန်းများသည် ရှားပါးပြီး၊ ဈေးကြီးလွန်းသည့် စိတ်ကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင် သူများနှင့် အထူးကုဆရာဝန်ကြီးများပေါ်တွင်သာ တည်မီနေကြရပါသည်။ ဝင်ငွေနှိမ့်ပါးနှင့် ဝင်ငွေ အလယ်အလတ်နိုင်ငံများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်ကုသမှု ကျွမ်းကျင်သူများ၊ ကုသနိုင်သည့် နေရာများ ရှားပါးမှုကို တွေ့ရပါသည်။ ထို့အတွက် အဖြေမှာ ဖြစ်နိုင်သမျှ ရင်းမြစ်နည်းနည်း၊ အကုန် အကျနည်းနည်း အသုံးပြုပြီး စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အရည်အသွေးများ မြှင့်တင်နိုင်ရေး သည်သာ သင့်တော်သည့်အဖြေ ဖြစ်လာပါသည်။ လုပ်ငန်းတာဝန်ခွဲဝေခြင်းသည် အဖြေတစ်ခုဖြစ်လာပြီး တစ်ပြိုင်တည်းမှာပင် နည်းစနစ်ပိုင်း အသုံးပြုနိုင်မှု စွမ်းရည်မြှင့်တင်ရေးနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) ပပျောက်ရေး လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများ ဆောင်ရွက်လာနိုင်မှုများသည် စိတ်ကျန်းမာရေး အခန်းကဏ္ဍ မြှင့်တင်ရေးအတွက် တိုးတက်စေရန် အထောက်အပံ့များလည်း ဖြစ်လာပါသည်။ ၎င်း တီထွင်ကြံဆမှုများသည် ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ စိတ်ကျန်းမာရေးလှုပ်ရှားမှု (MGMH) နှင့် စိတ်ကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာ ဆန်းသစ်ကြံဆမှုကွန်ရက် (MHIN) တို့ကဲ့သို့ ကမ္ဘာလုံးဆိုင်ရာ ကွန်ရက်များက ပုံဖော်နေသည့် နောက်ခံပုံရိပ်တစ်ခုလည်း ဖြစ်နေပါသည်။ ထို့ပြင် ၎င်းသည် ကမ္ဘာတစ်ဝှမ်းလုံးရှိ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ သုတေသနပြုလုပ်သူများကို အားတက်စေပြီး ၎င်းတို့အတွက် အခွင့်အရေးတစ်ခုလည်း ဖြစ်လာစေပါ သည်။

ဤအပိုင်းတွင် "လုပ်ငန်းတာဝန်ခွဲဝေခြင်း" သို့ "စောင့်ရှောက်မှုတိုးမြှင့်ခြင်း" နှင့် "အခြေခံကျန်းမာ ရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းရေး" အကြောင်းတို့ကို ပထမ

ဦးဆုံး ဆွေးနွေးသွားမည်ဖြစ်သည်။ ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု ကုထုံးတွင် အထူးကုမဟုတ်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပေးနိုင်သူများ၏ အခန်းကဏ္ဍအား Singla et al. (2017) ၏ လတ်တလော မှတ်သားဖွယ် လုပ်ငန်းအောင်မြင်မှုဖြင့် သုံးသပ်တင်ပြသွားပါမည်။

လုပ်ငန်းတာဝန်ခွဲဝေခြင်းဆိုသည်မှာ သောင်းပြောင်းထွေလာ ရောနှောနေသော အမြင်အယူ အဆ တစ်ခုဖြစ်ပြီး၊ လုပ်ငန်းတာဝန်အား စိတ်ကျန်းမာရေးအထူးကုများ သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများမှ လေ့ကျင့်ပေးပြီးသား ကျွမ်းကျင်မှုနိမ့်ဝန်ထမ်းများကို ၎င်းတို့၏ ကြီးကြပ်မှု၊ ၎င်းတို့နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်စေခြင်းတို့ဖြင့် လုပ်ငန်းခွဲဝေ ဆောင်ရွက်စေခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ (Mendenhall et al. 2014) ထိုသို့ပြုလုပ်ခြင်းမှာ ဘတ်ဂျတ်အကန့်အသတ်အတွင်း စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ စွမ်းဆောင်ရည် မြှင့်တင်နိုင်ပြီး လူ့အရင်းအမြစ်များကိုလည်း ပိုမိုထိရောက်စွာ အသုံးပြုနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။ (Singla et al. 2017) လေ့ကျင့်ပေးပြီးသား ကျွမ်းကျင်မှုနိမ့်ဝန်ထမ်းများမှာ အခန်းကဏ္ဍတစ်ခုကို ဦးဆောင်နေသူများကိုယ်တိုင်လည်း ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ အထူးသဖြင့် ၎င်းတို့မှာ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ထမ်းများလည်း ဖြစ်နိုင်ပြီး သားဖွားကျွမ်းကျင်သူများ၊ ပညာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများ၊ လူထုအခြေပြုစင်တာများတွင် အလုပ်လုပ်နေသော လူမှုလုပ်ငန်းကျွမ်းကျင်သူများ၊ လူထုထဲမှ လူထုအကျိုးပြုလုပ်သားများ၊ ဘဝတူများ၊ HIV/AIDS ရောဂါခံစားနေရသူများအတွက် အလုပ် လုပ်နေသူများ သို့မဟုတ် ဘာသာရပ်ဆိုင်ရာ အထူးပြုမဟုတ်သောသူများ အားလုံး ပါဝင်ပါသည် (ibid)။ ၎င်းလုပ်သား သစ်များသည် ကျန်းမာရေးစနစ်ကြီးထဲတွင် အမျိုးမျိုးသော ကိုယ်ပိုင်လူမှုပေါင်းသင်းဆက်ဆံရေးများ ရှိနေကြပါသည်။ အချို့မှာ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ လုပ်ဆောင်သူများဖြစ်ပြီး အခြားတစ်ဖက်တွင်လည်း လူထုကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို လုပ်နေကြပါလိမ့်မည်။ များသောအားဖြင့် အသိအမှတ်ပြုခြင်း၊ ရောဂါစမ်းစစ်ခြင်း၊ လူနာလွှဲပြောင်းခြင်းနှင့် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများအတွက် အခြေခံကုထုံးပေးခြင်းတို့ ပါဝင်သော ၎င်းတို့တက်ရောက်သည့် သင်တန်းနှင့် ၎င်းတို့၏ အခန်းကဏ္ဍအပေါ် မူတည်ပြီး လုပ်ငန်းတာဝန်များအား သတ်မှတ်ပေးပါသည် (Singla et al. 2017)။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအား အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းများ သို့မဟုတ် လူထုအခြေပြု စောင့်ရှောက်ရေးလုပ်ငန်းများသို့ ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းခြင်းဖြင့် သိသာထင်ရှားသော အကျိုးကျေးဇူးများ ရရှိပါသည်။ ပထမဦးဆုံးအချက်မှာ ပြုစုစောင့်ရှောက်သူများသည် ပြင်းထန်သည့် ရောဂါစွဲကပ်နေသူများ၊ နာတာရှည်ရောဂါ ခံစားနေရသူများ၊ မျိုးဆက်ပွားကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်နေသူများနှင့် ပြင်းထန်သည့် နာတာရှည်နာကျင်မှု ခံစားနေရသူများတို့၏ အနိဗ္ဗာရုံတို့ကို စွဲလမ်းမှု ပြဿနာအတွက် အလွန်အရေးကြီးသည့် ကုသမှုတစ်လျှောက်လုံး တစ်ဦးချင်း ကုသမှုပေးနိုင်

သည့် အခွင့်အရေးကို ရရှိပါသည် (Patel et al. 2013)။ ဒုတိယအချက်မှာ အထူးကုသ စောင့်ရှောက်မှု ပေးသည့် ပုံစံမှ ကွဲထွက်နေသော ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းထားသည့် အစီအစဉ်များသည် စိတ်ကျန်းမာရေး အပေါ် မကောင်းသည့်အမြင် အစွဲရှိနေသည့် လူနာများ၊ မိသားစုဝင်များအတွက် စွဲဆောင်မှုတစ်မျိုးလည်း ဖြစ်နေပါသည် (Patel et al. 2013)။

အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအား ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းခြင်းသည် “ကုသမှုဆိုင်ရာ ကွာဟချက် ပပျောက်ရေးအတွက် အလားအလာ အရှိဆုံးနည်းလမ်း” ဟု WHO က သတ်မှတ်ပါသည်(WHO 2008a)။ နိုင်ငံအများစုသည် ထိုအကူးအပြောင်းကာလတွင်းသို့ ထဲထဲဝင်ဝင် ရောက်ရှိနေပြီ ဖြစ်ပါသည်။ မြန်မာနိုင်ငံနှင့် အလားသဏ္ဍာန်တူသော သီရိလင်္ကာနိုင်ငံတွင် ပဋိပက္ခအလွန် ပြန်လည်ကုစားရေး အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုအဖြစ် အချို့ပြည်နယ်များ၌ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ ပေါင်းစပ်ထည့်သွင်းခြင်းအား အောင်မြင်စွာ အကောင်အထည်ဖော်နိုင်ခဲ့ခြင်းသည် ထင်ရှားသော ဥပမာတစ်ခု ဖြစ်ပါသည် (Siriwardhana et al. 2016)။ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူ လုပ်သားများအား mhGAP ကဲ့သို့ လမ်းညွှန်ချက်များကို အသုံးပြု၍ လေ့ကျင့်ပေးနိုင်ပါသည် (Patel et al. 2013)။ နောက်ဆက်တွဲ လုပ်ဆောင်မှုများကို ကျွမ်းကျင်သူများ၏ အချိန်အားလပ်ပေါ် မူတည်ပြီး ညှိနှိုင်းလုပ်ဆောင်ရမည် ဖြစ်ပါသည် (WHO 2008a)။ အထူးသဖြင့် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများသည် ဖော်ပြပါကုထုံးများနှင့် သင့်တော်မှုရှိပြီး၊ ကွဲပြားခြားနားသည့် အမျိုးမျိုးသော စိတ်ရောဂါဝေဒနာများမှာမူ အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်များဖြင့် ကုသနိုင်ကြောင်း WHO 2008 (a) အစီရင်ခံစာ ဥပမာများက ပြဆိုပါသည်။ တောင်အာဖရိကတွင် စိတ်ကစဉ်ကလျားဖြစ်ခြင်း (Schizophrenia), စိတ်ကြွရောဂါ (bipolar disorder) နှင့် စိတ်ဓါတ်ကျခြင်း (Major depression) တို့ကို အခြေခံ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖြစ် ကိုင်တွယ်နေပြီး၊ ဆော်ဒီအာရေးဗီးယားတွင်မူ ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု ကုထုံးများအား အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖြစ် ကုသမှုပြုလုပ်ပေးနေကာ ပိုမိုရှုပ်ထွေးသည့် ကိစ္စရပ်များကိုမူ ဒုတိယအဆင့်စောင့်ရှောက်မှုသို့ လွှဲပြောင်းပေးပါသည်။ ချီလီနိုင်ငံတွင် အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကို စိတ်ခံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများအား ကိုင်တွယ်ဖြေရှင်းရန်အတွက်သာ သတ်မှတ်ထားသော်လည်း နောက်ပိုင်းတွင် စိတ်ဓါတ်ကျမှု၊ အိမ်တွင်းအကြမ်းဖက်မှုနှင့် ကလေးစိတ်ကျန်းမာရေးတို့အတွက်ကိုပါ တဖြည်းဖြည်းချင်း ထည့်သွင်း အသုံးပြုလာကြပါသည် (WHO 2008a)။ ၎င်းကုထုံးများသည် လူမှုစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကုသမှုပေးရာတွင် အရည်အသွေးပြည့်ဝသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်ခြင်း တစ်ခုတည်းကိုသာ မဆိုလိုပေ။ အချို့ဖြစ်စဉ်များတွင် ဆေးဝါးကုသမှုပေးရန် လိုအပ်ပြီး

ထိုသူတို့အတွက် ဆေးဝါးကုသခွင့် စည်းမျဉ်းများကိုလည်း သတိပြုရန် လိုအပ်ပါသည်။ ထို့ပြင် အခြေခံ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်သူများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှု ကျွမ်းကျင်သူများထံမှ စဉ်ဆက်မပြတ်သော ကြီးကြပ်မှု (Supervision) ခံယူရမည် ဖြစ်ပြီး လမ်းညွှန်မှုများလည်း ရယူရန် လိုအပ် ပါသည်။ အကယ်၍ ၎င်းတို့ကိုယ်တိုင် ကုသမှုပေးရန် မစွမ်းနိုင်သော ဖြစ်စဉ်များကို စိတ်ကျန်းမာရေး ကုသမှု ကျွမ်းကျင်သူများထံသို့ လွှဲပြောင်းပေးခြင်းလည်း ပြုလုပ်ပေးရပါမည်။ ထိုသို့လွှဲပြောင်းပေးသည့် လုပ်ငန်းစဉ်ကို **“စောင့်ရှောက်မှုတိုးမြှင့်ခြင်း”** ဟု ခေါ်ပါသည် (Patel et al. 2013)။ ထိုသို့လွှဲပြောင်းပေး ခြင်းကို ပြုလုပ်ခြင်းသည် အခြေခံကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကျွမ်းကျင်သူများ၏ လုပ်ရမည့် လုပ်ငန်း တာဝန်တစ်ခု ဖြစ်သည်ကို သိရှိနားလည်ထားရန်မှာ အဓိကအချက်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်(WHO 2008a)။

Singla et al. (2017) ၏ သုတေသနစမ်းသပ်ချက်တွင် (ထိုသုတေသနသည် လူဦးရေအားလုံး ကို ကိုယ်စားပြုသည်ဟု မဆိုလိုပါ။) အထူးကုမဟုတ်သော ကုသမှုပေးသူများသည် ဤဝန်ဆောင်မှုများမှ အကျိုးခံစားနေရသော လူမှုအသိုင်းအဝိုင်းမှ တရားဝင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပြုလုပ်သူ မဟုတ် သော လူထုအခြေပြု ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများ သို့မဟုတ် ဘဝတူ စောင့်ရှောက်မှုပေးသူများ ဖြစ် ကြသည်ကို တွေ့ရှိရသည်။ ဖြစ်စဉ်အများစုတွင် ဘဝတူများ၊ အလားတူဖြစ်ရပ်မျိုး ကြုံတွေ့ခံစားသူများ သည် တန်ဖိုးရှိသည့် အထောက်အပံ့များ ဖြစ်ပါသည်။ ဥပမာ - မီးဖွားပြီး ဖြစ်လေ့ရှိသည့် စိတ်ဓါတ်ကျမှု ခံစားနေရသည့် အမျိုးသမီးများကို လူမှုစိတ်ပိုင်း ထောက်ပံ့ပေးရန် မွေးဖွားပြီး သားသည်မိခင်များကို သင်တန်းပေး လေ့ကျင့်ပေးခြင်း၊ HIV Positive ခံစားနေရသူများကိုလည်း ဘဝတူများနှင့် တစ်ဦးချင်း တွေ့ဆုံစေခြင်း၊ မြန်မာဒုက္ခသည်များကိုလည်း ၎င်းတို့အချင်းချင်း တွေ့ဆုံစေခြင်း။ (ဤလေ့လာမှု၏ ခြုံငုံ သုံးသပ်ချက်ကို see Singla et al. 2017 တွင် ကြည့်ပါရန်)

နောက်ထပ်အရေးကြီးသည့်အချက်မှာ လူမှုစိတ်ပိုင်း အထောက်အပံ့ပေးရန် သင်တန်းတက် ရောက်ထားသူများသည် ထိုလူမှုအသိုင်းအဝိုင်းတွင် ရေရှည်တည်မြဲနေရန် လိုအပ်ခြင်းဖြစ်သည်။ ထိုသူ တို့သည် သင်တန်းပြီးဆုံးသည့်အခါ ၎င်းတို့၏ မူလအလုပ်များ(ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့် နေရာ၊ ကျောင်း၊ NGO၊ လူမှုအဖွဲ့အစည်း စသည်ဖြင့်) ကို ဆက်လက်လုပ်ကိုင်နေရင်း လူမှုစိတ်ပိုင်းဆိုင် ရာ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်သည့် အစိတ်အပိုင်းတစ်ခု ဖြစ်လာမည်။ (၁၀) ရက်တာ လူတွေ့သင်တန်း အပါ အဝင် စဉ်ဆက်မပြတ်ကြီးကြပ်မှု စုပါဦးရှင်း ပုံမှန်ပြုလုပ်ခြင်း၊ ဖြစ်စဉ်တစ်ခုချင်းစီကို ကျွမ်းကျင်စွာပိုက် ဆာ၏ အကူအညီဖြင့် ပြုလုပ်ခြင်းတို့သည် သင်တန်းအများစု၏ ပုံစံဖြစ်ကြောင်း Singla et al. (2017) အရ သိရပါသည်။ ကုထုံးများသည် များသောအားဖြင့် (၁၀) ကြိမ်အောက် တွေ့ဆုံရပြီး တစ်ကြိမ်တွေ့ လျှင် တစ်နာရီခန့် ကြာမြင့်သည်။ အချိန်ကာလအားဖြင့်ဆိုလျှင် နှစ်လမှ သုံးလအထိ ဖြစ်သည်။ အရေး

အကြီးဆုံးအချက်မှာ ထိုကုထုံးများစွာသည် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှု (CMHD) အပေါ် ကုသမှုရလဒ်များကို အောင်မြင်စွာ တိုးတက်စေခဲ့သည်။ (ibid)

