



**अवसाद – एक वैश्विक संकट**  
**(Depression : A Global Crisis)**

**2012 विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस**  
**(2012 World Mental Health Day)**

## प्राक्कथन (Foreword)

जब से विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस का प्रारम्भ 1992 में वर्ल्ड फेडरेशन मेन्टल हेल्थ द्वारा किया गया इसे मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के एक साधन के रूप में अपनाया गया है ।

हर साल WFMH द्वारा एक विषय चुना जाता रहा है और वितरण के लिये प्रचार और प्रचार सामग्री का उत्पादन किया जाता है । इस वर्ष, 20 वी वर्षगांठ पर, हमने अवसाद को मुख्य विषय के रूप में चुना है । अवसाद किसी को भी प्रभावित कर सकता है और यह सबसे ज्यादा व्यापक बीमारियों, अक्सर गम्भीर बीमारियों, के साथ मौजूद रहता है । विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, सन् 2004 में एकध्रुवीय अवसादग्रसता विकारों (Unipolar Depressive Disorder) को रोगों के वैश्विक बोझ का तीसरा प्रमुख कारण के रूप में आंका गया है और सन् 2030 में यह पहला स्थान ले लेगा ।

2012 का अवसाद पैकेज का उद्देश्य लोगों में यह जानकारी और संदेश फैलाने के लिये है कि अवसाद का इलाज संभव है तथा इस बीमारी से रिकवरी प्राप्त की जा सकती है । यह जानकारी दौनों – विकसित व मध्यम कम आय वाले देशों जिन्हें उनके राष्ट्रीय और स्थानीय प्रचार अभियान के लिये बुनियादी जानकारी के लिये उपयोगी होगी । विकसित देशों में मौजूदा आर्थिक मंदी के कारण बेरोजगारी बढ़ी है, ऋण वृद्धि हुई है जिसके फलस्वरूप लोगों में अवसाद की घटनाओं में वृद्धि हुई है । कम आय वाले देशों में मानसिक स्वास्थ्य पर जन जागृति के अवसर सीमित संसाधनों के कारण अपर्याप्त हैं । हमें उम्मीद है कि यह सामग्री इन देशों में मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिये उपयोगी होगी ।

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस 2012 का उद्देश्य दुनियाभर की सरकारों, समाजसेवी संस्थाओं को प्रोत्साहित करना है कि अवसाद व्यक्तियों, उनके परिवारों और उनके साथियों को प्रभावित

करता है और यह समझाना है कि यह एक इलाज योग्य बीमारी है । लोगों को इस बात से सतर्क रहना चाहिये कि अवसादग्रसतता के प्रारंभिक लक्षण, विकार, युवा लोगों से लेकर वरिष्ठ नागरिकों तक किसी को भी प्रभावित कर सकते हैं । ऐसा अनुमान है कि दुनियाभर में 350 मिलियन या 3500 लाख लोग अवसाद से प्रभावित हैं और यह खतरनाक आँकड़ा हमें सचेत करता है कि हम इस वैश्विक गैर संक्रामक बीमारी के प्रति जागरुक हो जावें ।

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस विश्व मानसिक स्वास्थ्य संगठन की एक महत्वपूर्ण परियोजना है और इसकी वार्षिक जानकारी पैकेज को अलग अलग तरीके से इस्तैमाल किया जाता है । इस विषय को स्थनीय संगठनों द्वारा उपयोग के लिये अनुवाद किया जा सकता है ।

मानसिक स्वास्थ्य के वर्ल्ड फ़ेडरेशन के अध्यक्ष के रूप में, मैं आप सभी से अपील करता हूँ कि आप ये देखें कि अवसाद आप के देश के स्वास्थ्य योजनाओं में शामिल है या नहीं । मैं उन सभी लोगों की प्रशंसा व सराहना करना चाहूँगा जिन्होंने 2012 विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के अवसर पर अवसाद के समर्थन में अपने उर्जावान प्रयास किये हैं ।

**देबराह वान (Debaran Wan)**

अध्यक्ष

**विश्व मानसिक स्वास्थ्य संघ (World Federation for Mental Health)**

## रिचर्ड हन्टर (Richard Hunter) (1914-2004) को एक सलाम ( A Salute to Recharad Hunter ) :

विश्व स्वास्थ्य मानसिक दिवस की 20 वीं वर्षगांठ पर हम इसके संस्थापक रिचर्ड हन्टर को सलाम करते हैं । यह देखकर उसे बहुत गर्व होता कि उस व्यापक दिन की पहुँच आज कितनी दूर हो गई है । उसका यह एक सपना था कि मानसिक स्वास्थ्य संबंधी चिंता को पूर्ण स्वास्थ्य का एक अभिन्न अंग समझा जाये और उसने महसूस किया कि WFMH का मिशन मानसिक स्वास्थ्य व शारीरिक स्वास्थ्य में समता लाना है । उसने इस धर्मयुद्ध में लोगों को मानसिक बीमारियों में देखभाल और सुधार के लिये प्रेरित किया और हर वर्ष राष्ट्रीय और स्थानीय मानसिक स्वास्थ्य दिवस गतिविधियों के आयोजकों को बिना जाने हुए अपनी दिव्यदृष्टि को आगे बढ़ाता रहा ।

डिक संयुक्त राज्य अमेरिका के मिनेसोटा राज्य में एक वकील के रूप में प्रशिक्षित हुए । द्वितीय विश्व युद्ध के दौरान उनके जीवन की दिशा उस समय बदल गई जब वे एक ईमानदार जबाव देह होने के नाते वैकल्पिक सेवा के लिये पंजीकृत हुये क्योंकि उन्होने, संशस्त्र बलों में सेवा करने के लिये मना कर दिया था । उन्हें एक मनोः रोग अस्पताल में परिचर का काम मिला और उत्तरी कैरोलिना और न्यू जर्सी के संस्थानों में उन्होने तीन साल बिताये । उन वर्षों को उसकी देखभाल के मानकों में सुधार की जरूरत के लिये गहरी जाली प्रतिबद्धता का आभास हुआ । वह क्लिफर्ड बीयर्स (1876.1943), जिसे गम्भीर मानसिक बीमारियों का अनुभव था और संयुक्त राज्य अमेरिका में मानसिक अस्पतालों रोगों को ठीक करने के आन्दोलन का नेतृत्व करने का अनुभव था, के लेखों से प्रभावित हुआ ।

युद्ध के बाद डिक हन्टर राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य फाउन्डेशन के स्टाफ में शामिल हुआ और बाद में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य संघ (अब मानसिक स्वास्थ्य अमेरिका) में एक वरिष्ठ

स्टाफ सदस्य बन गया । सेवानिवृति के बाद डिक WFMH के उप महासचिव बन गये और एक स्वयं सेवक की क्षमता और सेवा संघ के विश्वव्यापी नेटवर्क के केन्द्रीय रूप में 1983 से 2004 तक कार्य किया । वह 2004 में अपनी मृत्यु के कुछ हफ्ते पहले तक संघ के कार्यालय में सलाहकार के रूप में कार्य करते रहे ।

यह डिक ही था जिसने 1992 में यह विचार प्रकट किया कि मानसिक स्वास्थ्य भी अन्य विषयों की तरह वार्षिक दिवस का हकदार है । उन्होने देखा कि एक अंतरराष्ट्रीय विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस, उन्ही के शब्दों में “एक केन्द्र बिन्दु है जो चारो ओर वैश्विक मानसिक स्वास्थ्य की वकालत कर सकता है और लोगों का ध्यान आकर्षित कर सकता है ।” जब सुझाव आया कि मानसिक स्वास्थ्य के लिये विश्व संघ को एक अंतरराष्ट्रीय प्रसारण प्रायोजक चाहिये तो यह उसके लिये एक बहुमूल्य अवसर दिखा । कई देशों में प्रसारित प्रसारण एक उत्सव बन गया जो कि न केवल मानसिक स्वास्थ्य की वकालत के लिये बल्कि आवश्यक सार्वजनिक शिक्षा की गतिविधियों को जोड़ने के लिये एक केन्द्र बिन्दु बना ।

उसने 10 अक्टूबर को वार्षिक पालन दिवस के रूप में चुना और वार्षिक विषय की अवधारणा की जानकारी फैंडरेशन को दी जो कि एक पैकेट तैयार कर सके जिसे कि भाग लेने वाले संगठनों को भेजा जा सकता है ताकि वो अपने तरीके से विषय का पालन करें और अपनी स्थानीय घटनाओं के साथ धारण करें और अपने बजट के अनुसार उन्हें विकसित करें । लोगों की मानसिक बीमारियों के साथ साथ मानसिक रोगियों की जरूरतों को ध्यान में रखते हुए, मानसिक स्वास्थ्य के महत्व की वकालत करने का यही एक रास्ता था । कुछ समय पश्चात ही कुछ राष्ट्रीय अधिकारी सार्वजनिक शिक्षा के लिये बड़े देशव्यापी अभियानों के आयोजनों के लिये इसमें शामिल हो गये । हर स्तर पर अंतरराष्ट्रीय गतिविधि में भाग लेने वाले उन लोगों की यह प्रतिध्वनि थी कि देखभाल और मानसिक विकारों के रोगियों की चिंता इस विषय की उच्च प्राथमिकता होनी चाहिए ।

इन वर्षों में संयुक्त राष्ट्र , विश्व स्वास्थ्य संगठन, पैन अमेरिकी स्वास्थ्य संगठन, और अन्तरराष्ट्रीय श्रम संगठन ने विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस को मान्यता दी है। विश्व के कई शहरों और देशों में घटनाक्रम का आयोजन किया गया ।

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस की 20वीं वर्षगांठ पर रिचर्ड हंटर का उनकी इस प्रतिबद्धता की वकालत का, कि अगर मानसिक रोगियों की चिंताओं का अंतरराष्ट्रीय स्तर पर साझा किया जाय, देखभाल और मानसिक रोग के महत्व को समझा जाय और सुधार किये जाये, तो यह उनका सम्मान करता है ।

**एल. पैट फ्रैंसियोसी, पी.एच.डी (L. Patt Franciosi) Ph.D.**

वास्ते, विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस

**WFMH President**

## विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस – 20वाँ साल (World Mental Health Day – 20 Years on)

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस की स्थापना 1992 में हुई और रिचर्ड हंटर (डिक) जिन्होंने विश्व मानसिक स्वास्थ्य संघ के उप महासचिव के पद पर कार्य किया, उन्हें धन्यवाद । संघ की योजना बनाने की अवधि के बाद विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस की 10 अक्टूबर को घोषणा हुई और डिक इसके लिये समर्थन जुटाने के बारे में सोचने लगे । उन्होंने एक टेलीविजन निर्माता, रिचर्ड लाइटन के साथ दुनियाभर की गतिविधियों का एक सीधा वैश्विक प्रसारण करने का काम किया । विश्व स्वास्थ्य संगठन इसका सह-प्रायोजक बनने को राजी हो गया और इस परियोजना को उस समय कार्टर सैन्टर द्वारा समर्थित किया गया जब पूर्व अमेरिकी प्रथम महिला रोजालिन कार्टर इस कार्यक्रम (घटना) की मानद कुर्सी को संभालने के लिये राजी हुई ।

परियोजना का तात्कालिक लक्ष्य एक राष्ट्रीय, सांस्कृतिक, राजनीतिक और सामाजिक – आर्थिक सीमाओं के पार सभी लोगों के लिये आम कारण के रूप में मानसिक स्वास्थ्य की ओर ध्यान आकर्षित करना था । लम्बी अवधि के लक्ष्य के रूप में, राष्ट्रीय स्वास्थ्य प्राथमिकताओं और सेवाओं में मानसिक स्वास्थ्य के साथ साथ शारीरिक स्वास्थ्य में समता स्थापित करना रखा गया । पहला दिन ही एक बहुत बड़ी सफलता थी । दो घंटे का ब्रॉडकास्ट अमेरिकी सूचना एजेंसी वर्ल्डनैट उपग्रह नेटवर्क द्वारा 127 देशों में प्रसारित किया गया । संघ के अधिकारी, मानसिक स्वास्थ्य के नेता लोग तलहासी, फ्लोरिडा, संयुक्त राज्य अमेरिका, के एक टी.वी स्टूडियो में एक बड़ी संख्या में एकत्रित हुए । इसी तरह के समूह दुनियाभर के अन्य स्थानों के स्टूडियो में इस घटना को देखने के लिये इकट्ठा हुए और कुछ साइटों ने तो सीधे प्रसारण में भाग लिया । इंटरनैट के युग में यह पहला अवसर था और दूर संचार प्राद्यौगिकी का अत्याधुनिक उपयोग किया गया ।

उस समय मैं विश्व मानसिक स्वास्थ्य संघ का अध्यक्ष था और प्रथम विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के सह अध्यक्ष के रूप आकलैंड, न्यूजीलैंड के एक टी. वी. स्टूडियों से प्रसारण में भाग लिया । हम इन साइटों से तंग आ चुके थे और मैं अपने उन सहयोगियों का आभारी हूँ जो शुरुआती घंटों के दौरान से ही मेरे साथ थे। न्यूजीलैंड में हमारे स्वास्थ्य मंत्री ने, स्थानीय संघ के सदस्यों के साथ जॉन बॉलगर, प्रधानमंत्री की पत्नी अपनी एक दिन की यात्रा के दौरान मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं की एक औपचारिक घोषणा की । स्थानीय मानसिक स्वास्थ्य संघों और अन्य गैर सरकारी संगठनों ने देश के अन्य भागों में घटनाओं का आयोजन किया ।

संघ सचिवालय को 40 देशों से रिपोर्ट प्राप्त हुई जिसमें संघ की पहले साल की गतिविधियों की ऋंखला का विस्तृत वर्णन था । यह देखकर अति प्रसन्नता हुई कि इस दिन दुनिया के इतने देशों जहाँ मानसिक स्वास्थ्य राजनीतिक एजेंडा पर बहुत कम था और खराब संसाधनों के बावजूद उन्होंने सार्वजनिक ध्यान केन्द्रित किया ।

वैश्विक प्रसारण भी 1993 और 1994 विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस की एक विशेषता थे लेकिन वे बहुत मंहगे उद्यमी थे और 1994 के बाद उन्हें बनाये रखने के लिये अपर्याप्त धन था । बाद के वर्षों में तैयारी और बने किट के वितरण पर जोर दिया गया जिसमें पृष्ठभूमि जानकारी, प्रत्येक दिन विशेष विषय है और स्थानीय गतिविधियों के साथ सहायता पर ध्यान केन्द्रित करने पर जोर दिया गया । अंग्रेजी से अन्य भाषाओं में अनुवाद का विस्तार किया गया । समय के साथ इंटरनेट वितरण और डीवीडी उत्पादन को बढ़ावा मिला और फिर बड़े पैमाने पर मुद्रित योजना किट का भौतिक और पोस्ट के माध्यम से वितरण किया गया ।

संघ के कर्मचारियों, बोर्ड के सदस्यों (अंतरराष्ट्रीय और राष्ट्रीय गैर सरकारी संगठनों, सम्बद्ध संगठनों और व्यक्तियों) सभी ने कार्यक्रम की पहुँच के विस्तार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई ।



कुछ देशों में विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस का विस्तार जल्दी ही महत्वपूर्ण सरकारी और गैर सरकारी संगठनों के साथ एक मानसिक स्वास्थ्य सप्ताह या महीने के रूप में हुआ । सार्वजनिक शिक्षा की वकालत से इस दिन का महत्व और मान्यता तब बढ़ी जब संयुक्त राष्ट्र के महासचिव ने 10 अक्टूबर की थीम पर वार्षिक संदेश जारी करना शुरू किया ।

