

जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति

शारीरिक और मानसिक विकार अक्सर विचारों, धारणाओं, भावनाओं, व्यवहार और सामाजिक संबंधों में विसंगतियों को जन्म देते हैं, जो किसी व्यक्ति की उत्पादकता और जीवनकाल को कम कर देते हैं (डब्ल्यूएचओ, 2022)। हाल की वैश्विक चुनौतियाँ, जैसे कि COVID-19 महामारी, जलवायु संकट और भू-राजनीतिक उथल-पुथल ने चिंता, अवसाद और आत्महत्या की घटनाओं में वृद्धि की है, जिससे अंततः दुनिया भर में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की अभूतपूर्व आवश्यकता पैदा हुई है (सियानकोनी, बेट्टो, और जानिरी, 2020; पर्सीड एवं अन्य, 2018; टोरालेस एवं अन्य, 2020)।

मानसिक स्वास्थ्य संकट को दूर करने के लिए, स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को एक समावेशी, दूरदर्शी रूपरेखा अपनाने की आवश्यकता है। अधिकांश देशों में, शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य ढाँचा एक पारंपरिक चिकित्सा मॉडल के आसपास बनाया गया है जो व्यक्तियों की तीव्र देखभाल पर केंद्रित है। यह प्रदाता-गहन दृष्टिकोण सेवाओं की आवश्यकता और उन सेवाओं की उपलब्धता (कार्बोनेल, नवारो-पेरेज़, और मेस्ते, 2020) के बीच असंतुलन के परिणामस्वरूप उपचार अंतराल में योगदान देता है। जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोण उपचार अंतराल को दूर करने और जनसंख्या स्वास्थ्य आवश्यकताओं को पूरा करने में मदद कर सकता है।

स्वास्थ्य देखभाल का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है "मानसिक स्वास्थ्य" विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) ने भी कहा है, "मानसिक स्वास्थ्य के बिना कोई स्वास्थ्य नहीं है।" वर्तमान घटनाएं इस बात को पुष्ट करती हैं कि मानसिक स्वास्थ्य खुशहाली, विश्व अर्थव्यवस्था और मानवाधिकारों के लिए भी कितना महत्वपूर्ण है। हालाँकि, मानसिक स्वास्थ्य पर ऐतिहासिक रूप से ध्यान नहीं दिया गया है। कम आय और मध्यम आय वाले देशों (लो एंड मिडिल इनकम देश) में गंभीर मानसिक विकारों से पीड़ित लगभग 80% लोगों को कोई उपचार नहीं मिलता है; उच्च आय वाले देशों में 50% तक को कोई इलाज नहीं मिलता है (इवांस-लैको एट अल., 2018; राठौड़ एट अल., 2017)। विश्व स्तर पर, मानसिक स्वास्थ्य पर वार्षिक खर्च प्रति व्यक्ति दो डॉलर से कम है, और कम आय वाले देशों में प्रति व्यक्ति 25 सेंट से भी कम है (डब्ल्यूएचओ, 2013)।

वैश्विक मानसिक स्वास्थ्य में सुधार लाने और मानसिक बीमारी से जुड़ी पीड़ा को कम करने के लिए हमें नवीन समाधान लागू करने की आवश्यकता है। वैश्विक मानसिक स्वास्थ्य बोझ को संबोधित करना केवल एक नैतिक अनिवार्यता नहीं है। वैश्विक मानसिक स्वास्थ्य पहल में निवेश करने से महत्वपूर्ण सकारात्मक आर्थिक परिणाम मिल सकते हैं, जिसमें विभिन्न देशों में लागत अनुपात में लगभग 2.3 -3 से 1 का लाभ होता है (चिशोल्म एट अल., 2016)। जब स्वास्थ्य रिटर्न का मूल्य (यानी, स्वस्थ जीवन-वर्षों का आर्थिक मूल्य) शामिल किया जाता है, तो लागत अनुपात का यह लाभ बढ़कर 3.3-5.7 से 1 हो जाता है (चिशोल्म एट अल., 2016)।