CETA သည် လုပ်ငန်းခွဲဝေခြင်း အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည်။ မြန်မာပြည်တွင် CETA လုပ်ငန်းများကို သည်မူဝါဒ ချမှတ်သူများနှင့် နီးကပ်စွာ အကောင်အထည်ဖော်လျက်ရှိသည်။ ထို့ပြင် CETA အစီအစဉ် သည် နိုင်ငံတစ်ပုဒ် ပျံ့နှံ့နေသည့် ဖြစ်လေ့ဖြစ်ထရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုများ CMHD အတွက် ကောင်းဆဲလင်းအစီအစဉ်တစ်ခု အနေဖြင့်လည်း ဦးဆောင်လျက် ရှိပါသည်။ ထိုအစီအစဉ်သည် တီထွင်ဆန်းသစ်ထားသော နည်းလမ်းများနှင့် အထောက်အထားများကို အခြေခံသော လုပ်ငန်းစဉ်များ ကြောင့် အိန္ဒိယနိုင်ငံမှ စိတ်ကုဆရာဝန်နှင့် သုတေသနပြုလုပ်သူ Vikram Patel ကဲ့သို့ နိုင်ငံများစွာမှ စိတ်ကျန်းမာရေးကဏ္ဍကို ဦးဆောင်သူများ၏ စိတ်ဝင်စားမှုကိုလည်း ရရှိထားပါသည်။ မြန်မာပြည်သည် CETA ကို အစိုးရ၏ အသိအမှတ်ပြု ထောက်ခံမှုများဖြင့် စတင်အခြေစိုက် အကောင်အထည်ဖော်ခဲ့သော နိုင်ငံဖြစ်ပြီး မြန်မာပြည်တွင် စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ကောင်းမွန်သည့် ခြေလှမ်းသစ် တစ်ရပ်လည်း ဖြစ်လာပါသည်။ နောက်လာမည့်အပိုင်းတွင် မြန်မာပြည်၌ စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက် မှုများ ပိုမိုတိုးတက်အောင် လုပ်ဆောင်ရမည့် ခိုင်မာသည့်နည်းလမ်းများကို အသေးစိတ်ပုံဖော် ဆွေးနွေး သွားပါမည်။

# အခန်း (၅)

## မြန်မာပြည်မှ CETA

၂၀၁၀ ခုနှစ်တွင် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်း (AAPP) အပါအဝင် အဖွဲ့အစည်းသုံးဖွဲ့သည် အမေရိကန်နိုင်ငံ ဂျွန်ဟော့ပ်ကင်း (Johns Hopkins University) မှ အသုံးချစိတ်ပညာသုတေသနအဖွဲ့ (Applied Mental Health Group – AMHR) နှင့် ပူးပေါင်းပြီး ကုထုံးများကို အခြေခံသောကုသနည်း (Common Elements Treatment Approach – CETA) ကောက်ယူရွေးချယ်ထိန်းချုပ်စမ်းသပ်မှုပုံစံဖြင့် ထိုင်း - မြန်မာနယ်စပ်ဒေသတွင် စတင်အကောင်အထည်ဖော်ခဲ့ပါသည်။

CETA သည် အဖြစ်များသော စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာနာမကျန်းဖြစ်မှု (CMHD) ခံစားနေရသူများအတွက် ဦးတည်ချက်ထားသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာကုထုံးတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ AAPP ၏ အဓိကထားဆောင်ရွက် ချက်များတွင် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများ (FPPs) ၏ စိတ်ပိုင်းရှုပ်ပိုင်းကျန်းမာစေရေးသည် အဓိက အချက်တစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများသည် အဖြစ်များသည့် စိတ်ကျန်းမာရေး စံလွှဲမှုများ ရှိနေတတ်သော အကူအညီလိုအပ်သည့် လူ့အဖွဲ့အစည်းတစ်ခု ဖြစ်ပါသည် (Willis et al.2015)။ ထို့အပြင် AAPP သည် လူ့အဖွဲ့အစည်းအတွင်း ရေရှည် ရပ်တည်နေသည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခု လည်း ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် AAPP သည် CETA ကို စမ်းသပ်အောင်မြင်သော အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုလည်း ဖြစ်နေပါသည်။ ၂၀၁၀ ခုနှစ်တွင် CETA ကို မြန်မာပြည်နှင့်ကိုက်ညီအောင် ပြင်ဆင်စမ်းသပ်ခဲ့ပြီး ၂၀၁၂ ခုနှစ်တွင် မြန်မာပြည်တွင်း၌ စတင်အကောင်အထည်ဖော်ခဲ့ပါသည်။

လေ့လာစမ်းသပ်မှုအရ CETA သည် အရွယ်ရောက်ပြီးသူတို့၏ လုပ်ဆောင်မှုပိုင်းဆိုင်ရာနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု တိုးတက်အောင်ပြုလုပ်ရာတွင် ထိရောက်သော၊ လက်ခံနိုင်ဖွယ်ရာရှိသော၊ အသုံးပြုနိုင်သော နည်းလမ်းတစ်ခုဖြစ်ကြောင်း တွေ့ရှိရသည်။ AAPP နှင့်အတူ စမ်းသပ်မှု ပြုလုပ်ခဲ့သော အခြားအဖွဲ့အစည်းနှစ်ခုမှာ CETA ဆောင်ရွက်ချက်များကို ရပ်တန့်လိုက်ပြီဖြစ်သော်လည်း AAPP အနေဖြင့် အကြောင်းရင်းနှစ်ချက်ကြောင့် ယခုအချိန်ထိ ဆက်လက်တိုးချဲ့ လုပ်ဆောင်လျက် ရှိပါသည်။ ပထမတစ်ချက်မှာ CETA သည် အဖြစ်များသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှုများ (CMHD) ကို ထိရောက်စွာ လျော့ချပေးနိုင်သော နည်းစနစ်တစ်ခုဖြစ်ခြင်းနှင့် AAPP မှ အဓိကထား အကူအညီပေးနေသည့်သူများသည် ကောင်ဆဲလင်းအကူအညီ လိုအပ်နေသောသူများဖြစ်ခြင်းတို့ကြောင့် ဖြစ်သည်။ ဒုတိယအချက်မှာ AAPP ၏ အဓိကထား လုပ်ဆောင်မှုများ၏ အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုဖြစ်သော နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများကို အလုပ်အကိုင်ပေးနိုင်ရေးနှင့် CETA ကို ဆက်လက်လုပ်ဆောင်နေခြင်းသည် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသား

ဟောင်းများအတွက် ရေရှည် သက်မွေးဝမ်းကျောင်း အလုပ်အကိုင်ကို ဖန်တီးပေးနိုင်ခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပါသည်။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်တွင် AAPP သည် ရန်ကုန်မြို့နှင့် မန္တလေးမြို့တို့တွင် ကောင်ဆယ်လင်းရုံးခန်းနှစ်ခုကို ဖွင့်လှစ်ခဲ့ပါသည်။ ကောင်ဆယ်လာအသစ် (၁၀) ဦး ထပ်မံခန့်အပ်နိုင်ခဲ့ပြီး ထိုသူများသည် ၎င်းတို့၏ သက်ဆိုင်ရာနယ်ပယ်အသီးသီးတို့တွင် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများအား အခမဲ့ ကောင်ဆယ်လင်း ဝန်ဆောင်မှုကို ပေးလျက်ရှိပါသည်။ နောက်ပိုင်းနှစ်များတွင် AAPP သည် ဝန်ထမ်းများ ထပ်မံခန့်အပ်ခဲ့ပြီး နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားဟောင်းများအတွက်သာမက အခြားသော မတူညီသည့် လူပေါင်းများစွာကို ကောင်ဆယ်လင်းဝန်ဆောင်မှု ပေးနေပါသည်။ ယခု ဤအစီရင်ခံစာကို ရေးသားနေသည့်အချိန်တွင် AAPP သည် သင်တန်းဆရာ (၃) ဦး၊ ကြီးကြပ်ရေးမှူး (၄) ဦး၊ ကောင်ဆယ်လာ (၁၈) ဦးတို့ဖြင့် ဆောင်ရွက်လည်ပတ်လျက် ရှိပါသည်။ ၂၀၁၅ ခုနှစ်တွင် ဂျွန်ဟော့ပင်ကင်းတက္ကသိုလ်၏ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ သုတေသနအဖွဲ့ (AMHR) သည် ၎င်းတို့နာမည်ကို အာရှပစိဖိတ် စိတ်ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု သုတေသနအဖွဲ့ (ASPIRE-MHS) ဟူ၍ ပြောင်းလဲခေါ်ဝေါ်ခဲ့သည်။ ၎င်းပရောဂျက်သည် မြန်မာနိုင်ငံ၏ နေရာအနှံ့အပြားတွင် CETA ၏ လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်းကို ချဲ့ထွင်ရန်နှင့် မြှင့်တင်ရန်အတွက် သုတေသနများစွာ ပြုလုပ်ခဲ့သည်။ AAPP ၏ သင်တန်းဆရာများအနေဖြင့်လည်း ၎င်းသုတေသနများတွင် အထောက်အပံ့ပေးခဲ့ပါသည်။