घटना आयोजकों को WFMH सचिवालय को उनकी गतिविधियों के बारे में रिपोर्ट भेजने के लिये शुरू से ही प्रोत्साहित किया गया । कथा वर्णन के अलावा स्थानीय सामग्री की तस्वीरें और उदाहरण प्रस्तुत किये गये । औद्योगिक दुनिया से कई तस्वीरें थीं लेकिन कर्मचारी काठमांडू के मार्च की तस्वीरें, उलान बटोर बोर्ड संदेश, सूडान सभा, भारत के हाथी और ऊँटों की तस्वीरें प्राप्त करने के लिये चकित थे । जैसे इंटरनेट के उपयोग में वृद्धि हुई तो दुनियाभर में विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के बारे में रिपोर्ट में वृद्धि हुई है । पिछले साल Facebook और Twitter पर यातायात के बारे में बहुत कुछ था ।

जब पिछले दो दशकों के सामान्य प्रवृत्तियों के क्षेत्र के बारे में वापस देखते हैं तो यह स्पष्ट होता है कि वहाँ वैश्विक, राष्ट्रीय और स्थानीय स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य की जगह में काफी बदलाव आया है । उच्च गुणवत्ता के महमारी विज्ञान अनुसंधानों से व्यक्तियों, परिवारों और समाज के मानसिक स्वास्थ्य विकारों पर काफी प्रभाव पड़ा है और उन्हें रोकने में काफी मददगार साबित हुए हैं । वे अब सार्वजनिक स्वास्थ्य की चुनौतियों के शीर्ष के या बराबर पर कमबद्ध हैं ओर विश्व स्वास्थ्य संगठन की प्राथमिकताओं और अपने सदस्य राज्यों की बढ़ती हुई संख्या के बराबर । मानव अधिकारों, कलंक की कमी और सेवा उपयोगकर्ताओं के सशक्तीकरण के क्षेत्र में प्रगति हुई है । एक बड़ी सीमा तक पुराने शरणाग्रह पिछले उम्र के मानसिक अस्पतालों को मानसिक स्वास्थ्य और सहायता सेवाओं के द्वारा प्रतिस्थापित किया जा रहा है । तेजी से मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत और बेहतर प्राथमिक स्वास्थ्य सज्जा से एकीकृत किया जा रहा है । उपचार अधिक प्रभावी और आसानी से उपलब्ध होते जा रहे हैं ।

कहते हैं कि विशाल देशों के भीतर उपलब्ध सेवाओं के मानको के बीच अक्सर मतभेद है । भयावह अज्ञान, उपेक्षा और दुरुपयोग प्रबुद्ध समझ के साथ सहायक उपचार और देखभाल साथ साथ चलते हैं । कुछ देशों ने बुनियादी कदम आगे नहीं बढ़ाये हैं । अन्य स्थानों पर अग्रिम कदम या तो उलट गये हैं या फिर चुनौतियों के रूप में अर्थव्यवस्था से संघर्ष या सरकारें सार्वजनिक व्यय को कर करने की तलाश कर रही हैं ।

मानसिक स्वास्थ्य के उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए मानसिक स्वास्थ्य दिवस निरंतर सुधार की दिशा में एक महत्वपूर्ण साधन बना है । मानसिक स्वास्थ्य के रास्ते में विश्व संघ के लिए एक वैश्विक स्तर पर इसकी वकालत को बढ़ावा देने और सरकारों के साथ अच्छी तरह से अपने गैर सरकारी संगठन नेटवर्क और पहुँच के माध्यम से स्थानीय समुदायों के साथ काम करने के लिये प्रतिबद्ध होता जा रहा है । यह मानसिक स्वास्थ्य अधिवक्ताओं को यह महसूस करने का समय प्रदान करता है कि क्या पूरा कर लिया गया है और जश्न मनाने के लिये अभी क्या और किया जाना चाहिये, समय के हिसाब से योजनाओं और रणनीतियों के विकास का जायजा लेने और अंतरराष्ट्रीय महत्वाकांक्षाओं और उनकी चिंताओं को महसूस करने के लिये समय प्रदान करता है ।

**प्रो. मैक्स अबोट (Prof. Max Abbott)**

**WFMH अध्यक्ष 1991 – 1993**

प्रो. वाइस चान्सलर एवं डीन

फैकल्टी ऑफ हैल्थ एवं एनवारोनमेंटल साइंसेस

ए यू टी विश्वविद्यालय (नौरथ शोर)

## **अवसाद (Depression)–एक वैश्विक सार्वजनिक चिंता का विषय (Depression – A Global Public Health Concern)**

अवसाद वैश्विक रोगों के बोझ में एक महत्वपूर्ण योगदान देता है और दुनियाभर में सभी समुदायों के लोगों को प्रभावित करता है । अवसाद दुनियाभर में विकलांगता के प्रमुख कारणों में से एक है । आज के समय में अवसाद से दुनिया में 350 लाख लोगों के प्रभावित होने का अनुमान है । 17 देशों में आयोजित विश्व मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण में पाया गया कि औसतन प्रत्येक 20 में से 1 व्यक्ति पिछले वर्ष से अवसाद के प्रकरण से ग्रसित है । अवसादग्रस्तता के विकार अक्सर युवावस्था में शुरू होते हैं, ये विकार लोगों के कामकाज को कम करते हैं और निरंतर बने रहते हैं । इन्हीं कारणों की वजह से अवसाद वर्तमान में रोग के अध्ययन के बोझ में हालात को अक्षम करने की वैश्विक सूची में सबसे ऊपर है । अवसाद और अन्य मानसिक स्वास्थ्य बीमारियों को रोकने की मांग विश्व स्तर पर बढ़ रही है । हाल ही में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने विश्व स्वास्थ्य सदस्यों की एक सभा बुलाई और उनको इस दिशा में कार्य करने के लिये कहा गया ।

### **अवसाद क्या है (What is depression) ?**

अवसाद एक आम मानसिक विकार है जिसमें मन उदास, रुचि या खुशी की कमी, ऊर्जा की कमी, अपराध बोध या स्वयं को कम आँकना, भूख और नींद में बदलाव, गरीब और एकाग्रता की भावना अवसाद के लक्षण हैं । इसके अलावा अक्सर अवसाद की स्थिति चिंता के लक्षणों के कारण पैदा होती है । इन जटिल या आर्वतक समस्याओं के कारण एक व्यक्ति को उसकी रोजमर्रा की जिम्मेदारियों की देखभाल करने की क्षमता में कमी आ जाती है । अवसाद की खराब स्थिति आत्महत्या के लिये प्रेरित कर सकती है । लगभग 10 लाख लोगों की जानें आत्महत्या के कारण प्रत्येक वर्ष जाती हैं जो कि हर दिन 3000 आत्महत्या होने वाली मौतों

को स्थान्तरित करती है । आत्म हत्या करने वाले व्यक्ति की एक मौत होती है लेकिन 20 गुना या अधिक व्यक्ति अपना या अपने जीवन का अन्त करने का प्रयास करते हैं ।

अवसाद के अनेक प्रकार हो सकते हैं जिनसे कि व्यक्ति ग्रस्त हो सकता है जिनमें सबसे सामान्य रूप अन्तर कर सकते है कि वे लोग जिनमें उन्माद, अवसाद (**manic depression**) का इतिहास नहीं है या फिर वो लोग जिनमें उन्माद अवसाद का इतिहास है ।

अवसाद एक व्यक्ति को यहाँ तक कि उन लोगों को भी बिना किसी भेद के जिनमें सामान्य या उन्माद (**Manic**) अवसाद का इतिहास है या नहीं, कई रूपों से ग्रस्त कर सकता है, । अवसादग्रसतता प्रकरण में उदास मन, रुचि और आनंद की कमी, थकावट में वृद्धि जैसे लक्षण शामिल हैं । संख्या और गंभीरता के लक्षणों के आधार पर अपसादग्रसतता प्रकरण को हल्के, मध्यम या गम्भीर रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है । हल्के अवसादग्रसतता प्रकरण के साथ एक व्यक्ति अपने साधारण काम और सामाजिक गतिविधियों को साथ साथ जारी रखने में कठिनाई महसूस कर सकता है लेकिन हो सकता है कि पूरी तरह से काम करना ना बन्द करे । जबकि दूसरी तरफ गम्भीर अवसादग्रसतता प्रकरण मे यह अविश्वसनीय है कि पीड़ित व्यक्ति एक बहुत ही सीमित हद को छोड़कर अपने सामाजिक काम या घरेलू गतिविधियों को साथ साथ जारी रखे ।

द्विध्रुवीय उत्तेजित विकार (**Bipolar Affective Disorder**) आमतौर पर दौनों, उन्माद और अवसादग्रसतता प्रकरण सामान्य मनोदशा से अलग होते हैं । उन्माद प्रकरण में मनोदशा व ऊर्जा में वृद्धि होती है जिसके परिणामस्वरूप गतिविधियों में वृद्धि, ज्यादा बोलना तथा नींद आने में तकलीफ होती है । जबकि अवसाद दौनों पुरुषों और महिलाओं के लिये विकलांगता का प्रमुख कारण है, अवसाद का खतरा पुरुषों की तुलना में महिलाओं के लिये 50% अधिक है (**विश्व स्वा. संगठन WHO, 2008**) । वास्तव में अवसाद दौनों उच्च आय और

कम और मध्यम आय वाले देशों में महिलाओं के लिये खतरे का मुख्य कारण है (विश्व स्वास्थ्य संगठन **WHO, 2008**) । विकासशील देशों में अनुसंधान से पता चलता है कि मातृ अवसाद युवा बच्चों के विकास में बाधक हो सकता है (**Rahman et al, 2008**)। इस जोखिमभरे कारण का मतलब है कि कम आय वाले देशों में मातृ मानसिक स्वास्थ्य न केवल बचपन में अवसाद का प्रभाव डालता है बल्कि अगली आने वाली पीढ़ी के विकास को भी प्रभावित करता है ।

## अवसाद प्रबंध (Managing depression)

अवसाद एक विकार है जिसका प्राथमिक देखभाल में मजबूती से निदान किया जा सकता है । जैसा कि **WHO mhGAP** गाइड में उल्लिखित है अवसाद के बेहतर उपचार विकल्प बुनियादी मनोसामाजिक इलाज के साथ अवसाद को कम करने वाली दवाइयों या मनोचिकित्सा जैसे व्यवहार थेरेपी, पारस्परिक मनोचिकित्सा या समस्या सुलझाने वाले इलाज के समर्थन से बनता है । अवसाद को कम करने वाली दवाइयों और संक्षिप्त मनोचिकित्सा संरचित रूप से प्रभावी रहे हैं । अवसाद निरोधक दवाइयों का प्रयोग मध्यम गम्भीर अवसाद के निदान के रूप में बहुत प्रभावी उपचार हो सकता है लेकिन हल्के या उपदहलीज अवसाद के लिये उपचार की पहली पंक्ति के रूप में नहीं कर सकते । प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में विशेषज्ञों द्वारा देखभाल के सहायक के रूप में स्वयं सहायता अवसाद के साथ लोगों की मदद के लिये एक महत्वपूर्ण दृष्टिकोण है । स्वयं सहायता किताबों या इंटरनेट आधारित स्व सहायता कार्यक्रमों से जुड़े अभिनव दृष्टिकोण करने के लिये पश्चिमी देशों में अवसाद को कम करने के इलाज में मदद करने के लिये लिखाया गया है (**Andrews et al, 2011**) ।

## संसाधन विवश सज्जा में उपचार प्रभावशीलता (Treatment effectiveness in resource – constrained settings)

पिछले दशक के दौरान नैदानिक परीक्षणों में अवसाद के लिये उपचार के प्रभाव को एक सीमा के पार दर्शाया गया है ।

**उगांडा (Uganda)** – उदाहरण के लिये उगांडा के ग्रामीण क्षेत्रों में 341 पुरुषों और महिलाओं पर किये गये एक परीक्षण से पता चला कि समूह पारस्परिक मनोचिकित्सा से अवसाद के प्रमुख या उप लक्षणों के प्रसार में काफी कमी आई (**Bolton et al, 2003**) ।

**चिली (Chile)** – 240 कम आय वाले प्रमुख अवसाद से पीड़ित महिलाओं पर किये गये एक परीक्षण में बहु घटक हस्तक्षेप की प्रभावशीलता की जाँच की गई जिसमें मनोवैज्ञानिक शैक्षिक हस्तक्षेप समूह संरक्षित व व्यवथित जाँच पर ध्यान दिया और गंभीर अवसाद से ग्रसित लोगों में दवा उपचार की प्रभावशीलता की जाँच की गई । परीक्षण में पाया गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के रूप की तुलना में सहयोगात्मक देखभाल कार्यक्रम के पक्ष में एक बड़ा अंतर था । अवसाद के एक 6 महीने में प्रशासित पालन से पता चला कि 30% सामान्य समूह देखभाल की तुलना में सहयोगात्मक देखभाल समूह के 70% लोगों को ज्यादा स्वास्थ्य लाभ प्राप्त हुआ (**Araya et al, 2006**) ।

**भारत (India)** – प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में हस्तक्षेप की प्रभावशीलता को देखने के लिये स्वास्थ्य सलाहकार के नेतृत्व में एक परीक्षण किया गया ताकि अवसाद और चिंता विकारों के रोगियों के परिणामों में सुधार की प्रभावशीलता को जाँचा जा सके । हस्तक्षेप के मामले में एक प्रशिक्षित परामर्शदाता द्वारा प्रबंधन और मनोसामाजिक हस्तक्षेप तथा एक

मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञ द्वारा देखभाल तथा प्राथमिक मनोचिकित्सक द्वारा दवा देना शामिल था । परीक्षण में पाया गया कि अधिक नियंत्रण समूह रोगियों की तुलना में हस्तक्षेप समूह के रोगियों को 6 महीने में स्वास्थ्य लाभ की अधिक संभावनाये थी ओर इसलिये एक प्रशिक्षित परामर्शदाता द्वारा हस्तक्षेप अवसाद से स्वास्थ्य लाभ में सुधार लाने का नेतृत्व कर सकता है **(Patel et al, 2010)** ।

अवसाद के लिये उपचार की प्रभावशीलता को जानने के बावजूद भी प्रभावित लोगों में 25% से कम (कुछ देशों में कम से कम 10%) इस तरह का उपचार प्राप्त करते हैं । प्रभावी देखभाल के लिये बाधाओं में संसाधनों की कमी, प्रशिक्षित प्रदाताओं (परामर्शदाता) की कमी, सामाजिक और मानसिक विकारों के साथ जुड़े कलंक शामिल हैं ।

## **अवसाद के बोझ को कम करना (Reducing the burden of depression)**

जबकि अवसाद का वैश्विक बोझ सार्वजनिक स्वास्थ्य, दोनों सामाजिक और आर्थिक स्तर पर तथा नैदानिक स्तर पर एक चुनौती प्रस्तुत करता है, वहीं अच्छी तरह से परिभाषित रणनीतियाँ मौजूद हैं जिनके प्रभावी ढंग से इस बोझ का मुकाबला कारगर तरीके से किया जा सकता है । साधारण मानसिक विकार जैसे अवसाद, जिसका कि इलाज प्राथमिक देखभाल के स्तर पर किया जा सकता है, के लिये सामान्य हस्तक्षेप और अवसाद निरोधके दवायें एक कुंजी हैं । आर्थिक विश्लेषण से संकेत मिलता है कि प्राथमिक देखभाल में अवसाद का इलाज संभव, सस्ता और लागत प्रभावी है ।