हालाँकि, प्रभावी रोकथाम और उपचार हस्तक्षेप मौजूद हैं, लेकिन मानसिक स्वास्थ्य में कम निवेश का मतलब है कि सेवाओं तक पहुंच अपर्याप्त संख्या में व्यक्तियों तक सीमित है, और जो लोग सेवा प्राप्त करते हैं उन्हें अक्सर कम गुणवत्ता वाले हस्तक्षेप / सुविधा प्राप्त होते हैं (कार्बोनेल, नवारो-पेरेज़, और मेस्ते, 2020)। वर्तमान में नए मॉडल, विश्व मानसिक स्वास्थ्य रिपोर्ट (डब्ल्यूएचओ, 2022) में वर्णित, पहुंच और गुणवत्ता दोनों को बढ़ाने का वादा करते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रावधान में चुनौतियाँ:

बहुत सी परस्पर संबंधित चुनौतियाँ भी मानसिक स्वास्थ्य सेवा वितरण में भाग लेने की आवश्यकता को बढ़ाती हैं:

- 1. वैश्विक आर्थिक प्राथमिकताओं में मानसिक स्वास्थ्य शामिल नहीं है:** किसी भी विशिष्ट देश की आर्थिक स्थिति के बावजूद, समग्र स्वास्थ्य देखभाल खर्च की तुलना में मानसिक स्वास्थ्य कम वित्तपोषित है। औसतन, राष्ट्रीय स्वास्थ्य देखभाल बजट का 2% से भी कम मानसिक स्वास्थ्य व्यय के लिए निर्धारित किया जाता है (स्वास्थ्य, 2020)।
- 2. बदलती जनसांख्यिकी:** दुनिया भर में जनसंख्या बढ़ रही है और - कई देशों में - तेजी से बूढ़ी हो रही है। यह महामारी, भू-राजनीतिक अस्थिरता और जलवायु संकट जैसी चुनौतियों के साथ-साथ हो रहा है, जिसके परिणामस्वरूप मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की मांग में वृद्धि हुई है। उच्च मांग चिकित्सा मॉडल का उपयोग करके तैयार की गई स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों पर दबाव डालती है क्योंकि उन्हें अधिक लोगों को सेवाएं प्रदान करने की आवश्यकता होती है जो अक्सर पुरानी और जटिल स्वास्थ्य समस्याओं से जूझ रहे होते हैं।
- 3. देखभाल की असमानता:** दैनिक स्वास्थ्य सेवाओं की तुलना में, देश की आय के स्तर की परवाह किए बिना, वैश्विक स्तर पर अधिकांश देशों में अपूरित मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं में महत्वपूर्ण अंतर है।
- 4. गुणवत्तापूर्ण मानसिक स्वास्थ्य सेवा की बढ़ती मांग:** दुनिया भर में, उच्च गुणवत्ता वाली मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक बेहतर पहुंच की स्पष्ट और बढ़ती मांग है। 2019 में दुनिया भर में एक अरब से अधिक लोग निदान योग्य मनोवैज्ञानिक विकार के साथ जी रहे थे और आत्महत्या की दर में लगातार वृद्धि जारी रही है (डब्ल्यूएचओ, 2022)। उच्च आय वाले देशों में, गंभीर रूप से मानसिक रूप से बीमार (एसएमआई) में से 30% को कोई इलाज नहीं मिलता है और एलएमआई में, 88% गंभीर रूप से मानसिक रूप से बीमार (एसएमआई) को कोई इलाज नहीं मिलता है; जो कुछ उन्हें मिलता है वह अक्सर निम्न स्तर का होता है। मानसिक स्वास्थ्य देखभाल न केवल उपलब्ध होनी चाहिए, बल्कि अधिक नुकसान से बचने के लिए अच्छे प्रशिक्षित चिकित्सकों और सामुदायिक हस्तक्षेप की भी आवश्यकता है।

इन चुनौतियों से कैसे निपटा जा सकता है?

सभी स्वास्थ्य आवश्यकताओं को संबोधित करने की तरह, मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताओं को संबोधित करना, रोकथाम को बढ़ावा देने और हस्तक्षेपों को व्यापक रूप से उपलब्ध कराने के संयोजन के रूप में सबसे प्रभावी ढंग से किया जाता है।

अधिकांश वर्तमान मानसिक स्वास्थ्य मॉडल व्यक्तियों को नैदानिक सेवाओं के प्रावधान पर ध्यान केंद्रित करते हैं, न कि उन स्थितियों को प्रभावित करने पर जो अच्छे मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देते हैं या मानसिक विकारों को रोकते हैं। इसके परिणामस्वरूप जनसंख्या स्वास्थ्य के बजाय व्यक्तिगत स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित किया गया है, जो न्यूनतम पर्याप्त उपचार के पक्ष में अधूरी जरूरतों को बढ़ा देता है।