ဖြစ်လေ့ရှိသည့် စိတ်ပိုင်းနာမကျန်းမှု ခံစားနေရသည့် လူပေါင်းများစွာအတွက် ခိုင်မာသည့် ဖြစ်နိုင်ချေရှိသည့် ထိရောက်သည့် ကုသမှုကို သယ်ဆောင်ပေးနိုင်ရန် ဤအခန်းတွင် CETA ကို ဥပမာတစ်ခုအနေဖြင့် သုံးသပ်တင်ပြခြင်းများ ပြုလုပ်သွားပါမည်။

CETA သည် စိတ်ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ကောင်ဆယ်လင်းဘာသာရပ် ကျွမ်းကျင်မဟုတ်သည့် ဘာသာရပ်အထူးပြု နောက်ခံမရှိသည့်သူများကို ကောင်ဆယ်လာအဖြစ် မွေးထုတ်နိုင်သည့် ထိရောက်သော ကုသမှုတစ်ခု ပုံစံဖြစ်အောင် ရေးဆွဲထားသည်။ CETA သည် အသွင်ပြောင်း စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုဖြင့် အသုံးများသောကုထုံးများကို အခြေခံဖန်တီးထားသော အလုပ်သင်ပုံစံဖြစ်သည် (Murray et al. 2014)။ အသွင်ပြောင်း စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုဆိုသည်မှာ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုအတွက် တစ်သမတ်တည်း ပုံစံချ သတ်မှတ်ထားခြင်းမဟုတ်သည့် ကုသမှုပုံစံကို ဆိုလိုသည်။ ၎င်းသည် အမျိုးမျိုးသော ကုသမှုနည်းလမ်း အစီအစဉ်များကို စုပေါင်းထားသည့် ကုထုံးအစုအဖွဲ့တစ်ခုဖြစ်ပြီး မတူညီသည့် စိတ်ပိုင်း နာမကျန်းဖြစ်မှုများ၊ စံလွှဲမှုများအတွက် အသုံးပြုနိုင်သည်။ CETA တွင် အများနှင့် မတူသည့် အားသာချက် နှစ်ချက်ရှိသည်။ ပထမအချက်အနေဖြင့် ၎င်းပုံစံသည် ကောင်ဆယ်လာများအတွက် ရိုးရှင်းတိုတောင်းသည့် သင်တန်းအချိန်ကာလကိုသာ ဖြတ်သန်းရပြီး လေ့လာမှုတာဝန်များကို လျော့ချပေးသည်။

ဒုတိယအချက်မှာ ကလိုင်းယန်းကြုံတွေ့နေရသည့် အခြေအနေနှင့် လက္ခဏာများအပေါ်လိုက်ပြီး လိုက်လျောညီထွေရှိသော ကုထုံးအစုအပေါင်းများအတိုင်း အဖြစ်များသော စိတ်ပိုင်းနာမကျန်းဖြစ်မှုများကို ကုသပေးနိုင်ခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ ဤကုသမှုပုံစံကို အသုံးပြုခြင်းအားဖြင့် စိတ်ဓါတ်ကျမှု၊ စိတ်ဒဏ်ရာဖြစ်မှု တို့ကိုသာမက စိုးရိမ်ပူပန်မှုနှင့် စွဲလမ်းစေသော အရက်နှင့် ဆေးဝါး ပြဿနာများကိုပါ ကုသပေးနိုင်ပါသည်။ ထို့ပြင် စိတ်ဓါတ်ကျမှု၊ စိုးရိမ်ပူပန်မှုနှင့် အရက်/ မူးယစ်ဆေးဝါး သုံးစွဲမှုပြဿနာတို့သည် တစ်ပြိုင်တည်း ပေါ်လာသည်များလည်း ရှိပါသည် (ibid)။ အသွင်ပြောင်း စမ်းသပ်မှုနည်းလမ်းကို အသုံးပြုခြင်းအားဖြင့် ကောင်ဆယ်လာသည် မည်သည့်ပြဿနာကို အရင်ဦးစားပေး ကုသရမည်ဆိုသည်ကို ဆုံးဖြတ်ရန်မလိုဘဲ တစ်ချိန်တည်း တစ်ပြိုင်တည်းမှာပင် အားလုံးအတွက် ထိရောက်သောကုသမှုကို ပေးနိုင်ပါသည်။ ၎င်းအသွင်ပြောင်း စမ်းသပ်မှုပုံစံသည် အသုံးများသောကုထုံးများကို စုပေါင်းထားခြင်းကြောင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ကုသမှုပေါင်းများစွာအတွက် ထိရောက်စွာ အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ ၎င်းနည်းလမ်းသည် ဝင်ငွေမြင့်နိုင်ငံများစွာတွင်လည်း လူသိများ အောင်မြင်လျက်ရှိပြီး ဝင်ငွေနိမ့်ပါးနှင့် အလယ်အလတ်နိုင်ငံများတွင်လည်း ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့် အသုံးပြုနေကြပြီ ဖြစ်ပါသည် (Singla et al. 2017)။

CETA သည် ကျန်းမာရေးနှင့်ဆိုင်သည့် သို့မဟုတ် စိတ်ကျန်းမာရေးနယ်ပယ်ဆိုင်ရာ ပညာရေးနောက်ခံမရှိသောသူများကို သင်ကြားပေးနိုင်သည့် အထူးပုံစံတစ်ရပ်ဖြစ်ပါသည် (Murray et al. 2014)။ နှစ်ပတ်ဆက်တိုက် သင်တန်းပေးခြင်းဖြင့် စတင်ရပြီး အုပ်စုလိုက်လေ့ကျင့်မှုများ၊ ကြီးကြပ်မှုဖြင့် ကလိုင်းယန်းတွေ့ရမှုများမှာ နောက်ဆက်တွဲလုပ်ဆောင်ရမည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ ဖြစ်ပါသည် (Murray et al. 2011)။ ထိုသင်တန်းသားများအနေဖြင့် ပြည့်စုံလုံလောက်သည့် ကျွမ်းကျင်မှုရှိပြီဟု သတ်မှတ်ခံရလျှင် ကြီးကြပ်ရေးမှူးတစ်ဦးတစ်ယောက်၏ ကြီးကြပ်ပေးမှုဖြင့် ၎င်းတို့၏ ရေရှည်အရည်အသွေးပိုင်းဆိုင်ရာကို စိတ်ချရအောင် လုပ်ဆောင်ပါသည်။ ကြီးကြပ်ရေးမှူးသည် CETA သင်တန်းဆရာ တစ်ဦးတစ်ယောက်၏ အဝေးမှသင်တန်းပေးခြင်းကို စဉ်ဆက်မပြတ် ရယူရပါသည်။ သင်ထောက်ကူပစ္စည်းများ၊ အသုံးပြုသော စာရွက်စာတမ်းများသည် သင်တန်းသားများနှင့် ကိုက်ညီသောပုံစံကို ဖန်တီးထားပြီး သင်တန်းတစ်ခုချင်းစီအတွက် နယ်မြေဒေသအလိုက် ကောင်ဆယ်လာများနှင့် သင့်တော်သော သင်ထောက်ကူပစ္စည်းများကိုသာ အသုံးပြုပါသည်။ မလိုအပ်သည့် အကြောင်းအရာကိစ္စများကို လျော့နိုင်သမျှ လျော့ချကာ စာဖတ်ခြင်းထက် လက်တွေ့လေ့ကျင့်ခြင်းကို ဦးစားပေးလုပ်ဆောင်ပါသည်။ သင်တန်းကိုလည်း ပညာရေးနောက်ခံ အကန့်အသတ်ရှိသောသူများအတွက် သင့်တော်သည့်ပုံစံ ဖန်တီးထားပါသည်။ CETA ကောင်ဆယ်လာများသည် ကုထုံးများစုပေါင်းထားသော ကုထုံးအစုကို လေ့လာရာတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်မှုကို အားပေးခြင်းနှင့် ကုသမှုကို မိတ်ဆက်ခြင်းအပြင် အခြားကုထုံးနည်းစနစ် (၇) ခု၊ အရက်နှင့် မူးယစ်စေသော