जैसे जैसे अवसाद एक वैश्विक रोग के रूप में बोझ बनता जा रहा है और तेजी से अपना प्रभाव डाल रहा है, अवसाद की रोकथाम में क्षेत्र में ध्यान देना अति आवश्यक है । कई रोकथाम के कार्यक्रम जो उम्र भर में लागू हुए हैं, बढ़ते हुए अवसादग्रस्तता के स्तर के लक्षणों में कमी करने के सबूत प्रदान करते हैं । प्रभावी समुदाय सुरक्षा कारकों को मजबूत बनाना

और जोखिम कारकों की कमी के आसपास के कई कार्यों पर ध्यान केन्द्रित करना, अवसाद को रोकने का दृष्टिकोण है । सुरक्षा कारकों को मजबूत बनाने के उदाहरण हैं – स्कूल आधारित कार्यक्रमों का संज्ञानात्मक लक्ष्यीकरण, समस्या को हल करे और बच्चों और किशोरों के सामाजिक कौशल के रूप में तथा बुजुर्गों के लिये व्यायाम कार्यक्रम शामिल हैं । आचरण समस्याओं के साथ बच्चों के माता पिता जानकारी प्रावधान के द्वारा बच्चे की मनोसामाजिक स्थिति में सुधार के उद्देश्य से हस्तक्षेप और व्यवहार रणनीति में प्रशिक्षण, अभिभावकों का हस्तक्षेप बच्चों के परिणामों में सुधार के साथ माता पिता के अवसादग्रस्तता लक्षणों को कम कर सकते हैं ।

## निष्कर्ष (Conclusion)

अवसाद के मानसिक विकार है जो दुनियाँ में व्यापक है और हम सभी को प्रभावित करता है । बड़े पैमाने पर कई अन्तर्राष्ट्रीय समस्याओं से भिन्न, अवसाद का समाधान बहुत नजदीक है । प्रभावी और लागत प्रभावी उपचार स्वास्थ्य और अवसाद से पीड़ित दुनिया भर के लाखों लोगों के जीवन में सुधार के लिये उपलब्ध है । यही समय है जब कि व्यक्ति, समुदाय और राष्ट्रीय स्तर पर अपने आप अवसाद के बारे में शिक्षित करें और जो इस मानसिक विकार से पीड़ित हैं उनका समर्थन करें ।

### References

Developed by Marina Marcus, Taghi Yasamy, Mark van Ommeren, and Dan Chisholm of the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse for the World Federation for Mental Health.

Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. PLoS One. 2010 Oct 13;5(10):e13196.

Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. Am J Psychiatry. 2006;163:1379–87.

Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda randomized controlled trial. JAMA. 2003;289(23):3117-3124.

Patel V., Weiss H.A., Chowdhary N., Naik S., Pednekar S., Chatterjee S., De Silva M.J., (...), Kirkwood B.R. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and



anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial (2010) *The Lancet*, 376 (9758), pp. 2086-2095.

Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health* 2008; 13: 579-83

World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004 update.  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)  
Accessed 16.6.2012

World Health Organization, World suicide prevention day 2012.  
[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/)  
Accessed 16.6.2012

World Health Organization, Sixty-fifth world health assembly 2012.  
<http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>  
Accessed 16.6.2012

World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings 2010.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf)  
Accessed 16.6.2012

## दुनियाभर में अवसाद (Depression Around the World)

अवसाद किसको हो जाय, इसके आँकड़े दुनिया की आबादी में भिन्न भिन्न हैं । जीवनचक्र प्रसार दर (Life Time Prevalence) की सीमा लगभग 3 प्रतिशत जापान में और 16.9 प्रतिशत संयुक्त राज्य अमेरिका में है जबकि ज्यादातर देशों में 8 से 12 प्रतिशत के बीच होती है । पारखी मानक नैदानिक मापदंड की कमी के कारण अवसाद की राष्ट्रीय दर की तुलना करना मुश्किल बनता जा रहा है । इसके अलावा सांस्कृतिक विभिन्नता और विभिन्न जोखिम कारक अवसाद के विकार की अभिव्यक्ति को प्रभावित करते हैं । हम यह जानते हैं कि अवसाद के लक्षणों को सभी संस्कृतियों में पहचाना जा सकता है । दुनिया भर में कुछ ऐसे जोखिम भरे कारक हैं जो दूसरों की तुलना में अवसाद की संभावना को बढ़ावा देते हैं ।

- लिंग (Sex) – अवसाद महिलाओं में दो से तीन गुना अधिक आम है हालांकि कुछ अध्ययन, खासतौर से अफ्रीका, यह नहीं साबित कर पाये हैं ।
- आर्थिक नुकसान जैसे कि गरीबी ।
- सामाजिक नुकसान जैसे कि शिक्षा की कमी ।
- अनुवांशिक – यदि आपके नजदीकी रिश्तेदारों में कोई विकारग्रस्त है तो आपके अपने जीवन में अवसाद के विकास की संभावना 2 से 3 गुना अधिक हो जाती है ।
- हिंसा का शिकार होना ।
- अलग होना या तलाक होने के कारण, ज्यादातर देशों में विशेष रूप से पुरुषों के लिये ।
- अन्य पुरानी बीमारी के कारण ।

## विश्व में हो रही मदद (Getting Help Worldwide)

इलाज में हो रही बाधाओं के बाबजूद, समान रूप से अवसाद के लिये कई संभव उपचार हैं । विश्व में 25 प्रतिशत से कम लोगों की अवसाद के उपचार के लिये पहुँच है या उपचार का उपयोग करते हैं । विश्व स्वास्थ्य संगठन की एक हालिया अध्ययन जिसे वो मानसिक स्वास्थ्य देखभाल में “उपचार अन्तराल” के नाम से पुकारते हैं, में पाया कि दुनियाभर में अनुपचारित अवसाद का औसत दर लगभग 50% है । कुछ देशों में, 10 प्रतिशत से भी कम लोग अवसाद के लिये किसी भी प्रकार का उपचार प्राप्त करते हैं । जब लोगों को उपचार मिलता भी है तो वह अपर्याप्त होता है । दुनियाभर की कुछ तस्वीरें :-

- सन् 2007 में 17 देशों के 84850 उत्तरदाताओं में धरेलू सर्वेक्षण के दौरान पाया गया कि मानसिक स्वास्थ्य उपचार के लिये, विशेषरूप से कम विकसित देशों में मानसिक स्वास्थ्य के लिये लोगों का नजरिया नमारात्मक या कम रुचि वाला है ।
- छह स्थानों (स्पेन, इजराइल, ऑस्ट्रेलिया, ब्राजील, रूस और संयुक्त राज्य अमेरिका) पर किये गये एक अन्तर्राष्ट्रीय अध्ययन में पाया गया कि प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सक के देखने और अवसाद का निदान करने के बाबजूद भी लोग अवसाद का उपचार नहीं ले रहे हैं । इस अध्ययन में पाया गया कि अवसाद के लिये उपचार प्राप्त करने की संभावना रोगियों के नैदानिक विशेषताओं की तुलना में मौजूदा स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों और वित्तीय बाधाओं से प्रभावित था (lvii) ।
- हाल ही में एक साहित्यिक समीक्षा में शोधकार्ताओं की रिपोर्ट है के बेलजियम में केवल 14 प्रतिशत लोग अवसाद की शुरुआत के एक वर्ष के भीतर इलाज करवाना चाहते हैं (lviii) ।

- कई लैटिन अमेरिकी देशों में एक ताजा अध्ययन में बुरुजों में अवसाद के लिए उपचार में एक महत्वपूर्ण अन्तर पाया । पेरु, मैक्सिको और वेनुजुएला के इस अध्ययन में कि अवसाद के लक्षणों के मौजूद होते हुए भी प्रतिभागियों को कभी भी इलाज नहीं मिला (lix) ।
- एक सर्वेक्षण के अनुसार इथियोपिया में लगभग 80 मिलियन लोगों की आबादी वाले देश में केवल 26 मनोचिकित्सक हैं (lix) । दुनियाभर के कई देशों में यह दशा है जहाँ उपचार उपलब्ध कराने के लिये सीमित स्वास्थ्य कार्यकर्ता है या सीमित प्रशिक्षित पेशेवर उपलब्ध हैं ।

यदि आपको या जिसे आप जानते हैं, वह अवसादग्रस्त है तो जहाँ आप रहते हैं और संसाधनों को देखते हुए वहाँ उचित इलाज खोजना मुश्किल हो सकता है जबकि कई उपचार उपलब्ध कराये जा सकते हैं और प्राथमिक देखभाल में उन पर निगरानी रखी जा सकती है, प्रभावी देखभाल करने के लिये बाधाओं में संसाधनों की कमी तथा प्रशिक्षित उपचार प्रदाताओं की कमी शामिल है । अवसाद की जानकारी के लिये इंटरनेट एक अच्छा स्रोत हो सकता है । उदाहरण के लिए, सामाजिक कलंक अवसाद सहित मानसिक विकारों के साथ जुड़ा हुआ है । यहाँ तक कि अवसाद के लक्षणों में से कुछ उपचार के लिये बाधा हो सकते हैं । एक व्यक्ति यह महसूस कर सकता है कि वह अधिक थक गया है या मदद पाने के लिये अभिभूत महसूस कर सकता है ।

मदद ढूँढने के लिये सबसे पहला कदम अपने समुदाय में आप परिचित संसाधनों के साथ शुरु करें । एक स्वास्थ्य व्यवसायी के साथ बात करने की कोशिश करें और अगर आपके समुदाय में कोई स्वास्थ्य सेवा प्रदाता नहीं है तो गैर सरकारी संगठनों (NGOs) के प्रतिनिधि के साथ बात करें । एक अनुमान के अनुसार 93 प्रतिशत अफ्रीकी देशों और 80 प्रतिशत दक्षिण पूर्व एशियाई देशों में मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में गैर सरकारी संगठन है (lxii) ।

ये संगठन विविध सेवायें प्रदान करते हैं जैसे परामर्श, वकालत, अनौपचारिक समर्थन, आत्महत्या की रोकथाम, नशीले पदार्थ का दुरुपयोग/ दुरुपयोग परामर्श और अनुसंधान । कुछ समुदायों में गैर सरकारी संगठन केवल प्रोग्राम उपलब्ध करवाते हैं तो दूसरों में मौजूदा कार्यक्रमों में वे पूरक बन जाते हैं ।

अगर वहाँ पास में एक विश्वविद्यालय है तो मनो: चिकित्सा विज्ञान या मनोविज्ञान विभाग मदद करने में सक्षम हो सकता है । या एक “टेलीफोन निर्देशिका” या “समुदाय संसाधन पुस्तक में निम्न शीर्षक “मानसिक स्वास्थ्य”, “सामाजिक सेवाएँ” “आत्म हत्या की रोकथाम”, “संकट हस्तक्षेप , hotlines, “अस्पताल”, “स्वास्थ्य क्लीनिक”, “चिकित्सक” और “स्वास्थ्य ” में देखें । उपचार और समर्थन का एक और स्रोत है परंपरागत चिकित्सक होना जो कई देशों और संस्कृतियों के लिए आम हो सकता है ।

अवसाद उन लोगों के लिए अपरिचित हो सकता है जो कि आपकी मदद करना चाहते हैं । आपने इस दस्तावेज से जो जानकारी ली है उनसे इस बारे में बात करें । यदि आप वह मदद नहीं प्राप्त कर पाते हैं जिसकी कि आपको जरूरत है, तो आपको उपचार के लिये दूर जाने की जरूरत हो सकती है । मदद लेने के लिये इंटरनेट का उपयोग बहुत उपयोगी हो सकता है । यदि आपकी पहुँच नहीं है तो आप इस प्रकाशन के अंत में संसाधन सूची के साथ किसी स्थानीय पुस्तकालय या NGO से सम्पर्क कर सकते हैं ।

अवसाद के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिये इंटरनेट एक महत्वपूर्ण साधन हो सकता है । बहुसांस्कृतिक मानसिक स्वास्थ्य, आस्ट्रेलिया अवसाद के बारे में अरेबिक, एसीरियन, कम्बोडियन/ ख्मेर, चाइनीज, (साधारण या परम्परागत), कोरेशन, डोरी, अंगेजी, फार्सी , ग्रीस, इंडियन, इंडोनेशिया, इटेलियन, जापानी, कोरियन, लाओ, मेसेडोनियन, पॉलिश, पंजाबी, रशियन, साइबेरियन, सोमाली, स्पेनिश, तमिल, थाई, तुर्किश एवं वियतनामीज ।

<http://www.mmha.org.au/>

## अवसाद के साथ रहना (Living with Depression)

अवसाद के साथ रहना, खासकर अगर वह पुराना या बार बार होने वाला है, तो आप थके हुए, अभिभूत और असहाय महसूस करते हैं । इन भावनाओं को तुम अक्सर छोड़ देना चाहते हो । इस बात को स्वीकार करना कि ये नकारात्मक विचार आपके अवसाद का एक हिस्सा है, आपके स्वास्थ्य लाभ की ओर बढ़ता हुआ एक कदम है । यह महत्वपूर्ण है कि आप अपने इलाज के दौरान अपने आप का अच्छा ख्याल रखें । शुरु में यह मुश्किल हो सकता है विशेषकर उस समय जब आपका इलाज शुरु होता है ।

## अपने आप की देखभाल (Taking care of yourself)

अवसाद वास्तविक है । यह मस्तिष्क की एक बीमारी है जिसे आमतौर पर कुछ इलाज की आवश्यकता होती है । आपके लिये यह पहचान करना अति महत्वपूर्ण है कि बीमारी को गम्भीरता से लें और अपना अच्छी तरह से ख्याल रखें ।

अवसाद दैनिक जीवन की सरल चीजों को भी मुश्किल कर सकता है । यदि संभव हो तो यहाँ नीचे दी गई बातों पर यदि आप अमल करेंगे, ज्यादा नहीं तो कुछ को ही अपना ले से, आप खुद को बेहतर महसूस करेंगे । आपका स्वास्थ्य देखभाल चिकित्सक इन सुझावों में से कुछ को अच्छी तरह समझा सकता है ।

- दैनिक व्यायाम के कुछ तरीकों पर विचार करें । शारीरिक और मानसिक दौनों प्रकार के व्यायाम स्वास्थ्य के लिये लाभप्रद होते हैं । व्यायाम अवसादग्रस्त लोगों के मस्तिष्क में Serotonin और Dopamine नाम के रसायन की कमी को पूरा करता है । नियमित दिनचर्या में व्यायाम वजन और तनाव को कम करता है जो कि अवसाद के रोगी के लिये अत्यन्त आवश्यक हैं ।