व्यक्तिगत नैदानिक दृष्टिकोणों को जनसंख्या-आधारित दृष्टिकोणों के साथ पूरक करना महत्वपूर्ण है जो व्यक्तियों के बड़े समूहों की सेवा करते हैं। इसे पूरा करने के लिए, वैश्विक मनोविज्ञान समुदाय को जनसंख्या स्वास्थ्य ढांचे को अपनाना चाहिए और मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने, मानसिक विकारों को रोकने, शीघ्र हस्तक्षेप का समर्थन करने, रेफरल और पुनर्प्राप्ति सेवाओं को बढ़ावा देने और पुनरावृत्ति को कम करने के लिए जनसंख्या स्वास्थ्य सेवाओं में संलग्न होना चाहिए।

जनसंख्या स्वास्थ्य ढांचा क्या है?

मानसिक स्वास्थ्य के लिए जनसंख्या-आधारित दृष्टिकोण को "व्यक्तियों के एक समूह के बीच मानसिक स्वास्थ्य परिणामों और इन परिणामों के निर्धारकों में सुधार करने के उद्देश्य से किए गए हस्तक्षेप और गतिविधियों के रूप में परिभाषित करता है जो साझा भूगोल, समाजशास्त्रीय विशेषताओं, या नैदानिक सेवाओं के उपयोग के स्रोत द्वारा परिभाषित होते हैं" पर्टले एट अल. (2020) (पृष्ठ 202)।

जनसंख्या स्वास्थ्य ढांचा एक व्यापक परिप्रेक्ष्य पर आधारित है जो समुदाय के सभी सदस्यों के स्वास्थ्य और कल्याण में सुधार और सुरक्षा करने का प्रयास करता है। थॉर्नक्रॉफ्ट और टैन्सेला (2009) ने सार्वजनिक बनाम व्यक्तिगत स्वास्थ्य दृष्टिकोण की व्याख्या फिर भी शिक्षाप्रद बताया है:

Public Health Approach	Individual Health Approach
(1) Whole population view	(1) Partial population view
(2) Patients seen in socio-economic context	(2) Tends to exclude contextual factors
(3) Interested in primary prevention	(3) Focus on treatment rather than prevention
(4) Individual as well as population-based interventions	(4) Individual level interventions only
(5) Service components seen in context of whole system	(5) Service components seen in isolation
(6) Favours open access to services on the basis of need	(6) Access to services on the basis of eligibility, e.g. by age, diagnosis or insurance cover
(7) Teamwork preferred	(7) Individual therapist preferred
(8) Long-term / life-course perspective	(8) Short-term and episodic perspective
(9) Cost-effectiveness seen in population terms	(9) Cost-effectiveness seen in individual terms

तालिका 1. थॉर्नक्रॉफ्ट और टैन्सेला (2009) के 2 दृष्टिकोण "सार्वजनिक स्वास्थ्य" बनाम "व्यक्तिगत स्वास्थ्य" के बीच अंतर

जनसंख्या स्वास्थ्य ढांचा स्वास्थ्य सेवाओं में सार्वजनिक स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य को अपनाता है। यह न केवल मौजूदा स्वास्थ्य मुद्दों की देखभाल पर ध्यान केंद्रित करता है, बल्कि स्वास्थ्य के निर्धारकों (जैसे जीवन शैली और अन्य सामाजिक कारक), जोखिम कारकों की रोकथाम और ट्रैकिंग, और स्वास्थ्य समस्याओं को रोकने के लिए हस्तक्षेप के कार्यान्वयन पर भी ध्यान केंद्रित करता है। इस दृष्टिकोण की सफलता व्यक्तिगत देखभाल की इष्टतम गुणवत्ता से नहीं, बल्कि बड़े पैमाने पर आबादी की स्वास्थ्य स्थिति से निर्धारित होती है।

जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य पर विचार करते समय, स्वास्थ्य उपभोक्ता के परिप्रेक्ष्य को समझना भी महत्वपूर्ण है। इसका मतलब यह है कि हस्तक्षेप आनुपातिक, प्रभावी, सहभागी, संतोषजनक और मरीजों की जरूरतों और प्राथमिकताओं के प्रति उत्तरदायी होना चाहिए। यह मूल्य-आधारित स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का हिस्सा है (पोर्टर और टीसबर्ग, 2006)।

मनोविज्ञान जनसंख्या स्वास्थ्य ढांचे में कैसे फिट बैठता है?