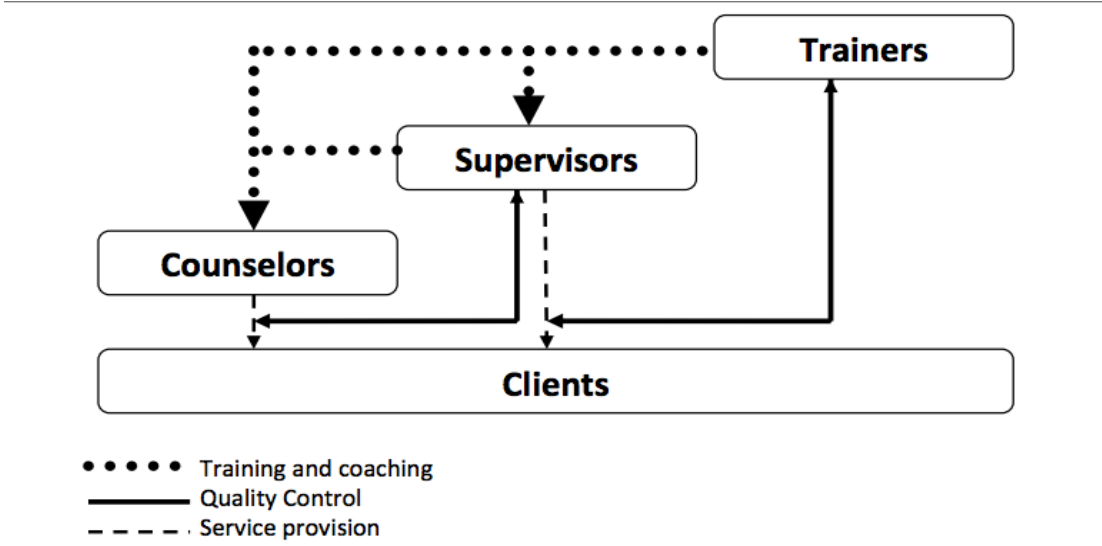
အရာများသုံးစွဲမှုကို လျော့ချခြင်းနှင့် သေကြောင်းကြံစည်မှုအတွေးများအတွက် ထည့်သွင်းရေးဆွဲထားသော ကုထုံးနှစ်ခုကိုပါ လေ့လာကြရပါသည်။ ကောင်ဆယ်လာများသည် ကလိင်းယန့်တစ်ဦးချင်းစီပေါ်မူတည်ပြီး မတူညီသည့် ကုထုံးအစီအစဉ်များကို မည်ကဲ့သို့စဉ်းစားသည် ဆိုသည်တို့ကိုလည်း လေ့လာသင်ယူရပါသည်။ ထိုကုထုံးအစီအစဉ်များမှာ အောက်ပါအတိုင်း ဖြစ်ပါသည်။

စိတ်ဒဏ်ရာအတွက် ကုထုံးအစီအစဉ် -

- (၁) ပူးပေါင်းပါဝင်မှုကိုအားပေးခြင်း
- (၂) CETA ကုသမှုကို မိတ်ဆက်ခြင်း
- (၃) အခြားနည်းလမ်းဖြင့်တွေးခြင်း အပိုင်း - ၁
- (၄) ခက်ခဲသောအမှတ်ရစရာများအကြောင်းကို ပြောဆိုခြင်း နှင့်
- (၅) အခြားနည်းလမ်းဖြင့်တွေးခြင်း အပိုင်း - ၂ တို့ ဖြစ်ပါသည်။

ကုသမှုသည် (၈) ကြိမ်မှ (၁၂) ကြိမ်ထိ ကြာမြင့်နိုင်ပါသည်။ လုပ်ငန်းစဉ်အတိုင်း ကောင်ဆယ်လာသည် ကုထုံးများကို အသုံးပြုပြီး တဖြည်းဖြည်းချင်းစီ ကုသသွားပါသည်။ ကုထုံးအစီအစဉ်များသည် ကလိင်းယန့်တစ်ဦးချင်းစီ၏ တုံ့ပြန်မှုနှင့် ပြသသည့်လက္ခဏာများပေါ် မူတည်ပြီး အပတ်စဉ် ကြီးကြပ်မှုအစည်းအဝေးများ၏ ဆုံးဖြတ်ချက်အရ လိုက်လျောညီထွေစွာ လိုအပ်သလို အပြောင်းအလဲ ပြုလုပ်ကြပါသည်။ ကောင်ဆယ်လာများသည် ထိုသို့ဆုံးဖြတ်မှုဆိုင်ရာ စွမ်းရည်များကို နှစ်ပတ်သင်တန်းတွင် သင်ယူကြရပါသည်။ သင်တန်းပြီးဆုံးသည့်အခါ အုပ်စုလိုက်လေ့ကျင့်ခြင်းများ ပြုလုပ်ခြင်း၊ ကလိင်းယန့်တစ်ယောက်တည်းနှင့်သာ ကနဦးတွေ့ဆုံခြင်း၊ ထို့နောက် ကြီးကြပ်မှု အစည်းအဝေးများမှ ဆုံးဖြတ်ချက်များအတိုင်း ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ခြင်းတို့ ပြုလုပ်ကြပါသည်။ ဤလုပ်ငန်းစဉ်တွင် သင်တန်းနည်းပြများ၊ ကြီးကြပ်ရေးမှူးများနှင့် ကောင်ဆယ်လာများက အဓိကအနေဖြင့် လုပ်ဆောင်ကြရပါသည်။ သင်တန်းနည်းပြများသည် ကုသမှု၏ ပြင်ပဧရိယာမှသူဖြစ်ပြီး ကြီးကြပ်ရေးမှူးများနှင့် ကောင်ဆယ်လာများကို နှစ် ပတ်ကြာသင်တန်းပေးရပါသည်။ ကြီးကြပ်ရေးမှူးများသည် ဒေသခံများဖြစ်ကြပြီး ကောင်ဆယ်လာများ အဖြစ်လည်း သင်တန်း ရယူထားပြီးသူများဖြစ်သည်။ ၎င်းတို့သည် ကြီးကြပ်ရေးမှူးအဖြစ် တာဝန်ပိုမို ထမ်းဆောင်ရန် ရွေးချယ်ခန့်အပ်ခြင်းခံရသူများဖြစ်သည်။ ဖွဲ့စည်းပုံအရ ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ပြီးနောက် အချိန်ကာလကြာမြင့်လာသည့်အခါ ရေရှည်ရပ်တည်နိုင်သောသူများအဖြစ် CETA ၏ တိုက်ရိုက်ပံ့ပိုးမှုမှ လွတ်ကင်းလာမည် ဖြစ်သည်။

ထိုနည်းလမ်းသည် ယခုအခါ တစ်ကမ္ဘာလုံးတွင် စမ်းသပ်ဆောင်ရွက်နေပြီဖြစ်သည်။ လေ့လာမှုများကို အီရတ် (Murray et al. 2014; Weiss et al. 2015)၊ ထိုင်း - မြန်မာနယ်စပ် (Murray et al. 2014; Bolton 2014) ၊ ကိုလံဘီယာ (Pacichana-Quinayáz et al. 2016) တို့တွင် စမ်းသပ်လုပ်ဆောင်ခဲ့ပါသည်။ ထိုလေ့လာမှုများမှ စဉ်ဆက်မပြတ်သော ရလဒ်ကောင်းများ ရရှိခဲ့ပါသည်။ ကောင်ဆယ်လာများသည် လုပ်ငန်းစဉ်အတိုင်း လိုက်နာကြပြီး အုပ်စုလိုက်လေ့ကျင့်မှုများကို ကောင်းမွန်စွာ လုပ်ဆောင်နိုင်ကြခြင်း၊ လက်တွေ့လုပ်ဆောင်မှုများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာလက္ခဏာများကို လျော့ချနိုင်ခဲ့သည်ကိုလည်း တွေ့ရပါသည် (Murray et al. 2014; Bolton et al. 2014; Pacichana-Quinayáz 2016; Weiss et al. 2015)။ ကြီးကြပ်ရေးမှူးများသည် ကောင်ဆယ်လာများ လေ့ကျင့်ရာတွင် အချို့အလွဲများကို ထောက်ပြနိုင်ခဲ့ပြီး ပိုမိုကျွမ်းကျင်သူများ ဖြစ်လာအောင် လေ့ကျင့်သင်ကြားပေးနိုင်ကြပါသည်။ မူရေး Murray et al. (2014) ၏ ပထမဆုံး အလေးပေး လေ့လာမှုအရ ထိုင်း - မြန်မာ နယ်စပ်နှင့် အီရတ်တို့ရှိ ကလိန်းယန်းများသည် ၎င်းတို့၏ သိသာထင်ရှားသည့်လက္ခဏာများကို အပတ်စဉ် လျော့ချသွားနိုင်ကြကြောင်း တွေ့ရှိရပါသည်။



ပုံ (၂) : အလုပ်သင်ပုံစံ (Murray et al. 2011)

ဘော်လ်တွန် Bolton et al. (2014) က ထိုင်း - မြန်မာနယ်စပ်တွင် ပြုလုပ်ခဲ့သော စောင့်ဆိုင်း အုပ်စု (WLC) ကို နှိုင်းယှဉ်ကြည့်သည့် အရေအတွက်ဆိုင်ရာ သုတေသနရလဒ်များကို ထုတ်ပြန်ခဲ့သည်။ သုတေသနလေ့လာမှုက CETA ကို လက်ခံသောအုပ်စု၏ စတင်တွေ့ဆုံမှု စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ

လက္ခဏာ ရမှတ်များသည် ၇၇ % ခန့်ထိ လျော့ကျသွားသည်ကို တွေ့ရှိရသည်။ စောင့်ကြည့်အုပ်စု၏ ရမှတ်များသည် ၄၄% သို့ လျော့ကျသွားသည်ကို တွေ့ရှိရသည် (Bolton et al. 2014)။ လေ့လာရေး သား ပြုစုသူများသည် CETA နည်းလမ်းဖြင့် ကုသသော ကုသမှုသည် ထိရောက်မှု များစွာရှိကြောင်း ထည့်သွင်းရေးသားထားပါသည်။ ၎င်းရှာဖွေတွေ့ရှိချက်အပြင် အီရတ်တွင်ပြုလုပ်သည့် စောင့်ကြည့်လေ့ လာမှုကိုလည်း Weiss et al. (2015) က အတည်ပြုပေးထားပါသည်။ ဤလေ့လာမှုသည် သိသာထင်ရှားပြီး ကြီးမားသည့် ရလဒ်ကောင်းများကို ပြနေပြီး စောင့်ဆိုင်းအုပ်စုတွင်လည်း ပြောင်းလဲမှု အနည်းငယ် ရှိလာသည်ကို တွေ့ရသည် (Weiss et al. 2015)။ ကိုလံဘီယာတွင်လည်း ကုသမှု၏ ထိရောက်မှုကို အရေအတွက်ဆိုင်ရာ သုတေသနစစ်တမ်းဖြင့် လေ့လာမှု ပြုလုပ်ခဲ့သည် Pacichana-Quinayáz et al. (2016)။ ကလိုင်းယန်းများသည် ၎င်းတို့၏ စိုးရိမ်ပူပန်မှုများ ကျဆင်းသွားသည်၊ မျှော်လင့်ချက်များ မြင့်တက်လာကြသည်၊ ၎င်းတို့၏ စိုးရိမ်ပူပန်မှုများကို ရင်ဆိုင်ထိန်းညှိရန် နည်းလမ်းများ ရရှိခဲ့ကြပြီး ဘဝတွင် အကောင်းမြင်မှုများ တိုးပွားလာကြသည်ဟု မေးမြန်းမှုများတွင် ဖြေဆိုခဲ့ကြသည်(Pacichana-Quinayáz 2016)။ ကလိုင်းယန်းအများစုသည် ကုသမှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး အပြုသဘောဆောင်သော ဖြေကြားချက်များ ပေးခဲ့ကြပြီး ကုထုံးများသည် စိတ်ခံစားမှုများကို သက်သာစေကြောင်း ဖြေကြားကြပါသည်(Pacichana-Quinayáz et al. 2016)။

# အခန်း ၆

## နိဂုံးချုပ် နှင့် အကြံပြုတိုက်တွန်းချက်များ

ဤစာတမ်းတွင်ပါဝင်သော ပညာရပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သုံးသပ်မှုများ၊ မြန်မာနိုင်ငံတွင်း အေအေပီပီ၏ စိတ်ဓာတ် ပြန်လည်မြှင့်တင်ပေးရေး အစီအစဉ်မှ အတွေ့အကြုံများနှင့် အခြားသော အဖွဲ့အစည်းများ၏ အတွေ့အကြုံများအပေါ် အခြေခံ၍ ကျန်းမာရေးနှင့် အားကစားဝန်ကြီးဌာနနှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးဆရာဝန်များသို့ အကြံပြုတိုက်တွန်းချက်များကို စုစည်းထားပါသည်။ ဤအကြံပြုတိုက်တွန်းချက်များသည် မှန်ကန်ထိရောက်သော နည်းလမ်းများနှင့် ဖြစ်ရပ်မှန်များကို အခြေခံထားပြီး အရေးတကြီးလုပ်ဆောင်ရန် လက်တွေ့ကျမှုနှင့် တွက်ခြေကိုက်သော ကုန်ကျစရိတ်များရှိသည့် အကြံပြုတိုက်တွန်းချက်များ ဖြစ်ပါသည်။ နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်း၏ အကြံပြု တိုက်တွန်းချက်များသည် WHO ၏ အကြံပြု တိုက်တွန်းချက်များနှင့်လည်း ကိုက်ညီပါသည်။

အစိုးရအနေဖြင့် အောက်ပါတို့အား လုပ်ဆောင်ပေးရန် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေး အသင်းမှ လေးလေးနက်နက် တောင်းဆိုပါသည်။

၁။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော ဥပဒေသစ်နှင့် မူဝါဒ ပေါ်ပေါက်လာရေးအတွက် သက်ဆိုင်ရာ လူမှုအခြေပြု လူထုအဖွဲ့အစည်းများ၊ ကျွမ်းကျင်သူများဖြင့် ဖွဲ့စည်းထားသော အင်စတီကျူးရှင်းများ၊ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍမှ အဖွဲ့များဖြင့် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးပြီး ပွင့်လင်းမြင်သာမှုရှိရှိဖြင့် ဆောင်ရွက်ရန်။

၂။ ဆေးရုံဆေးခန်းများကိုသာ အခြေပြုသော စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုများထက် လူထုအခြေပြု စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးခြင်းကို ပိုမိုအဓိကထားရန်။

၃။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော ကွန်ရက်များ တည်ဆောက်မှုကို တတ်နိုင်သမျှ ပံ့ပိုးကူညီပေးရန်နှင့်၊ ကျွမ်းကျင်သူများဖြင့် ဖွဲ့စည်းထားသော အင်စတီကျူးရှင်း၊ လူမှုကူညီမှုလုပ်ငန်းများ၊ သက်ဆိုင်ရာ ပြည်သူ့ဝန်ထမ်းအဖွဲ့အစည်းများ ပါဝင်သော စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာလုပ်ငန်းများ လုပ်ဆောင်နေသော ကွန်ရက်များတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်ရန်။

၄။ အားနည်း၍ ကူညီစောင့်ရှောက်မှု အလိုအပ်ဆုံးသောလူများ၏ စိတ်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို စောလျင်စွာ စူးစမ်းရှာဖွေဖော်ထုတ်ခြင်း ပြုလုပ်ရန်အတွက် တရားစီရင်ရေး၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မိခင်များ

စောင့်ရှောက်ရေး၊ စာသင်ကျောင်းများနှင့် သက်ကြီးရွယ်အိုဂေဟာများ စသည့် အများပြည်သူဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို ထည့်သွင်းအသုံးပြုရန်။

၅။ နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်းမှ ကောင်ဆယ်လာများကဲ့သို့ အထူးကု မဟုတ်သော ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအတွက် အထောက်အထားအခြေခံသော ကုထုံးသင်တန်းအား တရားဝင် အသိအမှတ်ပြုနိုင်စေသော စနစ်တစ်ခု ဖန်တီးပေးရန်။

၆။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကို တိုက်ဖျက်ရန်အတွက် လူမှု ကွန်ရက်များတွင် အင်တိုက်အားတိုက်လှုံ့ဆော်ခြင်းကဲ့သို့ လူထုအားကို အသုံးပြုသော နည်းလမ်းများ ဆောင်ရွက်ခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေးကို သတိပြုမိစေသော လူထုဟောပြောပွဲများ လုပ်ပေးခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေးကုသမှုလုပ်ငန်းများ အကောင်အထည်ဖော်နေစဉ်တွင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များနှင့် ပတ်သက်၍ စာနာနားလည်ပေးခြင်း စသည့်လုပ်ငန်းများဖြင့် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကို တိုက်ဖျက်ခြင်းအား အကောင်အထည်ဖော်ရန်။

၇။ မြန်မာနိုင်ငံ၏ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အသိပညာ ကွာဟမှုကို လျှော့ချနိုင်ရန်အတွက် စိတ် ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သည့် သုတေသနပြုသူများကို ပိုမိုအားပေးထောက်ပံ့ရန်။

၈။ ကျန်းမာရေးဘတ်ဂျက်ကို ချမှတ်ရာတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာဘတ်ဂျက်ကို တိုးမြှင့်ပေးရန်နှင့်

၉။ အစိုးရအနေဖြင့် ချမှတ်ထားသည့် ရည်မှန်းချက် ၉ ချက်ကို အကောင်အထည်ဖော်ဆောင်ရွက်ရန်။

စိတ်ကျန်းမာရေးဆရာဝန်များအနေဖြင့် အောက်ပါတို့အား လုပ်ဆောင်ပေးရန် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်းမှ လေးလေးနက်နက် တောင်းဆိုပါသည်။

၁။ အစိုးရအပါအဝင် သက်ဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းများ၊ ပါဝင်ပတ်သက်သူများကို စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ် သက်၍ တိုက်တွန်းလှုံ့ဆော်ရန်။

၂။ လူထုအခြေပြု ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုလုပ်ငန်းကို ဦးစားပေးရန်။

၃။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော ကွန်ရက်များ တည်ဆောက်မှုကို တတ်နိုင်သမျှ ပံ့ပိုးကူညီပေး ရန်နှင့်၊ ကျွမ်းကျင်သူများဖြင့် ဖွဲ့စည်းထားသော အင်စတီကျူးရှင်း၊ လူမှုကူညီမှုလုပ်ငန်းများ၊ သက်ဆိုင်ရာ ပြည်သူ့ဝန်ထမ်းအဖွဲ့အစည်းများ ပါဝင်သော စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာလုပ်ငန်းများ လုပ်ဆောင်နေသော ကွန်ရက်များတွင် ပူးပေါင်းပါဝင်ရန်။