- हर दिन शुद्ध व संतुलित आहार खाने की कोशिश करें । एक स्वस्थ आहार जिसमें साबुत अनाज, ताजे फल और सब्जियाँ शामिल हैं और जिनमें कम वसा होता है, आपके शरीर को स्वस्थ रखने में मदद करेगा ।
- तनाव कम करने के लिये बहुत सारी विश्राम तकनीके हैं जो अवसाद को कम करती हैं जिनमें गहरी साँस लेना और चिन्तन शामिल हैं ।
- इन तकनीकों का व्यापक रूप से दुनिया भर में प्रयोग किया जाता है और जो कम लागत वाले तरीके हैं ।
- जहाँ तक हो अच्छी नींद की आदत को बनाए रखें । जितना संभव हो, सोने और सुबह उठने की एक नियमित दिनचर्या बनाये और सुनिश्चित करें कि आप पूरी तरह से नींद ले पाते हैं या नहीं लेकिन बहुत ज्यादा नींद नहीं लेनी चाहिये ।
- तनाव से बचें और तनाव को कम करें । तनाव, घर और कार्यस्थल दोनों जगह, अवसाद की भावना को बढ़ा सकता है । आपके दैनिक जीवन में यह अत्यन्त महत्वपूर्ण है कि तनाव से बचें ।
- अपने काम के घंटे पूर्वानुमान और प्रबंधनीय रखें (Time Management)। बेहतर संबंधों को बढ़ावा देने और समर्थन प्राप्त करने के लिये, आपके जीवन में जो कुछ हो रहा है उसे अपने परिवार एवं प्रियजनों से खुले तौर पर कहें ।
- शराब या मादक द्रव्यों के उपयोग या दुरुपयोग में कटौती करें । इन पदार्थों का उपयोग अवसाद के लक्षण या आपकी निर्धारित दवाओं के साथ हस्तक्षेप कर सकता है ।
- अपनी एक दिनचर्या बनायें । अपने दिन की योजना और आयोजन बनाने से आपके जीवन के दैनिक कार्यों में आपको क्या करना है इसके प्रबंधन में आपको मदद मिलेगी । एक मासिक कलेंडर बनायें और उसे जारी रखें ।
- अपने आप में धीरज रखें । अवसादग्रस व्यक्ति को, यहाँ तक कि छोटे से छोटा कार्य असंभव लग सकता है ।

अगर आपको किसी दिन सैर के लिये ऊर्जा नहीं मिल रही है तो बस थोड़ी देर के लिये बाहर खड़े जो जायें और कुछ ताजी हवा खायें । यदि आप अपने लिये एक स्वस्थ भोजन का प्रबंध नहीं कर सकते हैं तो फल का एक टुकड़ा खाने की कोशिश करें । यदि आप अपने आप को सोने में असमर्थ पा रहे हैं तो ध्यान या अन्य आराम की तकनीक सीखने पर विचार करें । अगर आप अधिक सोते हैं तो बिस्तर में कम पड़े रहने के तरीके पर विचार करें । ये सारी चीजें न केवल आपके अवसाद को दूर भगायेंगी बल्कि आपके दिन को छोटा और आसान बना सकती हैं ।

## सहायता की माँग (Seeking Support)

परिवार और दोस्तों का नेटवर्क अवसादग्रस्त व्यक्ति के लिए फर्क कर जीवन को बेहतर बना सकते हैं । अपने आप की देखभाल में मदद के लिये मित्रों और परिवार तथा स्थानीय संगठनों का समर्थन ले सकते हैं ।

## मित्र और परिवार (Friends and Family)

परिवार के सदस्य और करीबी दोस्त अवसाद से पीड़ित व्यक्ति के साथ बहुत कुछ कर सकते हैं । अवसाद को दूर करने के लिये परिवार के सदस्य और करीबी दोस्त आपके समर्थन के लिए एक महत्वपूर्ण स्रोत हो सकते हैं ।

- वे आपको यह अहसास दिला सकते हैं कि आप अकेले नहीं हैं ।
- वे आपकी बात सुन सकते हैं ।
- वे आपको अवसाद के बारे में जानने में और संसाधनों को खोजने में आपकी मदद कर सकते हैं ।
- वे आपकी हर दिन एक स्वस्थ जीवन शैली को बनाये रखने में आपकी मदद कर सकते हैं ।



- वे आपके उपचार योजना को कायम रखने में आपकी मदद कर सकते हैं ।

आप उन दोस्तों के साथ जुड़े रहें और मदद मांगें जो आपके कठिन समय में आपका साथ देते हों । आपकी दैनिक दिनचर्या में विशिष्ट मदद के बारे में उन दोस्तों से पूछें जो आपके साथ व्यायाम करते हैं और आपको आपकी अच्छी देखभाल करने के लिये प्रोत्साहित करते हैं ।

आपको अपने अवसाद के बारे में अपने मित्रों को शिक्षित करने की आवश्यकता हो सकती है । वो यह नहीं समझते कि अवसाद एक बीमारी है और इसे इलाज की आवश्यकता है । वे उम्मीद कर सकते हैं कि सिर्फ़ तुम ही इसे बेहतर तरीके से नियंत्रित कर सकते हो । उन्हें लगता है कि हो सकता है वो तुम्हें खुश कर सकते हैं । इस पुस्तिका में उन लोगों के साथ जानकारी साझा करने पर विचार करें ।

## **सहकर्मी सहायता समूह (Peer Support Groups)**

सहकर्मी सहायता समूह या अवसाद रोगियों के साथ सामूहिक बैठकें अवसाद के रोगियों के लिये उपयोगी हो सकती हैं । ये समूह, खासकर जब वे अच्छी तरह से संगठित होकर चलाते हैं, विकारों को दूर करने में अंतर्दृष्टि प्रदान कर सकते हैं ।

अनुसंधानों से पता चला है कि इन समूहों के लिये समर्थन प्रदान करना जैसे प्रतिभागियों की समस्याओं और संकट से निपटने में मदद, प्रतिभागियों की उपचार योजना के लिये दृढ़ रखने में सक्षम करना जैसे विशेष क्षेत्रों में मददगार हो सकते हैं (lxvii) । हालांकि, हाल ही में एक व्यवस्थित समीक्षा में पाया गया है कि किन स्थितियों में इन समूहों को प्रभावी बनाने का मूल्यांकन करने की जरूरत है और इसके लिये अभी और अनुसंधान करने की आवश्यकता है । वर्तमान में मौजूदा सहकर्मी से सहकर्मी समुदायों का मूल्यांकन अतिरिक्त हस्तक्षेप और स्वास्थ्य पेशेवरों की भागीदारी के साथ मिलकर बातचीत के साथ संयोजन के रूप में किया गया है (lxviii) ।

अपने समुदाय में एक सहकर्मी सहायता समूह का पता लगाने के लिये अपने राज्य, क्षेत्रीय या प्रांतीय मानसिक स्वास्थ्य संघ सहित पेशेवर संगठनों की सिफारिशों की hotlines पर संपर्क करें । दूसरा विचार इंटरनेट पर एक सहकर्मी सहायता समूह है । वर्तमान में कई संगठन इन समूहों को चला रहे हैं और अपनी पहुँच दुनिया भर में बना रहे हैं । इन सहायता समूहों की गुणवत्ता पर और अवसाद के लक्षणों पर उनके प्रभाव पर अनुसंधानों की सीमित मात्रा है (ix) ।

फिर भी, यह जाँचने के लिये कि क्या एक आनलाइन सहायता समूह आपके लिये कितना सार्थक और उपयोगी हो सकता है, इस बात पर निर्भर करता है कि आप कहाँ रहते हैं ? किसी भी आनलाइन सेवा पर विचार करने के पूर्व कृपया इस बात की सावधानी बरते और इस बात पर विचार करें कि संगठन और सहायता समूह किस तरह से चल रहे हैं और किस प्रकार की सहायता प्रदान कर रहे हैं ? ऐसे संगठनों के साथ पत्र व्यवहार और उनसे पूछताछ कि वे कैसे निर्धारित करते हैं कि कौनसा समूह संगठन हिस्सा ले सकता है और वो किस तरह उस पर निगरानी रखते हैं आदि बातें भी इसमें शामिल हैं । हालांकि सहकर्मी सहायता समूह हर किसी के लिये नहीं हैं, भागीदारी से आप अकेला और अलग महसूस कर सकते हैं और आपको विकारों के साथ यह अवसर प्रदान कर सकता है कि आप देखें कि कैसे दूसरे लोग विकारों के साथ किस तरह सफलतापूर्वक अपने जीवन का प्रबंधन कर रहे हैं ?

## **मानसिक स्वास्थ्य संगठन (Mental Health Organisation)**

कई स्थानीय सामुदायिक संगठन राष्ट्रीय संगठनों के साथ मिलकर कई मुद्दों पर जानकारी और संसाधन उपलब्ध कराने में मदद कर सकते हैं जिसमें कि मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं की खोज के द्वारा रोजगार के मुद्दों पर विचार करने के लिये बीमा मामलों को हल

करने में मदद कर सकते हैं । स्थानीय संगठनों के लिये इस दस्तावेज के अन्त में संसाधन अनुभाग को देखें ।

## रिकवरी (Recovery)

विश्व के ज्यादातर विकसित देशों के कई स्थानों में अवसाद ग्रसित मानसिक विकारों के रोगियों, मादक द्रव्यों के सेवन की लत एवं नशामुक्ति कार्यक्रमों से उत्पन्न होने वाले अवसाद सहित सभी का इलाज और सक्रिय बीमारी प्रबन्ध पर जोर दिया जा रहा है –

- आशा की किरण दृढ़ना ।
- अपने खुद के उपचार और कल्याण में व्यक्तिगत सशक्तीकरण ।
- अपनी बीमारी और उसके उपचार के बारे में ज्ञान का विस्तार ।
- समर्थन नेटवर्क की स्थापना और उसमें शामिल होने की मांग ।
- कॉपिंग स्केल का विकास एवं परिष्कृत करना ।
- एक सुरक्षित घर का आधार ।
- जीवन के अर्थ की भावना को परिभाषित करना ।

कुछ लोगों ने आदर्श इलाज के दो अलग अलग नमूनों की ओर इशारा किया है – पहला चिकित्सकों द्वारा विकसित तथा दूसरा रोगियों या मानसिक स्वास्थ्य उपभोक्ताओं द्वारा विकसित । फिर भी दोनों में तीन चीजें शामिल हैं (i) प्रत्येक के इलाज का रास्ता अलग (unique) है । (ii) दूसरा इलाज एक प्रक्रिया है, अन्तिम बिन्दु नहीं (iii) इलाज एक सक्रिय प्रक्रिया है जिसमें व्यक्ति की सफलता मुख्य रूप से मित्रों की मदद, परिवार, समुदाय व पेशेवर लोगों के बीच सहयोग, समर्थन व सहयोग पर निर्भर करती है (lxx) ।

उपचार जो कि एक आन्दोलन के रूप में लिया जा सकता है, की जड़े स्वास्थ्य उपचार और रोगियों में सफलता को देखने के चिकित्सकों और रोगियों के बीच एक कटाव बनी हुई जिसे कि स्वास्थ्य चिकित्सक एक सफलता और रोगियों में महसूस की जा सकती है । अवसाद के रोगियों ने जाहिरातौर पर सफल उपचार के बावजूद अवशिष्ट अवसाद के लक्षणों की शिकायत करते हैं । ये ही मरीज ऐसा महसूस करते हैं कि सफल इलाज और उपचार में मनोवैज्ञानिक सुरक्षा को भी शामिल करना चाहिये (Ixxi) । इस दृष्टिकोण से कुछ लोगों को इस बात का बढ़ावा मिला है कि इलाज की सफलता के उपाय करने के प्रयास के नेतृत्व साथ रोगी की सुरक्षा में सम्बन्ध स्थापित किया जाय । उदाहरण के लिये स्कॉटलैंड के एक समूह ने एक उपकरण विकसित की है जिसे उन्होंने स्कॉटिश रिकवरी संकेतक का नाम दिया है, जो कि एक जटिल उपकरण है और जो कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को यह सुनिश्चित करने में मदद करता है कि उनकी गतिविधियाँ उन लोगों के इलाज के समर्थन पर केन्द्रित हैं जो उनकी सेवाओं का उपयोग कर रहे हैं ।

दुनिया भर में सैकड़ों इलाज आधारित संसाधन हैं । संयुक्त राज्य अमेरिका में एक ऐसा कार्यक्रम है जिसे कल्याण वसूली कार्य योजना कहते हैं, इलाज के लिये पाँच कार्यवाही करने की सिफारिश करता है :

1. अपने आप में और अपने इलाज में विश्वास करें ।
2. व्यक्तिगत जिम्मेदारी लें ।
3. अपने आप को शिक्षित करें ।
4. अपने आप के लिये खड़े होवें ।
5. कैसे समर्थन प्राप्त करते हैं और कैसे समर्थन देना चाहिये दोनों चीजें सीखें ।

### **सारांश (Summary) :**

अवसाद के साथ जीना मुश्किल हो सकता है । एक स्वस्थ जीवन शैली को बनाये रखने और अपने इलाज को कायम रखने के लिये आपको बहुत से समर्थन की आवश्यकता

होगी । परिवार के सदस्य और करीबी दोस्त आपके इलाज की योजना में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं । सहकर्मी सहायता समूह और मानसिक स्वास्थ्य संगठन भी अवसाद का सामना करने के लिये समर्थन का स्रोत हो सकते हैं । मानसिक बीमारी के साथ लोगों को अपने स्वयं बीमारी का प्रभार लेने के लिये, उनका इलाज और उनके जीवन को सशक्त बनाना दुनिया भर के आदर्श इलाज की योजना जोर पकड़ती जा रही है ।

#### References:

- iii Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(1):3-21.
- iv Weissman MM, Bland RC, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293-9.
- v Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
- vi Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
- vii Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
- viii Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
- ix Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
- x Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
  
- liii World Health Organization,  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- liv Kohn R, Saxena S, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004 Nov;82(11):858-66. Epub 2004 Dec 14.

Iv World Health Organization,

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

Ivi Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys.

Lancet 2007 Sep 8;370(9590):841-50.

Ivii Simon GE, Fleck M, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep;161(9):1626-34.

Iviii Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. The epidemiology of depression in Belgium. A review and some reflections for the future [Article in Dutch]. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50(10):655-65.

lix Guerra M, Ferri CP, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Br J Psychiatry* (2009) 195: 510-515.

Ix , Shibre T, Spångéus A, et al. Traditional treatment of mental disorders in rural Ethiopia. *Ethiop Med J* 2008 Jan;46(1):87-91.

Ixi World Health Organization,

[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

Ixii Hyman S, Chisholm D, et al. *Mental Disorders. 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*, New York: Oxford University Press, 2006: 5/Chpt-31.

Ixvii Depression and Bipolar Alliance Support Groups: An important step on the road to recovery, 2008. Downloaded on 18 Dec 2009 from

[http://www.dbsalliance.org/site/DocServer/DBSASupportGrps\\_0708\\_FINAL.pdf?docID=2381](http://www.dbsalliance.org/site/DocServer/DBSASupportGrps_0708_FINAL.pdf?docID=2381).

Ixviii Eysenbach G, Powell J, et al. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004 May 15;328(7449):1166.

Ixix Griffiths KM, Calear AL, et al. Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (1): Do ISGs Reduce Depressive Symptoms? *J Med Internet Res* 2009;11(3):e40. Available online, <http://www.jmir.org/2009/3/e40/>

Ixx Out of the Shadows At Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada. A report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, May 2006. Retrieved from

<http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/rep02may06-e.htm>

Ixxi Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression.

PsycholMed 2007 Mar;37(3):307-17.

Ixxii Retrieved from [www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com).