एक जनसंख्या मानसिक स्वास्थ्य ढांचा 1-ऑन-1 परामर्श मॉडल में मानसिक विकारों के इलाज के व्यक्तिगत स्तर पर स्वास्थ्य संवर्धन से परे स्वास्थ्य सेवा मनोवैज्ञानिकों की गतिविधियों को एक ऐसे मॉडल तक विस्तारित करेगा जिसमें व्यापक सातत्य में हस्तक्षेप होगा।

वैश्विक मनोविज्ञानी गठबंधन (ग्लोबल साइकोलॉजी एलायंस (जीपीए) मनोविज्ञान और मनोवैज्ञानिकों को मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण के एक परिवर्तनकारी प्रतिमान को अपनाने के लिए प्रोत्साहित करता है जो संभावित हस्तक्षेपों के पूरे स्पेक्ट्रम को शामिल करता है (चित्र 1) और ऐसा मानवाधिकार ढांचे के भीतर करता है (चैपमैन एट अल।, 2020; मजरेक और हैगर्टी, 1994)। जीपीए व्यापक मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण प्रणालियों के विकास और अनुप्रयोग का आह्वान करता है जो न केवल वैश्विक आबादी के लिए आवश्यक देखभाल की सीमा प्रदान करता है, बल्कि इस देखभाल को सुलभ बनाता है और गुणवत्ता सुनिश्चित करता है।



चित्र 1: माज़रेक और हैगार्टी का स्पेक्ट्रम (1994)।

जनसंख्या स्वास्थ्य केंद्रित मनोविज्ञान का अर्थ है कि लक्षित आबादी के अनुसार अलग-अलग हस्तक्षेप होंगे; वे निवारक, उपचार-केंद्रित या चालू हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, निवारक हस्तक्षेप आम तौर पर लंबी अवधि के उपचार के लिए बड़ी आबादी को लक्षित कर सकते हैं, छोटे समूहों को अधिक गहन उपचार लक्षित किया जा सकता है। यह स्पेक्ट्रम, पिरामिड प्रकार के संगठनात्मक मॉडल के भीतर भी स्थित हो सकता है जैसे कि डब्ल्यूएचओ द्वारा उपयोग किया जा रहा है (चित्र 2 और तालिका 2 डब्ल्यूएचओ 2009) यह व्यापक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल वितरण के लिए आवश्यक पेशेवरों के प्रकार और प्रशिक्षण के स्तर को संबोधित करता है।



चित्र 2: मानसिक स्वास्थ्य के लिए सेवाओं के इष्टतम मिश्रण के लिए डब्ल्यूएचओ सेवा संगठन पिरामिड (डब्ल्यूएचओ, 2009)।

Care Level	Definition
Self – care	Where most people can cope with their psychological issues or with the support of family and friends. Self – care is most effective when supported by professional health care. Self – care is something that needs to be facilitated by all health care workers and in all layers of health care organization.
Informal community care	Services that are offered within a community that aren't necessarily are a part of the formal health care and well – being system. This level of care can help prevent relapse of patients discharged from hospitals. It can also help to reinforce the community (helping people to take better care of each other). Examples are professionals in other sectors such as teachers or police workers, services by NGO's, people with lived experiences, etc. Informal care is accessible because it's an integral part of the community. Still, informal care should not be the core of mental health care that should not depend solely on these services.
Primary care services for mental health	The first layer of care within the professional health system. Essential services on this level involve the early identification and treatment of mental conditions, the managing of stable psychiatric patients, counselling of common mental health conditions, referring towards other service providers, when necessary (appropriate care), promoting mental health and prevention. This mental health care can be provided by psychologists, but also by general practitioners, nurses and other primary care healthcare workers. These services are the most accessible, affordable and acceptable for communities.
Community mental health services	Formal mental health services such as daycare centers, rehabilitations centers, programs preventing hospitalization, mobile crisis teams, supervised therapeutic and (outreaching) residential care, care homes, family care and other supportive services. Strong community mental health centers are a vital part of programs for socialization of care and the avoidance of unnecessary hospitalizations.
Psychiatric services in general hospitals	The development of mental health care in general hospital settings is considered to be a vital part in the organization of mental health care. Due to the nature of certain mental health conditions hospitalization is sometimes necessary during acute phases. Local general hospitals provide an accessible and acceptable location for 24/24 available medical supervision for people with an acute decompensation of mental health conditions in the same way as acute physical problems are being dealt with.
Long – stay facilities and specialist services	Specialized services are required that go beyond those that can be provided by a general hospital. For example, people who are not responding well to treatment or with complex conditions sometimes need to be referred to specialized centers for extensive testing or treatment. Others require often permanent care in residential facilities as a consequence of their severe mental health condition or intellectual limitations and lack of family support.