၄။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကို ဦးတည်ပြီး လူထုကြားတွင် အသိပညာ ဖြန့်ဖြူးမှု ပြုလုပ်ပါရန်နှင့် ၎င်းတို့၏ လုပ်ငန်းများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကို စာနာနားလည်ပေးရန်။

၅။ စိတ်ကျန်းမာရေးနယ်ပယ်တွင် အသိပညာ ဗဟုသုတ နည်းပါးခြင်းကို လျှော့ချနိုင်ရန် သုတေသနပြုမှု များ ပြုလုပ်ပါရန်။

တစ်ဦးချင်းအနေဖြင့် အောက်ပါတို့အား လုပ်ဆောင်ပေးရန် နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်းမှ လေးလေးနက်နက် တိုက်တွန်းပါသည်။

၁။ အစိုးရအပါအဝင် သက်ဆိုင်ရာအဖွဲ့အစည်းများကို စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ တိုက်တွန်းလှုံ့ဆော်ရန်။

၂။ သက်ကြီးရွယ်အိုဂေဟာများ၊ မိခင်နှင့်ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာများ၊ ကျောင်းများ အစရှိသဖြင့် အများပြည်သူကို ဝန်ဆောင်မှုပေးနေသော နေရာဌာနများတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထည့်သွင်း အသုံးပြုခြင်းကို အားပေးကူညီရန်။

၃။ တစ်ဦးချင်း ပါဝင်လုပ်ဆောင်နိုင်သော စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာကွန်ရက်များတွင် ပါဝင်လုပ်ဆောင်ရန်။

၄။ စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကို ဦးတည်ပြီး လူထုကြားတွင် အသိပညာ ဖြန့်ဖြူးမှု ပြုလုပ်ပါရန်နှင့် မိမိပတ်ဝန်းကျင်တွင် တွေ့မြင်ရသည့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှု ခံစားနေရသည့် ဝေဒနာရှင်များကို အားပေးကူညီရန်။

၅။ စိတ်ကျန်းမာရေးနယ်ပယ်တွင် အသိပညာ ဗဟုသုတ နည်းပါးခြင်းကို လျှော့ချနိုင်ရန် သုတေသနပြုမှု များတွင် ပူးပေါင်းလုပ်ဆောင်ပါရန်။

အထက်ဖော်ပြပါ အချက်များသည် စိတ်ကျန်းမာရေးစနစ်တစ်ခုလုံးအတွက် လုံလောက်သော တင်ပြချက်များဖြစ်မည် မဟုတ်ပါ။ သို့သော်လည်း အစိုးရအနေဖြင့် အထက်ပါ အကြံပြုတိုက်တွန်းချက်များကို အသိအမှတ်ပြုပြီး အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်မည်ဆိုလျှင် မြန်မာနိုင်ငံတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်ပြီး အကြပ်အတည်းဖြစ်နေသော အရေးတကြီး လိုအပ်ချက်များကို ဖြေရှင်းပြီး ဖြစ်ပါမည်။ ထို့အပြင် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှု ခံစားနေရသည့် ထောင်ပေါင်းများစွာသောသူများနှင့် စိတ်ကစဉ်ကလေးများရောဂါ ခံစားနေရသူများအတွက် လိုအပ်နေသော ကုသမှု ရရှိနိုင်ခြင်းလည်း သိသိသာသာ တိုးတက်လာပါမည်။

စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော စောင့်ရှောက်မှုစနစ်ကို မြန်မာနိုင်ငံတွင် အလေးမူခြင်း မရှိပါ။ ထို့ကြောင့် သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသည့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းမှု ခံစားနေရသောသူ အရေအတွက်မှာ များစွာ မြင့်မားနေပါသည်။ အထူးသဖြင့် စစ်အာဏာရှင်စနစ်အောက်တွင် နှစ်ပေါင်းများစွာ နေထိုင်ခဲ့ရသော မြန်မာပြည်သူများသည် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူနိုင်ရန် အရေးတကြီး လိုအပ်နေကြပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှု စနစ်တစ်ရပ် တည်ဆောက်ရန်မှာ ကောင်းစွာအာရုံစိုက် နှစ်မြှုပ်ထားမှု၊ လုံလောက်သော ရန်ပုံငွေနှင့် အချိန်တို့ လိုအပ်ပါသည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အခြေခံအဆောက်အအုံ နည်းပါးလွန်းသည့်အတွက်ကြောင့် ယခုလို အခက်အခဲများနှင့် ရင်ဆိုင်နေရခြင်း ဖြစ်သည်။ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများကို မွေးထုတ်ပေးနိုင်သည့် ပညာရေးအစီအစဉ် တိုးတက်မှု မရှိခြင်း၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ လုပ်ငန်းစဉ်များကို ဦးဆောင်ပေးနိုင်သည့် စိတ်ပညာရပ်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများ အလွန်နည်းပါးခြင်း၊ ကျယ်ကျယ်ပြန့်ပြန့်ဖြစ်ပွားနေသော စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သည့် မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များက စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ရယူရန် ဝန်လေးစေခြင်းတို့နှင့်အတူ လူ့အဖွဲ့အစည်းအတွင်း စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ နာမကျန်းဖြစ်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် သိနားလည်မှု အားနည်းခြင်း သည်လည်း လူ့အသိုက်အဝန်းတစ်ခုလုံးတွင် ပျံ့နှံ့နေပါသည်။ လတ်တလောရှိနေသည့် လုံလောက် သော သုတေသနလုပ်ငန်းများနှင့် ကျွမ်းကျင်မှုများကြောင့် မြန်မာနိုင်ငံတွင် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့် ပတ်သက်သော စနစ်တစ်ခု ထူထောင်ရန် အလားအလာကောင်းများ ရှိနေပါသည်။ သာမန်ဖြစ်လေ့ရှိသော စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာနာမကျန်းမှု ခံစားနေရသောသူများကို ကုသပေးရန်၊ ကုထုံးများကို အရည်အသွေးမြှင့်တင် ရန်နှင့် စိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သော မကောင်းမြင်သည့်အစွဲအလမ်း (Stigma) များကို ပပျောက်စေနိုင်ရန်အတွက် အထောက်အထားအခြေခံသည့် နည်းလမ်းများစွာရှိကြောင်း မိမိတို့ လေ့လာသိရှိရပါသည်။ မြန်မာပြည်သူများ အတွက် ၎င်းတို့ ရရှိခံစားထိုက်သည့် စိတ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစီအစဉ်ကို ဖြစ်နိုင်သမျှ အမြန်ဆုံး စတင်လုပ်ဆောင်ရန် မိမိတို့ နိုင်ငံရေးအကျဉ်းသားများ ကူညီစောင့်ရှောက်ရေးအသင်းမှ အလေးအနက် ထားတိုက်တွန်းလိုက်ပါသည်။

## References

- Baxter A, Scott K, Vos T, Whiteford H. 2013. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*. 43:897–910
- Bolton P, Lee C, Haroz EE, Murray L, Dorsey S, Robinson C, Ugueto AM, Bass J. 2014. A Transdiagnostic Community-Based Mental Health Treatment for Comorbid Disorders: Development and Outcomes of a Randomized Controlled Trial among Burmese Refugees in Thailand. *PLOS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001757>
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, Saxena S. 2016. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 3:415–24
- Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, Slade M, Rüsch N, Thornicroft G. 2013. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 23(7)
- Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS. 2011. Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature*. 475(7354):27-30
- Dixon A, McDaid D, Knapp M, Curran C. 2006. Financing mental health services in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*. 21(3):171-182
- Docherty M, Shaw K, Goulding L, Parke H, Eassom E, Ali F, Thornicroft G. 2017. Evidence-based guideline implementation in low and middle income countries: lessons for mental health care. *International Journal of Mental Health Systems*. 11(8).
- Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chavez E, Katontoka S, Pathare S, Lewis O, Gostin L, Saraceno B. 2011. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 378(9803):1664-1675
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, Vos T, Whiteford HA. 2013. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine*. 10:e1001547
- van Ginneken N, Tharyan P, Lweini S, Rao GN, Meera SM, Pian J, Chandrashekar S, Patel V. 2013. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11. DOI: 10.1002/14651858.CD009149.pub2