## अवसाद आर्थिक संकट के एक परिणाम के रूप में (Depression as a consequence of economic crisis)

प्रोफेसर जॉर्ज एन. क्रिस्टोडोलो के  
प्रोफेसर मनोचिकित्सा, एथेंस विश्वविद्यालय  
निर्वाचित अध्यक्ष, विश्व मानसिक स्वास्थ्य संगठन  
सम्मानित सदस्य, विश्व मनोरोग संस्था

हालांकि अनुसंधान स्तर जनसंख्या – आर्थिक संकट और विशिष्ट मानसिक विकारों के बीच दुर्लभ माना जाता है (Lee et al 2010)। कुछ सबूत अभी तक मौजूद हैं जो कि संयुक्त राज्य अमेरिका, एशिया और पूर्व सोवियत संघ में पिछले आर्थिक संकट के रूप में उत्पन्न हुए और जिनका प्रभाव मानसिक स्वास्थ्य, अवसाद और आत्महत्या के वृद्धि के स्तर को दिखाता है (Araya et al 2003b, Butterworth et al 2009, Lee et al 2010) ।

## सामान्य उदासी और अवसाद (Normal sadness & Depression)

सामान्य उदासी और अवसाद के बीच अंतर करना अति महत्वपूर्ण है । प्रतिकूल परिस्थितियों के अंतर्गत एक रिश्तेदार की मौत, व्यक्तिगत अपमान (विशेष रूप से कुछ संस्कृतियों में ) निराशा, सामाजिक स्तर का नुकसान, वित्तीय नुकसान भी एक मनोवैज्ञानिक प्रतिक्रिया की उम्मीद सामान्य है । इन परिस्थितियों में यह प्रतिक्रिया की कमी होगी, प्रतिक्रिया

के अभाव (उदासीनता) अक्सर व्यक्तित्व विकारों या खंडित मानसिकता का सामना कुछ रोगियों को करना पड़ता है (Christodoulou et al 2000)।

इसलिये उदासी और अवसाद में अंतर करना अति महत्वपूर्ण है यानि कि एक अनुकली (adaptive) और एक बेकार प्रतिकूली (dysfunction) प्रक्रिया किसी भी अप्रिय घटना के प्रति भले ही इस तरह के अंतर कभी कभी मुश्किल होते हैं (Maj, 2011)।

आर्थिक संकट के दौरान उदासी एवं अवसाद के मामले होने की संभावना होती है और आखरी स्थिति में सक्रिय श्रम बाजार कार्यक्रम, परिवार का समर्थन, एकजुटता और मनोवैज्ञानिक समर्थन की जरूरत होती है।

## **अवसाद की व्यापकता (Prevalence of Depression)**

प्रत्येक दस व्यक्तियों में एक व्यक्ति प्रमुख अवसाद (major depression) से पीड़ित है और लगभग पाँच व्यक्तियों में से एक व्यक्ति अपने जीवन काल के दौरान इसका सामना करना पड़ता है (एक साल का प्रसार 10% और जीवन भर का प्रसार 17%) (Kessler et al 1994)। सन् 2020 तक अवसाद दुनिया में विकलांगता का दूसरा प्रमुख कारण हो सकता है और सन् 2030 तक इससे वैश्विक रोग के बोझ को बढ़ाने में इसका सबसे ज्यादा योगदान देने की उम्मीद है (WHO, 2008)।

यह आंकड़े सार्वजनिक स्वास्थ्य के महत्व को दिखाते हैं लेकिन संख्या के पीछे वो मनुष्य हैं जो इससे पीड़ित हैं और निश्चित रूप से महत्वपूर्ण हैं। अवसाद के साथ एक व्यक्ति के मानसिक दर्द की डिग्री का अंदाजा इस बात से लगाया जा सकता है जब कि कई रोगी अपने रोग से ज्यादा मौत को पसंद करते हैं। उनमें ऐसे लोगों की संख्या ज्यादा है जो कि मानसिक रूप से बीमार होते हैं और विशेषकर अवसाद से पीड़ित होते हैं और जिनमें



अवसाद स्क्रीनिंग की जरूरत प्राथमिक देखभल सेवाओं के दौरान अवसाद का पता लगाने की आवश्यकता होती है (Patel et al 2010, Araya et al 2003a) ।

## **अवसाद की असामान्य नैदानिक अभिव्यक्ति (Atypical clinical expression of Depression)**

अवसाद उसके अस्थिर स्वभाव के लिये कुख्यात है और अलग अलग तरीकों से व्यक्त किया जा सकता है तथा लक्षणों में बदलाव भी आ सकता है । यह दुर्घटना उन्मुखता से लेकर यौन रोग की स्थितियों की किस्मों को पीछे छिपा सकता है, यह चिंता, आतंक हमला, शराब और शारीरिक बीमारियों जैसे मधुमेह, कैंसर और चिरकालीन दर्द की स्थितियों की संख्या के साथ सहयोगी (सह रुग्णता) हो सकता है । कुछ मामलों में अवसाद अपने कार्डिनल लक्षणों के अलावा अन्य लक्षणों की एक किस्म के साथ व्यक्त किया जा सकता है (नकाबपोश अवसाद, अवसाद के बिना अवसाद) और विरोधात्मक लक्षणों के साथ भी (मुस्कराहट के साथ अवसाद) (Christodoulou, 2000) । बीमारी के कारण अलग अलग तरीकों के रूप ले सकते हैं और अवसाद के निदान के चिकित्सीय भाग पर नैदानिक कौशल और अनुभव की आवश्यकता होती है ।

ऐसा प्रतीत होता है कि आर्थिक संकट के दौरान होने वाली आत्म हत्याओं का अनुपात उन लोगों का है जो या तो विशिष्ट अवसाद या असामान्य अवसाद के रोगी थे । इन मामलों में आर्थिक संकट (विशेष रूप से बेरोजगारी) तेजी से पतन के रूप में कार्य करता है ।

## **आर्थिक संकट और मानसिक स्वास्थ्य (Economic crisis and mental health)**

वर्तमान आर्थिक संकट जो 2008 में शुरू हुआ था, उत्तरी अमेरिका के संयुक्त राज्य अमेरिका में 1929 में शुरू हुआ था । 1990 के दशक के शुरू में सोवियत संघ में गंभीर आर्थिक संकट पैदा हो गया और 1990 के दशक के अंत में एशिया में फैल गया । इन अनुभवों के आधार पर हम जानते हैं कि आर्थिक संकट कम आय, बेरोजगारी और अनिश्चितता के साथ शुरू होता है, लेकिन सार्वजनिक सेवाओं (मानसिक स्वास्थ्य सहित) के वित्त पोषण में कटौती से भी होता है ।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के प्राक्कथन में “मानसिक स्वास्थ्य पर आर्थिक संकट का प्रभाव” में यूरोप के क्षेत्रीय निदेशक सुसाना जैकब ने लिखा है कि वर्तमान आर्थिक संकट आर्थिक गतिविधियों में महत्वपूर्ण गिरावट का नेतृत्व किया, और बेरोजगारी, उदास आवास बाजार और गरीबी में रहने वाले लोगों की संख्या को बढ़ाया है । सार्वजनिक खर्च में भारी कटौती के कारण विश्व में कई देशों की स्वास्थ्य और कल्याण सेवायें एक सादगी के युग का सामना कर रही हैं । इन परिस्थितियों कम आय वाले लोग और विशेष रूप से गरीबी रेखा के पास वाले लोग बड़े मानसिक तनाव से ग्रसित हैं (WHO 2009) ।

नौकरियों में हानि और आय की सीमाओं की वजह से लोगों के आर्थिक सामाजिक स्वास्थ्य में गिरावट, सामाजिक असमानताओं के कारण और उनका स्वास्थ्य प्रभावित हो सकता है और स्पष्ट दिखता है (Wilkinson & Marmot 2003) । माता पिता पर इसके प्रभाव के माध्यम से वित्तीय संकट बच्चों के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है (Solantaus et al 2004, Anagnostopoulos & Soumaki 2012) और ये बच्चों के संज्ञानात्मक, भावनात्मक और शारीरिक विकास में कमी का कारण बन सकता है (Marmot 2009) ।

बेरोजगारी, दरिद्रता और पारिवारिक कलह के कारण मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं की एक किस्म पैदा होने की संभावना है । अवसाद, आत्महत्या और शराब उनमें शामिल हैं (Dooley et al 1994, Clark & Oswald 1994, Dorling 2009, Lewis &

Sloggett 1998, Agerbo 2005)। बेरोजगारी आत्महत्या के साथ बहुत दृढ़ता से जुड़ी हुई है (Stuckler et al 2009, Economou et al 2008)। प्रत्येक 1% बेरोजगारी की वृद्धि 65 वर्ष की कम उम्र में आत्म हत्या करने वाले में 0.79% की वृद्धि से जुड़े है (Stuckler et al 2009)। पुरुष विशेष रूप से आत्म हत्या के कारण मौत की चपेट में हैं (Berk et al 2006)।

मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के विकास में ऋण एक महत्वपूर्ण कारण है (Jenkins et al 2008, Skapinakis et al 2006, Brown et al 2005)। सामान्य तौर पर यही धारणा आवास भुगतान समस्याओं और वित्तीय समस्याओं का कारण है लेकिन ऐसा लगता है कि ऋण विशेषरूप से मनोवैज्ञानिक बोझ बनता जा रहा है जैसे कि कुछ संवेदनशील लोगों में अवसादग्रस्तता प्रतिक्रियाओं के वेग या पूर्व में मौजूदा अपराध भावनाओं को बढ़ावा देता है। अधिक ऋण वाले लोगों में मानसिक विकारों से ग्रस्त होने की अधिक संभावना होती है (Jenkins et al 2008)।

गरीबी के साथ मनोविकृति विज्ञान के सहयोग से आर्थिक पतन की सीमा पर रहने वाले लोगों के आर्थिक संकट के परिणाम को बार बार प्रदर्शित किया जा रहा है (e.g. Patel et al 2003)। जापान, हांगकांग, कोरिया और अन्य एशियाई देशों (Chang et al 2009) से इस बात के सबूत मिलते हैं कि गम्भीर वित्तीय नुकसान और बेरोजगारी के परिणाम स्वरूप आत्म हत्याओं में वृद्धि हुई है। ऐसे ही हालात चीन के हैं जहाँ सामाजिक परिवर्तन घाटे की एक किस्म का नेतृत्व किया गया है जिसमें वित्तीय नुकसान शामिल है जिनके कारण अवसाद और आत्म हत्या का जन्म हुआ है (Philips et al 1999)। भारत में बड़े पैमाने पर 1990 के दशक के मध्य किसानों द्वारा आत्म हत्या कृषि सुधारों के परिणामस्वरूप एक तेज आर्थिक गिरावट का जन्म भी उपर्युक्त कारणों से है (Sundar 1999)।

गिटाकोस (2011) और अन्य ने मानसिक स्वास्थ्य के साथ दो आर्थिक संकेतकों (बेरोजगारी और औसत आय) के बीच सम्बन्धों का अध्ययन किया । बेरोजगारी की दर सकारात्मक रूप से हत्याओं के साथ जुड़े थे और महत्वपूर्ण बात यह है कि औसत आय का आत्म हत्या के साथ नकारात्मक सम्बन्ध था । दूसरे शब्दों में गरीबी और आत्म हत्या साथ साथ चलते हैं ।

कैन्टीकैलिनिस और अन्य की रिपोर्ट है कि ग्रीस में आर्थिक संकट के कारण सन् 2011 में सार्वजनिक अस्पतालों का बजट 40% कम कर दिया गया था, मरीजों की संख्या में वृद्धि हुई और उन नागरिकों का अनुपात, जन्होंने यह बताया कि उनके स्वास्थ्य की स्थिति खराब या बहुत खराब हुई, बढ़ा । इसके अलावा 2007 और 2009 के बीच हत्या और चोरी के मामलों दोगुनी वृद्धि हुई, आत्म हत्याओं में नाटकीय रूप से वृद्धि हुई, हेरोइन के उपयोग में वृद्धि हुई और 2009 और 2010 में हेरोइन के उपयोगकर्ताओं के बीच संक्रमण में 10 गुना वृद्धि हुई । तथापि आर्थिक संकट का सकारात्मक पक्ष प्रभाव यह हुआ कि नशे में ड्राइवरों की संख्या में कमी के साथ साथ शराब की खपत में कमी हुई ।

ग्रीस में किये गये एक टेलीफोनिक सर्वेक्षण में (Economou et al 2011) सन् 2009 और 2011 के बीच आत्म हत्या के प्रयासों की रिपोर्ट संख्या में 36% वृद्धि का पता चला । ये निष्कर्ष स्टकलर और अन्य के निष्कर्षों के समान हैं (2011) ।

इकोनोमू और अन्य (2012) से टेलीफोन काल में 2010 और बाद के दौरान प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से आर्थिक संकट के संदर्भ में स्पष्ट वृद्धि की सूचना मिली थी । काल करने वालों में अवसादग्रस्तता के लक्षण प्रदर्शित हो रहे थे और मुख्य रूप से वे बेरोजगार थे ।

## आर्थिक संकट की अवधि के दौरान मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के रोकने के उपाय (Measures to prevent mental health problems during periods of economic crisis)

बेरोजगारी के साथ मनोविकृति विज्ञान की मदद से लोगों को रोजगार हासिल करने के लिये कार्यक्रमों, विशेष रूप से अवसाद और आत्म हत्या, में सहयोग की आवश्यकता है ।

यह बहुत ही दिलचस्प बात है कि फिनलैंड और स्वीडन में आर्थिक मंदी की अवधि के दौरान सामाजिक सेवाओं की दक्षता और सामाजिक लाभ के प्रावधानों की वजह से आत्म हत्या की दर में कोई नमारात्मक रूप से प्रभावित नहीं हुई (Ostamo and Lönnqvist 2001, Hintikka et al 1999) । इस संबन्ध को अलग अलग दृष्टिकोण से देखा जा सकता है : संयुक्त राज्य अमेरिका में राज्य कल्याण खर्च में कटौती के साथ आत्म हत्या की दर में वृद्धि हुई है (Zimmerman, 2002) ।

यह संबन्ध निम्नलिखित आँकड़ों पर आधारित है :

1980 से 2005 स्वीडन और स्पेन के बीच आत्म हत्या की दर में तुलना करने से पता चला है कि जहाँ 1990 के दशक में स्वीडन में गम्भीर बैंक संकट के कारण बेरोजगारी में एक तेजी से वृद्धि हुई वहीं आत्म हत्या की दर में वृद्धि नहीं हुई जबकि स्पेन में 1970 और 1980 के दशक में कई बैंकिंग संकट के कारण परिस्थितियाँ इसके विपरीत पाई गई (Stuckler et al 2009) । हालांकि निश्चित रूप से स्वीडन और स्पेन के बीच कई सामाजिक सांस्कृतिक मतभेद हैं फिर भी शायद कुछ हद तक सामाजिक सुरक्षा के लिये संसाधनों का इस्तेमाल किया जाना प्रमुख कारण था (WHO, 2011) ।

ग्रीस (Giotakos et al 2012) के आंकड़े भी ऊपर के निष्कर्षों के समान हैं क्यों कि इनमें दर्शाया गया है कि आत्म हत्या की दर उल्टे तौर पर ग्रीस में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल और मानसिक सेवाओं के प्रदाताओं और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के रूप सहयोगी है ।

सक्रिय श्रम बाजार कार्यक्रम बेरोजगारी के हानिकारक मानसिक स्वास्थ्य प्रभाव पर एक निश्चित सीमा तक प्रतिक्रिया कर सकते हैं (Stuckler et al 2009) । इन कार्यक्रमों में बेरोजगार लोगों के लिये मानसिक स्वास्थ्य संवर्धन कार्यक्रमों को लचीला बनाना शामिल है जो कि कम लागत वाले पाये गये हैं (Vuori et al 2002, Vinocur et al 1991) ।

आर्थिक संकट के दौरान परिवार सहायता कार्यक्रम महत्वपूर्ण हैं । समस्या यह है कि संकट के दौरान ऐसे कार्यक्रमों के वित्तीय पोषण और उनमें काम कर रहे पेशेवरों के वेतन में कटौती कर रहे हैं और कुछ कार्यक्रमों को छोड़ रहे हैं । इसके अलावा ऐसे सबूत हैं कि यूरोपीय संघ के देशों में ऐसे कार्यक्रमों पर प्रत्येक व्यक्ति पर खर्च किये गये प्रत्येक 100 अमेरिकी डालर से बेरोजगारी के प्रभाव से आत्म हत्या की दर को 0.2 प्रतिशत कम कर देता है (Stuckler et al 2009) । जाहिर है कि मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों और अधिवक्ताओं को इन कार्यक्रमों की लागत को उजागर करना चाहिये ।