तालिका 2: विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ, 2009) द्वारा परिभाषित विभिन्न देखभाल स्तर

जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य में अक्सर एक स्वास्थ्य अर्थव्यवस्था परिप्रेक्ष्य शामिल होता है जो जरूरतों और सेवाओं को संतुलित करता है, यह सुनिश्चित करने के लक्ष्य के साथ कि सेवाएँ उन लोगों के लिए उपलब्ध हैं जिन्हें उनकी सबसे अधिक आवश्यकता है। इस दृष्टिकोण से, "अपूरित आवश्यकता" (सेवाएँ लक्ष्य समूहों तक पहुंचने में विफल हो सकती हैं) के साथ-साथ "अत्यधिक आवश्यकता" (सेवाएँ तब अप्रभावी रूप से लागू होती हैं जब वे किसी ऐसे समूह को प्रदान की जाती हैं जिन्हें उनकी आवश्यकता नहीं है) से बचना महत्वपूर्ण है (थॉर्नक्रॉफ्ट और टैनसेला, 2009; निकाइज़, 2020; ब्रफ़ार्ट्स एट अल., 2015)।

जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोण प्रभाव पर भी विचार करता है, और बड़े जनसंख्या स्वास्थ्य प्रभाव के लिए प्रयास करता है। इस प्रभाव को अक्सर विकलांगता में परिवर्तन के रूप में व्यक्त किया जाता है - समायोजित जीवन वर्ष (डीएलवाई), समय से पहले मृत्यु से खोए गए जीवन वर्षों की संख्या और उस विकलांगता की गंभीरता के लिए समायोजित विकलांगता वाले जीवन वर्षों का एक माप (विट्चेन एट अल।, 2011)) के लिए उदाहरण नीचे दिए गए ग्राफ़ में दिया गया है जो बताता है कि, नीचे दिए गए ग्राफ़ (पीला अनुभाग) में समायोजित जीवन वर्ष (DALY) में व्यक्त मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के लिए स्वास्थ्य प्रभाव 14 और 24 वर्ष के आयु वर्ग के लिए सबसे बड़ा है (चित्र 3)। जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य से, 14-24 आयु समूहों को सीधे लक्षित करने वाली मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं में निवेश विशेष रूप से प्रभावी होगा।

The chart illustrates the cumulative health burden of various diseases across different age groups. The Y-axis represents the 'HEALTH BURDEN' (0 to 200), and the X-axis represents 'AGE' (0 to 80). The legend identifies the following categories: Other (grey), Musculoskeletal (dark blue), Injuries (orange), Chronic respiratory (purple), Neurological & sense (green), Mental disorders (yellow), Cancer (light blue), and Cardiovascular (red). The chart shows that the health burden increases significantly with age, particularly after 50 years old. Cardiovascular disease and cancer become major contributors to the health burden in older age groups.