- Global Forum for Health Research (GFHR), World health organization (WHO). 2007. Research capacity for mental health in low- and middle-income countries: Results of a mapping project. Available online: [http://www.who.int/mental\\_health/MHRC\\_FullText.pdf](http://www.who.int/mental_health/MHRC_FullText.pdf). (last accessed May 2017).
- Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. 2008. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*. 25:72-90
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2015. Country Profile: Myanmar. Available online from: <http://www.healthdata.org/myanmar> (last accessed May 2017).
- Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, Saxena S, Scheffler RM. 2011. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*. 378:1654-63
- Kessler RC. 2012. The costs of depression. *Psychiatry Clinical North America*. 35(1):1-14
- Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, Knapp M, Patel V. 2011. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 378:1502-14
- Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. 2010. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science and Medicine*. 71(3):517-528
- Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidaye R, Jordans M, Luitel N, Ssebunnya J, Fekadu A, Patel V, Tomlinson M, Lund C. 2014. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: Stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South-Africa, and Uganda. *Social Science & Medicine*. 118: 33-42
- Murray LK, Dorsey S, Bolton P, Jordans MJD, Rahman A, Bass J, Verdeli H. 2011. Building capacity in mental health interventions in low resource countries: An apprenticeship model for training local providers. *International Journal of Mental Health Systems*. 5(30)
- Murray LK, Dorsey S, Haroz E, Lee C, Alsiary MM, Haydary A, Weiss WM, Bolton P. 2014. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries. *Cognitive and Behavioural Practice* . 21(2):111-123

- Pacichana-Quinayaz SG, Osorio-Cuéllar GV, Bonilla-Escobar FR, Fandiño-Losada A, Gutiérrez-Martínez MI. 2016. Common Elements Treatment Approach based on a Cognitive Behavioral Intervention: implementation in the Colombian Pacific. *Ciência and Saúde Coletiva*. 21(6)
- Patel V, Kleinman A. 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World health organization*. 81:609-615
- Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, Hosman C. 2007. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 370(9591):991-1005
- Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. 2013. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Medicine*. 10(5)
- Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. 2015. Disease Control Priorities 3rd Edition. Chapter 4. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. The World Bank Washington. Accessible from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/23832> (last accessed May 2017)
- Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, Ferrari AJ, Hyman S, Laxmanirayan R, Levin C, Lund C, Medina Mora ME, Petersen I, Scott J, Shidhaye R, Vijayakumar L, Thornicroft G, Whiteford H. 2016. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 387: 1672-85
- Prince M, Vikram P, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. 2007. No health without mental health. *The Lancet*. 370(9590):859-877
- Razzouk D, Sharan P, Gallo C, Gureje O, Lamberte EE, de Jesus Mari J, Mazzotti G, Patel V, Swartz L, Olifson S, Levav I, de Francisco A, Saxena S. 2009. Scarcity and inequity of mental health research resources in low-and-middle income countries: A global survey. *Health Policy*. doi:10.1016/j.healthpol.2009.09.009
- Roberts B, Browne J. 2010. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Global Public Health*. Doi: 10.1080/17441692.2010.511625
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. 2007. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 370: 878-89

- Saxena S, Funk M, Chisholm D. 2013. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. *Lancet*. 381(9882):1970-1971
- Seeman N, Tang S, Brown AD, Ing A. 2015. World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders*. 190:115-121
- Semrau M, Evans-Lacko S, Koschorke M, Ashenafi L, Thornicroft G. 2015. Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 24:382-394
- Singla DR, Kohrt B, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. 2017. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual Review in Clinical Psychology*. 13:149-81
- Siriwardhana C, Adikari A, Van Bortel T, McCrone P, Sumathipala A. 2013. An intervention to improve mental health care for conflict-affected forced migrants in low-resource primary care settings: a WHO MhGAP-based pilot study in Sri Lanka (COM-GAP study). *Trials*. 14(423)
- Siriwardhana C, Adikari A, Pannala G, Roberts B, Siribaddana S, Abas M, Sumathipala A, Stewart R. 2015. Changes in mental disorder prevalence among conflict-affected populations: a prospective study in Sri Lanka (COMRAID-R). *BMC Psychiatry*. 15(1):41
- Siriwardhana C, Adikari A, Jayaweera K, Abeyrathana B, Sumathipala A. 2016. Integrating mental health into primary care for post-conflict populations: a pilot study. *International Journal of Mental Health Systems*. 10:12
- Shidhava R, Lund C, Chisholm D. 2015. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *International Journal of Mental Health Systems*. 9(40)
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. 2009. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 302:537-49
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. 2014. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*. 43(2): 476-493

- Than Tun Sein, Phone Myint, Nilar Tin, Htay Win, San San Aye, Than Sein. 2014. The Republic of the Union of Myanmar Health System Review. *Health Systems in Transition*. 4(3)
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. 2016. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 3: 171-78
- Weiss WM, Murray L, Zangana GAS, Mahmooth Z, Kaysen D, Dorsey S, Lindgren K, Gross A, Murray SM, Bass JK, Bolton P. 2015. Community-based mental health treatments for survivors of torture and militant attacks in Southern Iraq: a randomized control trial. *BioMed Central Psychiatry*. 15:249
- Willis S, Chou S, Hunt NC. 2015. A systematic review on the effect of political imprisonment on mental health. *Aggression and Violent Behaviour*. 25(A):173-183
- World Health Organization (WHO). 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Available online from (<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>) (last accessed May 2017)
- World Health Organization (WHO). 2003. Organisation of Services for Mental Health. Available online from ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/4\\_organisation%20services\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf)) (last accessed May 2017)
- World Health Organization (WHO). 2005. Mental Health Atlas 2005. Available online from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/global\\_results.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf) (last accessed May 2017)
- World Health Organization (WHO), Ministry of Health Union of Myanmar (MHUM). 2006. WHO-AIMS report on Mental Health System in Myanmar. Available online from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/myanmar\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/myanmar_who_aims_report.pdf) (last accessed May 2017)
- World Health Organization (WHO). 2008a. Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680_eng.pdf). (last accessed May 2017)
- World Health Organization (WHO). 2008b. mhGAP Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43809/1/9789241596206\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43809/1/9789241596206_eng.pdf) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2011. Mental Health Atlas 2011. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359_eng.pdf) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2013. Mental health action plan 2013-2020. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2014a. Social determinants of mental health. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2014b. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Available online from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_innovation\\_in\\_deinstitutionalization/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_innovation_in_deinstitutionalization/en/) (last accessed may 2017)

World Health Organization. 2014c. Mental health: a state of well-being. Available online from: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2014d. Global Health Expenditure Database. Available online from: <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2015. Mental Health Atlas 2014. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2016. Global Health Estimates 2015 Summary Tables. Available online from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) (last accessed May 2017)

World Health Organization (WHO). 2017a. Depression and other Common Mental Health Disorders. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> (last accessed May 2017).

World Health Organization (WHO). 2017b. Improving access and appropriate use of medicines for mental disorders. Available online from [http://www.who.int/mental\\_health/management/improving\\_access\\_medicines\\_mental\\_disorders/en/](http://www.who.int/mental_health/management/improving_access_medicines_mental_disorders/en/) (last accessed may 2017)

Wu Z, Fang Y. 2014. Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai Archive of Psychiatry*. 26(4): 227-231 les Nemeroff. American College of Neuropsychopharmacology 2002

## Figures

Figure 1: Saraceno B, Gater R, Rahman A, Saeed K, Eaton J, Ivbijaro G, Kidd M, Dowrick C, Servili C, Funk MK, Underhill C. 2015. Reorganization of mental health services: from institutional to community-based models of care. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 21(7)

Figure 2: Murray LK, Dorsey S, Bolton P, Jordans MJD, Rahman A, Bass J, Verdeli H. 2011. Building capacity in mental health interventions in low resource countries: An apprenticeship model for training local providers. *International Journal of Mental Health Systems*. 5(30)

## Recommended Readings

### Reports:

#### **Global 2013-2020 Mental Health Action Plan**

World Health Organization (WHO). 2013. Mental health action plan 2013-2020. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1) (last accessed May 2017)

#### **On CETA**

Murray LK, Dorsey S, Haroz E, Lee C, Alsiahy MM, Haydary A, Weiss WM, Bolton P. 2014. A Common Elements Treatment Approach for Adult Mental Health Problems in Low- and Middle-Income Countries. *Cognitive and Behavioural Practice* . 21(2):111-123

#### **On Stigma**

Semrau M, Evans-Lacko S, Koschorke M, Ashenafi L, Thornicroft G. 2015. Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 24:382-394

#### **On Mental Health Disorders in LMICs**

Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. 2007. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 370: 878-89

### **On Integration into Priority Care**

Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. 2013. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. PLoS Medicine. 10(5)

### **On Integration into Primary Care**

World Health Organization (WHO). 2008. Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective. Available online from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680_eng.pdf). (last accessed May 2017)

### **On Human Resources**

Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, Saxena S, Scheffler RM. 2011. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. Lancet. 378:1654-63

### **On Deinstitutionalization**

World Health Organization (WHO). 2014. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Available online from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_innovation\\_in\\_deinstitutionalization/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_innovation_in_deinstitutionalization/en/) (last accessed may 2017)

### **Other media**

Mental Health for All by Involving All | Vikram Patel | TED Talks  
<https://www.youtube.com/watch?v=yzm4gpAKrBk>

Mental Health Innovation Network

<http://www.mhinnovation.net/>

Movement for Global Mental Health

<http://www.globalmentalhealth.org/>