2011 डब्लू एच ओ रिपोर्ट सहित विभिन्न अध्ययनों से शराब के दुरुपयोग से संबंधित मुद्दों का सामना करने की कोशिश की है । डब्लू एच ओ की रिपोर्ट में शराब के इस्तेमाल करने से होने वाली मौतों में कई यूरोपीय संघ के देशों में बेरोजगारी में वृद्धि के सहयोग की दृष्टि से शराब की उपलब्धता और कीमतों पर नियंत्रण की सिफारिश की है (see also Stuckler, 2009) । 1991 और 1998 के संकट के बाद रूस में शराब से संबंधित होने वाली मौतों की संख्या में वृद्धि हुई है (Zaridze et al 2009) । मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं, आत्मघाती विचारों और ज्यादा शराब पीने की आदत के बीच की कड़ी को पहचानना चाहिये ।

जैसे कि देश आर्थिक संकट से जूझते हैं उसी प्रकार अन्य उपाय भी सहायक हो सकते हैं । समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास को आत्म हत्या की दर को कम करने से सम्बद्ध किया गया है (Pirkola et al 2009) । समस्या को सुलझाने के कौशल को बढ़ावा देना, अवसाद और आत्म हत्या के व्यवहार को बचाता है (WHO Report, 2009) । ऋण राहत कार्यक्रम और ऋण परामर्श काफी सहायक हो सकते हैं । अभिशाप का सामना करने में सामान्य अभियानों का कुछ मामूली प्रभाव हो सकता है (targeted approaches are more useful) ।

मानसिक स्वास्थ्य में निवेश से, देश और व्यक्ति के, आर्थिक लाभ हैं और मानसिक सुधारों को, विशेषकर मानसिक स्वास्थ्य देखभाल को साथ लेकर आगे बढ़ाना चाहिये ।

## निष्कर्ष (Summary)

- अवसाद, विशेष रूप से अपने आत्म विनाशकारी नैदानिक अभिव्यक्ति आर्थिक संकट से जुड़ी एक प्रमुख मनोविकृति अवस्था है ।
- आर्थिक संकट की अवधि के दौरान अवसाद और आत्म हत्या की प्रवृत्ति के लिये स्क्रीनिंग की सिफारिश की एक नियमित मनोरोग रोकथाम की रणनीति के रूप में की गई है ।
- आत्म हत्या की क्षमता में बेरोजगारी के सहयोग को ध्यान में रखते हुए, सक्रिय श्रम बाजार और समर्थन कार्यक्रम आवश्यक हैं ।
- इन समस्याओं पर प्रकाश डालते हुए, लागत प्रभावी सक्रिय श्रम बाजार की वकालत करते हुए, पुर्नवास और परिवार सहायता कार्यक्रमों की स्थापना के लिये सिफारिश की गई है ।

## References

Agerbo E. (2005). Effect of psychiatric illness and labor market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 598-602

Anagnostopoulos D., Soumaki E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. Editorial. *Psychiatriki* 23: 15-16

Araya R., Lewis G., Rojas G., Fritsch R. (2003b). Education and Income: which is more important for Mental Health? *J. Epidem. Commun. Health* 57, 501-555

Araya R., Rojas G., Fritsch R. et al (2003a). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 361, 995-1000

Berk M., Dodd S., Henry M. (2006). The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine* 36, 181-189

Brown S., Taylor K., Price SW. (2005). Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology* 26, 642-663

Butterworth P., Rodgers B., Windsor TD. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH through the Life Survey. *Soc Sci Med* 69: 229-237

Chang SS., Gunnell D., Sterne JAC et al (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in east/southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong-Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc. Sci Med.* 69, 1322-1331

Christodoulou GN and collaborators (2000). *Psychiatry*, Beta, Athens

Clark A., Oswald AJ. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal* 104, 648-659

Dooley D., Catalano R., Wilson G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology* 22, 745-765

Dorling D. (2009). Unemployment and health. *British Medical Journal* 338, b829

Economou M., Madianos M., Theleritis CP., Peppou L., Stefanis C. (2011). Increased suicidality and economic crisis in Greece. *Lancet* 378, 1459

Economou A., Nikolaou A., Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies* 35, 368-384



Economou M., Peppou LE., Louki E., Komporozos A., Mellou A., Stefanis C. (2012). Depression telephone helpline: Help seeking during the financial crisis. *Psychiatriki* 23: 17-28

Giotakos O., Karabelas D., Kafkas A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece: Findings from the association between financial and mental health factors. *Psychiatriki* 22, 109-119

Giotakos O., Tsouvelas G., Kontaxakis V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece, *Psychiatriki* 23: 29-38

Hintikka J., Saarinen PI., Viiramäki H. (1999). Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27: 85-88

Jenkins R., Bhugra D., Bebbington P. et al (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine* 38, 1485-1493

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanikolas I., Basu S., Mc Kee M., Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 378, 1457-1458

Kessler RC., McGonagle KA., Zhao S. et al (1994). Lifetime and 12month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US : Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 51, 8-19

Kondo N. et al (2008). Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 869-875

Lee Sing, Guo Wan-Jun, Tsang Adley, Mak Arthur DP, Wu Justin, Ng King Lam, Kwok Kathleen (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong 126, 125-133

Lewis G., Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 317, 1283-1286

Maj M. (2011). Clinical Depression VS Understandable Sadness. Is the difference clear and is it relevant to treatment decisions? *Festschrift volume for Prof. George Christodoulou*, Beta Publishers, Athens pp. 174-178 ([www.paeeb.com](http://www.paeeb.com) – editions)

Marmot MG., Bell R. (2009). How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal* 338, b1314

Ostamo A., Lönnqvist J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 354-360

Patel V., Gwanzura F., Simunyu E., Mann A., Lloyd K. (1995). The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe, *Psychol. Med* 25, 1191-1199

Patel V., Weiss HA., Chowdhary N. et al (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 376, 2086-2095

Philips MR., Liu H., Zhang Y. (1999). Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 23, 25-50

Pirkola S. et al (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373: 147-153

Skapinakis P. et al (2006). Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK, *British Journal of Psychiatry* 189, 109-117

Solantaus T., Leinonen J., Punamäki RL. (2004). Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Development. Psychology* 40, 412-429

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mc Kee M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet* 374, 315-323

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mc Kee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 378, 124-125

Sundar M. (1999). Suicide in farmers in India. *Br J Psychiatry* 175, 585-586

Vinokur AD., van Ryn M., Gramlich EM., Price RH. (1991). Long – term follow-up and benefit-cost analysis of the jobs program: a preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology* 76: 213-219

Vuori J. et al (2002). The Työhön Job. Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 78: 43-52

WHO Global Burden of Disease (2008): 2004 update. Geneva: World Health Organization.  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf) (accessed Feb. 5, 2012)

Wilkinson R., Marmot M. (eds) (2003). *Social determinants of health: the solid facts*, 2<sup>nd</sup> ed. Copenhagen, Regional office for Europe

World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding. New Hope. Geneva WHO

World Health Organization (2009). Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva, World Health Organization

World Health Organization (2011). Impact of Economic crises on mental health, Regional Office for Europe, Copenhagen

Zaridze D. et al (2009). Alcohol and cause – specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48.557 adult deaths. Lancet 373: 2201-2214

Zimmerman SL. (2002). State's spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? Journal of Nervous and Mental Disorders, 190: 349-360

**आर्थिक कठिनाई के समय में लचीलापन को बढ़ावा देने के लिये स्वास्थ्य देखभाल के क्षेत्र में मजबूत प्रणाली (System strengthening across the health care sector to promote resilience in a time of economic hardship)**

डॉ. गैब्रिसल इवबिजारे, एम.बी.ई, एम.बी.बी.एस, एफ.आर.जी.पी.सी. एफ.डब्ल्यू.ए.सी. साइकै.  
वाइस प्रेसीडेंट, WFMH (यूरोप)  
चेयरमैन, वाल्थम फौरैस्ट क्लीनिकल कमीशनिंग ग्रुप, लंडन, यू.के.  
**E-Mail: [gabriel.ivbijaro@gmail.com](mailto:gabriel.ivbijaro@gmail.com)**

इस विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस की बीसवीं सालगिरह पर हम वैश्व संकट के रूप में अवसाद पर ध्यान केन्द्रित कर रहे हैं ।

हम चाहे उच्च, मध्यम या कम आय वाले देश में रह रहे हों, वर्तमान वैश्विक आर्थिक संकट हम सभी को प्रभावित कर रहा है और अवसाद से उत्पन्न बीमारी के बोझ में योगदान देता है । हमें वैश्विक लचीलापन बनाने की जरूरत है ताकि हमारे व्यक्ति और राज्य इसके प्रभाव को सीमित कर सकें । कोई भी वैश्विक आर्थिक संकट के परिणामों से सुरक्षित नहीं हैं । अतः अवसाद और सामाजिक आर्थिक कारणों सहित कई अन्य कारणों का सामना करने के लिये, हमें हमारी स्वास्थ्य सेवाओं को मजबूत बनाने के लिये एक समग्र तरीके को अपनाने की आवश्यकता है । इसका मतलब यह है कि हमें स्वास्थ्य संवर्धन, सामाजिक हस्तक्षेपों, शीघ्र निदान, उचित उपचार और इन सबसे ऊपर सेवा उपयोगकर्ताओं, उनके परिवारों और दोस्तों को इस कलंक से निपटने और उपयोग में सुधार की आशा को शामिल करना चाहिये । इस वर्ष विश्व मानसिक दिवस ने व्यावहारिक चीजों के बारे में, जिन्हें हम कर सकते हैं, सोचने का अवसर प्रदान किया है । कुछ नहीं करना, एक विकल्प नहीं है ।

## अवसाद का स्वास्थ्य पर प्रभाव (Impact of Depression on health)

सन् 1978 से अल्मा अता घोषणा दुनियाभर में प्राथमिक देखभाल के विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहा है । इसने समुदाय में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का आह्वान किया और निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक और पुर्नवास सेवाएँ, जो देश और अपने समुदाय की आर्थिक स्थिति और सामाजिक मूल्यों को दर्शाती हैं, प्रदान की ।

प्राथमिक देखभाल कम आय वाले देशों के लिये विशेष रूप से महत्वपूर्ण थी क्योंकि इसके आवश्यक तत्वों – उचित पोषण, सुरक्षित पानी की पर्याप्त आपूर्ति, बुनियादी स्वच्छता, मातृ और शिशु सुरक्षा सहित परिवार नियोजन, बच्चे की देखभाल, स्थनीय रोगों पर नियंत्रण, स्वास्थ्य शिक्षा, आम बीमारियों और चोटों का उल्लेख किया गया था ।

बीमारी के बोझ में अवसाद का महत्वपूर्ण योगदान है और जनसंख्या में अवसाद के प्रति लचीलेपन के लिये प्राथमिक देखभाल की क्षमता में सुधार की जरूरत है । अवसाद और अन्य आम मानसिक बीमारियों में, कोई फर्क नहीं पड़ता कि वो कितनी छोटी हैं, जो कि प्राथमिक देखभाल में सामने आती हैं, विकलांगता और लोगों के जीवन के आनंद का बोझ और गुणवत्ता को कम करने में महत्वपूर्ण योगदान देती हैं । आज मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं को स्वास्थ्य से संबधित जीवन की गुणवत्ता से सम्बद्ध किया गया है , यहाँ तक कि वो लोग जो बीमारी की दहलीज पर भी हैं । प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में शीघ्र निदान के लिये उन्नत पहुँच के माध्यम से बीमारी के छोटे से छोटे रूप का पता होना चाहिये ।

ऋण लोगों में अवसाद की प्रवृत्ति, पूर्वघटित या बनाये रखने वाला कारण हो सकता है, ऐसे लोगों को संसाधनों के प्रबंधन की अच्छी सलाह ऋण परामर्श पर सलाह दी जानी चाहिये ताकि वे वित्तीय कठिनाई का सामना करने में उम्मीद बनाये रखें ।

यहाँ तक कि वर्तमान वैश्विक आर्थिक संकट से विश्व संगठन का अनुमान था कि अवसाद रोग वैश्विक रोगों के बोझ के बड़े हिस्से पर कब्जा कर लेगा । 2004 में तीसरे स्थान पर 4.3% की बढ़त के साथ सन् 2030 में 6.2% की दर से बढ़त हासिल करके पहले स्थान पर पहुँच जायेगा । हृदय रोग, सड़क यातायात दुर्घटनाएँ cerebovascular रोग, क्रोनिक श्वास रुकावट के साथ पूरी जनसंख्या के पहले स्थान पर कब्जा कर लेगा । विश्व स्वास्थ्य संगठन ने पाया कि अवसाद पहले से 15 से 44 उम्र की महिलाओं के समूह में स्वस्थ जीवन खोने का प्रमुख कारण था । हमें इस बीमारी की बढ़ती हुई प्रवृत्ति को रोकने के लिये कार्य करना चाहिये ।

## प्रणाली को मजबूत बनाना (System strengthening)

वित्तीय संकट की बढ़ती हुई गंभीरता और बीमारी की बढ़ती हुई व्यापकता को देखते हुये, हमें संसाधनों को बेहतर रूप से प्रबंधित करने की आवश्यकता है । 2008 में परिवार के डॉक्टरों के विश्व संगठन (Wonca) और विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ने “प्राथमिक देखभाल में मानसिक स्वास्थ्य : एक वैश्विक महत्व” नाम का लेख प्रकाशित किया जिसमें कि प्राथमिक देखभाल में रोगी की मानसिक स्वास्थ्य की प्राथमिक देखभाल की वरीयता पर प्रकाश डाला ।

यद्यपि दुनिया में बहुत सारी प्राथमिक देखभाल सेवायें उपलब्ध हैं जो मानसिक स्वास्थ्य उपायों को प्रदान कर रही हैं लेकिन कई स्थानों पर स्थिति अभी भी वास्तविकता से दूर है । अक्सर मानसिक स्वास्थ्य संकट पीड़ित रोगियों की कम, मध्यम और कुछ उच्च आय वाले देशों में आसानी से उपलब्ध या सस्ती मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुँच नहीं है । इसलिये हमें एक एकीकृत दृष्टिकोण के विकसित करने की दिशा की सोचना चाहिये जो कि मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं को लचीला कर रहे हैं ताकि स्वस्थ समाज का निर्माण कर सके । स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के निर्माण के लिये एक लचीला समाज बनाने के लिये योगदान के एक जटिल नेटवर्क को नीचे चित्र 1 में वर्णित किया गया है (Ivbijaro 2012)।

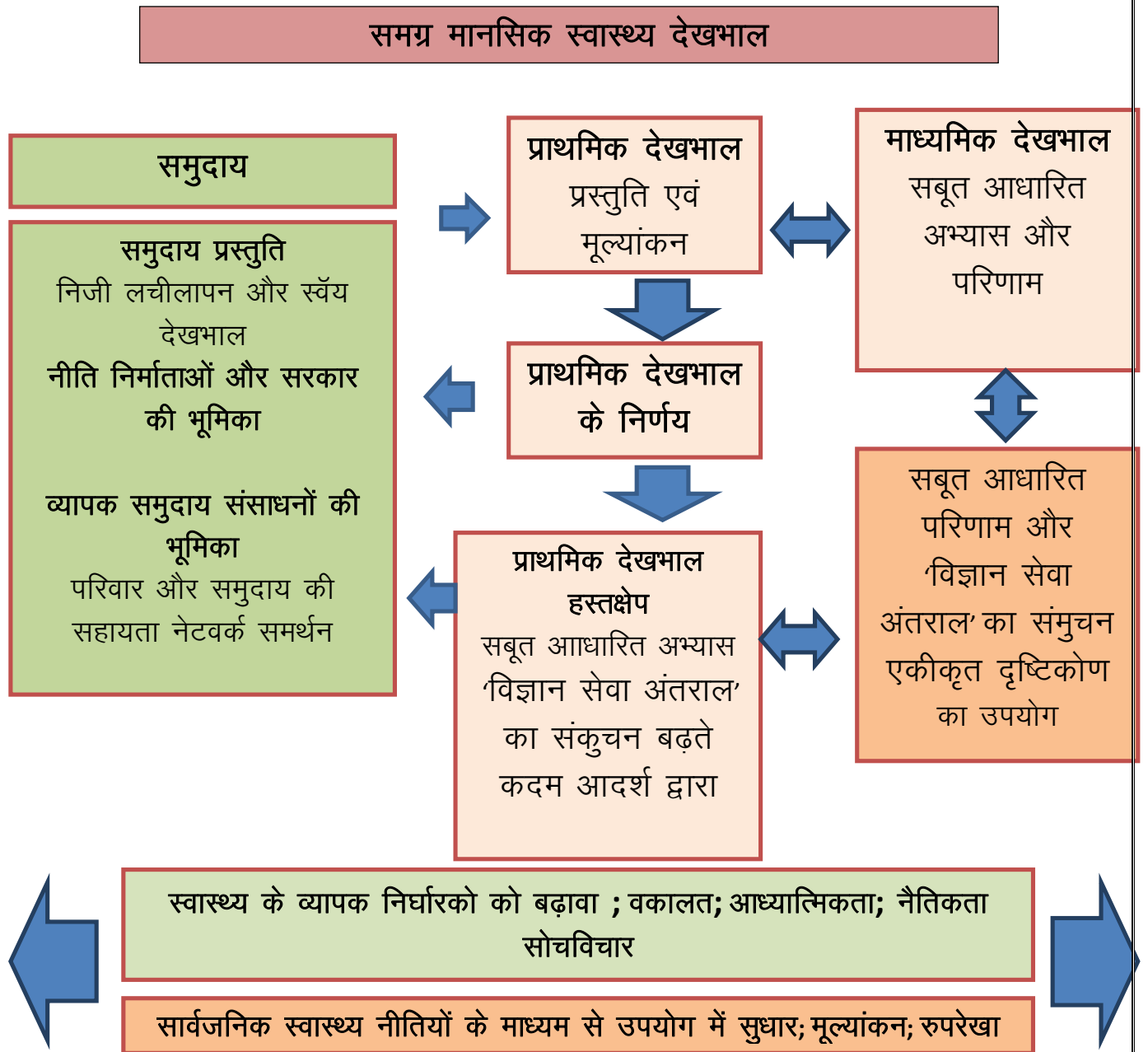
व्यक्तिगत और सामुदायिक स्तर पर नीति निर्माताओं और सरकार के साथ मिलकर एक साक्ष्य आधारित दृष्टिकोण देने से लचीलापन विकसित करने का मुख्य उद्देश्य है । ऐसे रास्ते चुनने चाहिये जो कम, मध्यम और उच्च आय वाले देशों के लिये अनुकूल हों और जो तत्व समुदाय में मौजूद हैं उनको मजबूत बनाने पर जोर दिया जाना चाहिये और व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य चाहिये ।

## वित्तपोषण (Financing)

हमारे समुदायों और व्यक्तियों के लिये और वो लोग जा समुदाय का हि?ससा हैं, के लिये सबसे अच्छा और गुणवत्ता प्राप्त करने के लिये स्वास्थ्य को उचित रूप से पोषण देने की आवश्यकता है । विश्व स्वास्थ्य संगठन ने कहा है कि प्रत्येक व्यक्ति की पहुँच स्वास्थ्य सेवाओं तक होने चाहिये न कि वित्तीय कठिनाई अधीन हो और संगठन ने स्वीकारा है कि हमें इस आदर्श को प्राप्त करने में लम्बा रास्ता तय करना है (WHO 2010), ।

घरेलू स्वास्थ्य वित्तपोषण प्रणाली के विस्तृत सूचनाओं में सुधारों को प्रदर्शित करने के क्रम में ध्यान केन्द्रित करने की आवश्यकता है । सार्वभौमिक विस्तृत सूचना एकत्र करने में, धन जमा करने में उन व्यक्तियों को जिनके बारे में विस्तृत जानकारी नहीं है, को शामिल करने की दिशा में वृद्धि की जानी चाहिये । अवसाद के उपचार में, विशेष रूप से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल को स्वास्थ्य सेवा प्रणाली में शामिल किया जाना चाहिये । यह इस बात को सुनिश्चित करने में मदद करेगा कि वित्तीय बाधाएँ लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में और ऋण परामर्श अवसाद के इलाज के उपायों को एक सीमा तक पहुँचने से रोकते हैं । मौजूदा वैश्विक संकट ने हमें अवसाद की रोकथाम के लिये और उपचार के लिये धन की समीक्षा करने के लिये एक अतिरिक्त प्रेरक दिया है ताकि हम सभी प्रकार के दबावों की स्थिति में, जिन्हें हम एक व्यक्ति या समाज के रूप में सामना करते हैं, में लचीलापन बना सकें (Jenkins et al 2011).10,11,12,13 ।

Fig 1: समग्र स्वास्थ्य की देखभाल





## सारांश (Conclusion)

मौजूदा वैश्विक वित्तीय संकट दुनिया भर में सामाजिक बोझ बन गया है जिसका कि हम सामना कर रहे हैं और जिसके कारण अवसाद से पीड़ित लोगों की संख्या में वृद्धि हो रही है । चाहे हल्का (mild), मध्यम (moderate) या गम्भीर (severe) हो लेकिन अवसाद विकलांगता के बोझ को महत्वपूर्ण योगदान देता है और लोगों के मजेदार जीवन की गुणवत्ता को प्रभावित करता है ।

हमें अपनी सेवाओं को मजबूत बनाने की आवश्यकता है ताकि उन लोगों की संख्या में वृद्धि हो जिन्हें स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग की जरूरत है । सेवादाता संगठनों और राज्यों को एक अधिक समन्वित तरीके से एक साथ काम करने की जरूरत है ताकि हम सार्वभौमिक स्वास्थ्य की दिशा को प्रबंधित कर प्रदर्शित कर सकें ।

सन् 2012 विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के विषय “अवसाद : एक वैश्विक संकट” ने हमें एक सुनहरा अवसर प्रदान किया है ताकि हम इस बात पर ध्यान केन्द्रित कर सकें कि किस प्रकार अपने संसाधनों का उपयोग करके अच्छा काम कर सकें ताकि समाज और व्यक्तियों में लचीलेपन का निर्माण कर सकें और बीमारी के बोझ तथा लोगों में अवसाद की पीड़ा को कम कर सकें ।

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस 2012 ने सभी कालेजों और अकादमिया, जो स्वास्थ्य देखभाल श्रमिकों को प्रशिक्षित करते हैं, को यह अवसर प्रदान किया है कि वो फिर से मिलकर काम करने पर पुनर्विचार करें जैसा कि उन्होंने 1992 में अवसाद को हराने के अभियान में किया था और जिसके कारण आम हालत के समुदाय और पेशेवरों में देखभाल के उपयोग के प्रति जागरुकता बढ़ रही है और इसके साथ जुड़े कलंक को कम कर रही है ।

इस वैश्विक संकट की रोकथाम के लिये सरकारों, सेवाप्रदाताओं, गैर सरकारी संगठनों, दवा कंपनियों और नागरिक समाज के संसाधनों को मिलाने के लिये और व्यक्तियों में लचीलेपन और संरचनाओं जो इन्हें समर्थन देती हैं, सहयोग की आवश्यकता है ।

## आभार (Acknowledgement)

मैं अपनी समीक्षा के लिये डॉ. किस डॉरिक, डॉ पैन फ्रैंसिसआसी, प्रोफेसर माइकल किड, डॉ. लूजा कोलकीविज्, प्रोफसर राहेल जेनकींस और डॉ फिलीपो जीजो का शुक्रिया अदा करना चाहता हूँ । मैं लंदन स्वास्थ्य कार्यक्रमों और वाल्थम वन नैदानिक कंसोर्टियम के सदस्यों का भी उनके समर्थन के लिये शुक्रिया अदा करना चाहता हूँ ।

### REFERENCES

Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BE, Silva PA (1998). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *Working Paper No. 98-05*, Center for Demography and Ecology, Madison, WI

*Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6-12, 1978.* [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) (accessed 18.03.2012)

Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N (2008) Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Mental Health in Family Medicine.* 5: 67-9

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer KM, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV, Brody D, Davies M (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Academy.* 274 (19): 1511-1517

World Health Organization (2008). *Global Burden of Disease: 2004 update* 46, 51.

WHO/Wonca (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective.* Geneva: WHO

Ivbijaro GO (ed) (2012). *Companion to Primary Care Mental Health.* Radcliffe/Wonca

World Health Organization (2010). *The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage.* Geneva: WHO

Evans DB, Etienne C (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin World Health Organization* 88: 402

Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Mental health and the global agenda: core conceptual issues. *Mental Health in Family Medicine* 8:69-8

Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:87-96

Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) International and national policy challenges in mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:101-114

Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Health system challenges and solutions to improving mental health outcomes. *Mental Health in Family Medicine* 8:119-127

Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D (1997) The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *American Journal of Psychiatry* 154 (festschrift supplement): 59-65

Rix S, Paykel ES, Lelliot P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D (1999) Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign *British Journal of General Practice* 49: 99-10

## अवसाद और दूसरों के लिये खतरा (Depression and danger to others)

जेफरी गेलर, एम.डी., एम.पी.एच.  
प्रोफेसर मनोचिकित्सा  
मैसाचुसेट्स विश्वविद्यालय मैडीकल स्कूल

आज यह आम धारणा है कि मानसिक बीमारी के लोग खतरनाक होते हैं, आम जनता के बीच यह सबसे बड़ी गलतफहमी में से एक है । हालांकि मानसिक बीमारी एक अभिशाप और सामाजिक दूरी के लिये योगदान देता है लेकिन अवसाद के मामले में यह सही नहीं है । जहाँ तक अवसाद का संबंध है अभिशाप और सामाजिक दूरी के कारण अन्य सभी कारणों पर आधारित हैं, यह अभी तक स्पष्ट नहीं हैं । आम तौर पर अवसाद दूसरों के लिये खतरे से सम्बद्ध नहीं है ।

अवसाद की छाप (बानगी) खुद के लिये खतरनाक है – यानि कि आत्म हत्या । अवसाद आत्म हत्या की सोच के लिये खतरनाक कारण है (आत्म हत्या के कई और प्रयास हो सकते हैं अपेक्षाकृत पूरी आत्महत्याओं के)। अच्छी मानसिक देखभाल खतरे को कम कर सकती है और आत्म हत्या की रोकथाम के कार्यक्रम और हौटलाइन सहयोग प्रदान कर सकते हैं । हालांकि आत्म हत्या और इसकी रोकथाम हमारे ध्यान को इस तथ्य से दूर ले जाना कि बिगड़े हुये अवसाद और परिणाम आत्म हत्या की सोच/आत्म हत्या का प्रयास /आत्म हत्या में दूसरों के लिये खतरनाक हो सकते हैं ।

कोई निराश व्यक्ति किसी दूसरे के लिये कब खतरा बन सकता है इस स्थिति का उदाहरण है कि जब कोई उदास व्यक्ति किसी को मारता है और कभी आत्म हत्या कर लेता है ।

- नर हत्या – आत्म हत्या एक विश्व व्यापी समस्या है । हालांकि नर हत्या की व्यपकता का प्रतिशत नरहत्या – आत्म हत्या विभिन्न देशों में भिन्न है । ऐसी स्थितियाँ भी हैं जिनमें अवसाद बिना सोचे समझे हत्या कर देता है और फिर कभी कभी आत्म हत्या ।
- शिशु हत्या और प्रसव पश्चात अवसाद – एक वर्ष से कम उम्र के बच्चे की उसकी माँ के द्वारा हत्या 50% शिशु जनसंहार पहले चार चहीनों के भीतर होता है जिसे प्रमुख रूप से भरोपकारी या प्यार की हत्या के नाम से भी जाना जाता है क्यों कि हत्यारे माता पिता बच्चे को अकेला नहीं छोड़ना चाहते हैं और इसीलिये माँ वही करती है जिसमें वह बच्चे का हित देखती है ।
- फिलीसाइड – माता पिता के द्वारा के एक बच्चे की हत्या शिशु जनसंहार के 60% को जन्म देती है । उदास महिलायें जो **filicide** करती हैं के अध्ययन से पता चला है कि घटना के घटित होने से पहले वे कई दिनों और कई सप्ताह तक अपनी मौत और अपने बच्चे की मौत के बारे में सोचती हैं ।
- किशोर पैरीसाइड – आमतौर पर अपमानित और शर्मिंदा बेटा अपने माँ बाप को इस विश्वास के आधार पर उनकी हत्या कर देता है कि उसे **dysphoric feeling** में राहत महसूस होगी ।
- घरेलू हत्या और हत्या – एक वैश्विक खोज के अनुसार एक बड़े सदस्यों द्वारा आत्म हत्या ( 65 से अधिक साल के लोग) अवसाद एक मानसिक विकार के रूप में शामिल होता है ।
- सामूहिक हत्या – सामूहिक हत्या के पीछे आत्म हत्या अतिरिक्त पारिवारिक हत्या सभी के लिये एक आम उदाहरण है । इन मामलों में अवसाद एक अग्रणी निदान पाया गया है ।

अन्य तरीके जिनमें एक माता पिता की आत्महत्या बच्चों के लिये हानिकारक है । अपने शिशु को नुकसान पहुँचाने के विचार 41% उदास माताओं में ( छह बार गैर उदास माताओं

की तुलना की दर में ) आये और इन विचारों ने माताओं को अपने बच्चों से वास लेने की प्रवृत्ति के लिए नेतृत्व किया । प्रसवोत्तर अवसाद की महिलाओं के बच्चों ने निम्न स्तरीय शारीरिक विकास के परिणामों को महसूस किया ।

बच्चों के माता पिता की आत्म हत्या से शोक संतप्त बच्चों में अवसादग्रस्तता के तक्षण अधिक आत्मघाती होना, और आत्म हत्या करने की कोशिशों के कारण अस्पताल में भर्ती होना पाया जाता है उनके व्यक्तित्व में विकारों की उच्च दर, हिंसक अपराधों के लिये प्रतिबद्धता की दर में बढ़त, और आत्म हत्या के प्रयास अधिक जोखिम भरे होते हैं ।

अवसाद अन्य स्थितियों में जहाँ एक आत्मघाती दूसरे को नुकसान का कारण बन सकता है, एक बड़ी संख्या में योगदान का कारण हो सकता है । आत्म हत्या महामारी एक लम्बे समय से दलदल बना हुआ उस समय से भी पहले जब संगठित मनोरोग इसकी बारीकियों को सुलझाने की कोशिश कर रहा था । इस तरह की महाकारी यदा कदा होती थी लेकिन कुछ लोगों में बार बार होती थी जैसे कि अमेरिकी भारतीय और कुछ स्थानों पर जैसे मनोरोग व्यग्र इकाई आदि ।

कार दुर्घटना द्वारा आत्म हत्या एक आत्मघात को छिपाने का एक प्रभावी रास्ता है, चालक आत्म हत्या सन् 2000 मे WHO/यूरो मल्टीसैन्टर स्टडी ने आत्म हत्या का बारहवा आम तरीका के रूप में कमित किया था, लेकिन वर्तमान में चालक आत्म हत्या की रिपोर्ट विभिन्न देशों में भिन्न है । मोटर वाहन द्वारा आत्म हत्या दूसरों के लिये खतरनाक है क्योंकि वास्तविक परिणामों पर ड्राइवर का कोई नियंत्रण नहीं होता ।

कुछ लोग हैं जो स्वयं की हत्या करने पर आमादा हैं, एक ऐसा परिदृश्य तैयार करते हैं जिसका अन्य व्यक्ति एक घातक एजेंट के रूप में उपयोग करते हैं और वह अन्य व्यक्ति अक्सर पुलिसकर्मी होता है और इस प्रकार एक पुलिसकर्मी ने आत्म हत्या कर ली ।

अवसाद रोगात्मक आग में योगदान देने वाला कारक हो सकता है और किसी भी प्रकार की आग आबादी के लिये खतरनाक है । आग लगाना अक्सर फिलीसाइड में प्रयोग किया जाता है । पायरोमैनिया के मरीजों में पिछले अवसादग्रस्तता के प्रसंग उन मरीजों की तुलना में अधिक पाये जाते हैं जो अन्य आवेग नियंत्रण विकारों से ग्रसित होते हैं ।

पश्चिमी और विकसित देशों में आत्मदाह द्वारा मृत्यु एक असामान्य घटना है और आम तौर पर एक उदास व्यक्ति द्वारा आत्म हत्या है । पूर्वी और विकासशील देशों में आत्म दाह बहुकारक है लेकिन यहाँ परंपरा है कि अक्सर आत्म हत्या अवसाद के नकाब में निहित होती है । आत्म दाह में आग लगाने वाला एक मात्र लक्ष्य होता है लेकिन जब एक बार जब आग लग जाती है तो जिस व्यक्ति ने आग लगाई है उसका आग पर या अपने विनाश पर कोई नियंत्रण नहीं होता ।

आत्मघात, जो अवसाद का माध्यमिक रूप है, दूसरों के लिये खतरा हो सकता है । जो लोग इस तरह से कार्य करते हैं वो मुख्य रूप से प्रतिबद्ध मनोदशा के विकार से ग्रसित होते हैं और सबसे प्रचलित मनोदशा विकार प्रमुख अवसाद है ।

## तथ्य पत्र (Fact Sheet)

### अवसाद ग्रसित की मदद करना जिसे तुम जानते हो (Helping someone you know with Depression)

मित्र और परिवार अवसाद के रोगी के लिये एक जीवन रेखा हो सकते हैं । उनके इलाज में आप महत्वपूर्ण हो सकते हैं । यह तथ्य पत्र में दी गई जानकारी आपको सर्वोत्तम संभव देखभाल प्रदान करने के लिये कुछ दिशा निर्देश प्रदान करेगी ताकि आप अपनी भी देखभाल कर सकें ।

### आप क्या मदद कर सकते हैं (What You can Do to Help)

अवसाद की गम्भीरता को देखते हुए बहुत सारी चीजें हैं जिनसे आप मदद कर सकते हैं । इनमें निम्नलिखित चीजे शामिल हैं परन्तु ये सीमित नहीं है – उनसे बातें करना और उनकी बातें सुनना, अपने प्रियजनों से अवसाद के बारे में बातचीत करना बहुत ही महत्वपूर्ण है । उनसे पूछें कि वो कैसा महसूस कर रहे हैं लेकिन अगर वो आपकी बातों में दिलचस्पी नहीं ले रहे हैं तो उन्हें बात करने के लिये मजबूर न करें । इस वार्तालाप का आसान और खुला होना उनको यह महसूस कराता है कि आप उनकी मदद के लिये हैं । यह और भी अच्छा होगा कि आप उनसे पूछें कि जब वो उदास महसूस करते हैं तब उनके लिये क्या सबसे उपयोगी है ? वो क्या कहना चाहते हैं, उसे सुने । उन्हें यह बताये कि जब वो बात करने की जरूरत महसूस करें तो आप उन्हें सुनने के लिये मौजूद हैं ।

### अवसाद को समझना (Understanding Depression)



आपके लिये यह भी महत्वपूर्ण है कि आप अवसाद, इसके लक्षण, संभव दिशा और उपचार को समझें । यह आपको आपके प्रियजनों को समझने में मदद करेगा कि वो कैसा महसूस कर रहे हैं । इससे आपको यह पता लगाने में मदद मिलेगी कि आपके प्रियजन की स्थिति में सुधार हो रहा है । इस तथ्य पत्र में उपलब्ध कराई गई जानकारी आपको इस विकार की जटिलता को बेहतर तरीके से समझने में आपकी मदद कर सकती है । दुनिया भर में अतिरिक्त जानकारी के साथ और भी अनंत ऑनलाइन संसाधन मौजूद हैं ।

## **उनके इलाज में सहायक (Supporting Their Treatment)**

अवसाद के रोगी को समर्थन देने में एक महत्वपूर्ण क्षेत्र उनकी उपचार योजना को बनाये रखने के लिये उनके साथ काम करना है जिसमें उनकी निर्धारित दवाओं को लेने सहित स्वास्थ्य चिकित्सक की सिफारिशों को देखना और आवश्यक हो तो अतिरिक्त सहायता की तलाश भी शामिल है । आपको अपने प्रियजनों को अपनी आवश्यकता ऐसे व्यक्ति के रूप में हो सकती है जो उन्हें रोजाना उनकी दवा लेने के लिये याद दिलाये । आप उन्हें उनके स्वास्थ्य अपॉइन्टमेंट के लिये ले जाकर उनकी मदद कर सकते हैं । अगर उनकी तबियत में सुधार नहीं हो रहा है तो आपको उन्हें अतिरिक्त या वैकल्पिक समर्थन देने की तलाश करने में आवश्यकता हो सकती है ।

## **आत्म हत्या की चेतावनी के संकेत को पहचानना (Recognizing Warning Signs for Suicide)**

यह जानना महत्वपूर्ण है कि अवसाद के साथ लोगों में आत्म हत्या का प्रयास या आत्म हत्या करने की संभावना अधिक होती है । आत्म हत्या या मरने की चाहत के बारे में किसी भी टिप्पणी को गम्भीरता से लें । यहाँ तक कि अगर आपको विश्वास नहीं है कि वास्तव में

वह खुद को आहत करना चाहता है फिर भी यह समझ लेना चाहिये कि व्यक्ति स्पष्ट रूप से संकट में है । अधिक जानकारी के लिये इस तथ्य विवरण के “आत्म हत्या” भाग को देखें ।

## **प्रतिदिन मदद (Help with day-to-day Living)**

अक्सर अवसाद के साथ लोगों को रोजाना की मूल चीजों में कठिनाई होती है । यदि काफी गम्भीर है तो अवसाद आपको गतिहीन व उत्साहरहित बना देता है और जीवन के कई सरल कार्यों को करने में असमर्थ महसूस कर सकते हैं । इस दौरान अवसाद के मरीज को बिस्तर से उठने में समर्थन की आवश्यकता होती है, उन्हे स्नान करने के लिये, कुछ खाने के लिये और ताजी हवा का आनंद लेने के लिये प्रोत्साहित करें । उन्हें किराने की दुकान पर जाने में, घर की सफाई और बिलों के भुगतान करने में मदद की आवश्यकता होगी ।

## **नियमित गतिविधियों में सहायता (Supporting Regular Activities)**

अपने प्रियजनों को उन गतिविधियों को बनाये रखने के लिये प्रोत्साहित करने की कोशिश करें जिन्हें वो उस वक्त करते है जब वे उदास नहीं होते । यदि वो नियमित रूप से टेनिस खेलते हैं तो उन्हें मैचों के लिये ले जाने का प्रस्ताव रखें । अगर वे एक स्थानीय क्लिनिक में मदद के लिये जाना चाहते हैं उन्हें वहाँ ले जाने में मदद करें । अगर तुम दोनों हमेशा एक साप्ताहिक फिल्म के लिये जाया करते थे तो अभी भी जायें । आप भी उनकी भागीदारी या काम पर लौटने का समर्थन कर सकते है । अगर वो तैयार नहीं हैं तो उन्हें काम करने के लिये बाध्य न करें लेकिन इस बात की कोशिश करें कि वे अपने जीवन का आनंद लेने में तत्पर रहें ।

## कार्यवाही के लिए बुलावा (Call to Action)

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के वार्षिक लक्ष्यों में एक लक्ष्य सेवाओं के सुधार के लिये वकालत को बढ़ावा और प्रोत्साहन देना है ताकि मानसिक व्यवहार विकारों के लोगों के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा मिल सके और उनकी भलाई तथा उनके मानसिक विकारों को रोका जा सके ।

यहा सिफारिशें दुनिया भर के मानसिक स्वास्थ्य अधिवक्ताओं के अधूरे कार्य के बारे में एक स्मरण दिलाती हैं । WFMH मानसिक स्वास्थ्य संगठनों, व्यावसायिक संगठनों, उपभोक्ता और परिवार के संगठनों और व्यक्तिगत नागरिक कैसे अपने वार्षिक नीति एजेंडा में इन सिफारिशों को शामिल कर सकते है इन सभी पर विचार करने की वकालत को प्रोत्साहित करती है ।

- **प्राथमिक देखभाल में उपचार प्रदान करें** : मानसिक विकारों के उपचार में प्रबंधन एवं प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल एक बुनियादी कदम है जिससे बड़ी संख्या में लोग आसान और तेजी से सेवाओं की पहुँच प्राप्त करने में सक्षम होंगे । कई लोग पहले से ही इस स्तर की मदद ले रहे हैं । इस मॉडल को सफल बनाने के लिये सामान्य स्वास्थ्य कर्मियों को मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के आवश्यक कौशल में प्रशिक्षित किया जाना चाहिये । मानसिक स्वास्थ्य प्रशिक्षण पाठ्यक्रम मानसिक विकारों के सामान्य स्वास्थ्य सेवाओं में प्रबंधन की प्रभावशीलता में सुधार के ताजा पाठ्यक्रम के साथ शामिल किया जाना चाहिये ।
- **साइकोटोपिक दवाओं की उपलब्धता** : आवश्यक नशीली दवाइयां प्रदान की जानी चाहिये और लगातार स्वास्थ्य देखभाल के सभी स्तरों पर उपलब्ध कराई जानी चाहिये । इस तरह की दवाइयों प्रथम पंक्ति का इलाज प्रदान करती हैं अक्सर विशेषरूप से उन स्थितियों में जहाँ मनोसामाजिक हस्तक्षेप और अत्यधिक कुशल पेशेवर उपलब्ध नहीं होते ।

- **समुदाय में देखभाल** : सामुदायिक देखभाल के प्रभाव संस्थागत उपचार के परिणामों, पुराने मानसिक विकारों के साथ व्यक्तियों के जीवन की गुणवत्ता की तुलना में प्रभावशील हैं ।
- **राष्ट्रीय नीतियाँ, कार्यक्रम और कानून की स्थापना** : निरंतर कार्यवाही के लिये मानसिक स्वास्थ्य नीति, कार्यक्रम और विधान आवश्यक कदम हैं । ये कदम वर्तमान ज्ञान और मानव अधिकारों के विचार पर आधारित होने चाहिये । मानसिक स्वास्थ्य सुधार बड़ी स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार का हिस्सा होने चाहिये । इलाज के लिये व्यापक उपयोग और देखभाल के बोझ को कम करने के लिये स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को मानसिक विकार के व्यक्तियों के साथ भेदभाव नहीं करना चाहिये ।
- **मानव संसाधनों का विकास** : ज्यादातर विकासशील देशों को मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के प्रशिक्षण में सुधार को बढ़ाने की आवश्यकता है जो विशेष देखभाल प्रदान करेंगे और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यक्रमों का अच्छी तरह से समर्थन करेंगे । ज्यादातर विकासशील देशों में इस तरह के मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विशेषज्ञों की पर्याप्त संख्या में कमी है । एक बार प्रशिक्षित करने के बाद इन पेशेवरों को अपने कौशल का अपने देश में अच्छा उपयोग करने के लिये प्रोत्साहित किया जाना चाहिये । विशेषज्ञ मानसिक स्वास्थ्य देखभाल टीमों में आदर्श रूप से चिकित्सा और गैर चिकित्सा पेशेवरों को शामिल करना चाहिये जैसे कि मनोचिकित्सकों, नैदानिक मनोवैज्ञानिकों, मनोरोग नर्सों, सामाजिक कार्यकर्ता और व्यावसायिक चिकित्सकों को शामिल करना चाहिये जो एक साथ समुदाय में रोगियों की देखभाल के एकीकरण की दिशा में काम कर सकते हैं ।
- **अन्य क्षेत्रों के साथ सम्बन्ध** : स्वास्थ्य क्षेत्र के अलावा, जैसे कि शिक्षा, श्रम कल्याण, कानून और गैर सरकारी संगठनों को समुदायों के मानसिक स्वास्थ्य में सुधार के लिये शामिल किया जाना चाहिये । गैर संगठनों को बेहतर रूप से परिभाषित भूमिकाओं के साथ अधिक सक्रिय होना चाहिये और स्थानीय पहल को अधिक समर्थन देने के लिये प्रोत्साहित किया जाना चाहिये ।

- **सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य की निगरानी** : समुदायों के मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी के संचालन की निगरानी मानसिक स्वास्थ्य संकेतकों को शामिल कर रिपोर्टिंग प्रणाली द्वारा की जानी चाहिये । सूचकांक में मानसिक विकारों के व्यक्तियों की संख्या और उनकी देखभाल की गुणवत्ता दोनों को तथा समुदायों के मानसिक स्वास्थ्य में कुछ और अधिक सामान्य उपायों को शामिल किया जाना चाहिये । मानसिक स्वास्थ्य की रोकथाम और उपचार कार्यक्रमों के प्रभाव का आंकलन करने के लिये निगरानी रखना आवश्यक है और यह अधिक संसाधनों के प्रावधान के तर्क को भी मजबूत करने के लिये आवश्यक है । समुदायों के मानसिक स्वास्थ्य के लिये नये संकेतक आवश्यक हैं ।
- **अधिक अनुसंधान का समर्थन** : मानसिक स्वास्थ्य के जैविक और मनोवैज्ञानिक पहलुओं के बारे में और अधिक शोध की आवश्यकता है ताकि मानसिक विकारों की समझ को बढ़ाया जा सके और अधिक प्रभावी हस्तक्षेप विकसित किया जा सके । इस तरह के अनुसंधान समुदाय में बदलाव को समझने के लिये एक व्यापक अन्तर्राष्ट्रीय स्तर पर किये जाने चाहिये और कारकों के बारे में जो मानसिक विकार के कारणों और परिणामों को प्रभावित करते हैं, अधिक जानकारी प्राप्त की जा सके । विकासशील देशों में शोध क्षमता को बढ़ाने के तत्काल आवश्यकता है ।

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

PO BOX 807

OCCOQUAN, VA 22125 USA

[INFO@WFMH.COM](mailto:INFO@WFMH.COM)

[WWW.WFMH.ORG](http://WWW.WFMH.ORG)

World Mental Health Day is a registered trademark of the WFMH

“translated in Hindi by : M.P. Sharma, Kota (India) +91 9413353237”