संस्तुतियां / सिफारिशें:

जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोण के लिए आवश्यक है कि मनोवैज्ञानिक अपने सेवाएँ प्रदान करने, प्रशिक्षण प्रदान करने और समुदाय के साथ जुड़ने के तरीके पर पुनर्विचार करें। जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोण मनोविज्ञान का उपयोग डब्ल्यूएचओ सेवा-प्रावधान पिरामिड के अनुरूप सार्थक योगदान दे सकता है :-

- मनोविज्ञान और मनोवैज्ञानिकों को स्कूलों, कार्यस्थलों और सामुदायिक केंद्रों जैसी विविध प्रणालियों के भीतर और भर में, मजरेक और हैगार्टी (1994) द्वारा वर्णित हस्तक्षेपों के पूर्ण स्पेक्ट्रम का उपयोग करते हुए, नैदानिक परामर्श कक्ष से बाहर और समुदाय में गतिविधियों का विस्तार करना चाहिए।
 - मनोवैज्ञानिक उन कार्यक्रमों के साथ सक्रिय रूप से सहयोग कर सकते हैं जो समुदायों को अपने स्वास्थ्य की प्रेरणा और आत्म-वकालत बढ़ाने में सक्षम बनाते हैं, जैसे कि शिकागो, यूएसए में वेस्ट साइड यूनाइटेड (लिंग एट अल।, 2020)।
- मनोवैज्ञानिकों को सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों को विकसित और लागू करना चाहिए जो साझा जरूरतों के लिए व्यापक रूप से लागू हों (उदाहरण के लिए, तनाव कम करने वाले समूह कार्यक्रम) या विशिष्ट कमजोर समूहों के लिए लक्षित हों (उदाहरण के लिए, प्रशिक्षण के लिए गंभीर रूप से मानसिक रूप से बीमार लोगों के लिए स्थानीय स्तर पर एम्बेडेड उपचार बदमाशी पर सेमिनार)।
 - RECOVER-E प्रोजेक्ट एक साक्ष्य-आधारित, समुदाय-उन्मुख सेवा वितरण मॉडल है जो गंभीर रूप से मानसिक रूप से बीमार लोगों को संस्थागत से सामुदायिक सेटिंग्स में संक्रमण के दौरान सहायता करता है (शील्ड्स-ज़ीमन एट अल।, 2020)। यह परियोजना गंभीर और स्थायी मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों (जैसे जैसे सिज़ोफ्रेनिया, द्विध्रुवी विकार, और/या गंभीर अवसाद)।
 - ओ मेडेलिन, कोलंबिया में यूनिवर्सिटी छात्रों, मनोवैज्ञानिकों, शिक्षकों और अन्य स्वास्थ्य प्रदाताओं के लिए वार्षिक सिम्पोजियो इंटरनैशनल एकोसो एस्कूलर प्रशिक्षण कार्यक्रमों को प्रायोजित करता है ताकि वे सीख सकें कि सामुदायिक कार्यक्रमों में भावना विनियमन (Emotional regulation) और सामाजिक-समर्थक निर्णय (Pro-social decision making) लेने को कैसे एकीकृत किया जाए।
- मनोवैज्ञानिकों को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों जैसे सुरक्षा, आवास, शिक्षा, आर्थिक स्थिरता, नस्लवाद और कलंक पर विचार करना चाहिए। मनोवैज्ञानिक नीति निर्माताओं, सामुदायिक नेताओं और अन्य लोगों को बदलाव के लिए सिफारिशें करने के लिए इन मुद्दों से संबंधित मनोवैज्ञानिक विज्ञान साझा कर सकते हैं, और अपनी स्वयं की प्रथाओं को सूचित कर सकते हैं।
 - हाउसिंग फर्स्ट, कनाडा में मानसिक बीमारी से पीड़ित व्यक्तियों को स्थायी आवास प्रदान करता है। पहले आवास स्थिरता प्रदान करके, यहां तक कि अपनी मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों या रोजगार क्षमता को संबोधित करने से पहले, निवासियों ने जीवन की बेहतर गुणवत्ता को रिपोर्ट किया है और इसके अलावा मनोरोग देखभाल (आंतरिक रोगी वार्डस अंतर्गत) की आवश्यकता भी कम हो गई है (केरमन एट अल।, 2017)।

- मनोविज्ञान के सभी छात्रों और चिकित्सकों को जनसंख्या स्वास्थ्य और सामुदायिक जुड़ाव की परिभाषा, कार्यान्वयन और महत्व पर शिक्षित किया जाना चाहिए, विशेष रूप से नैदानिक विशेषज्ञताओं में अध्ययन या प्रशिक्षित लोगों को। इसका मतलब यह है कि मनोविज्ञान को छात्र पाठ्यक्रम में शामिल सामग्री की सामग्री के साथ-साथ पेशेवरों के लिए सतत शिक्षा विकल्पों को भी व्यापक बनाना चाहिए।
 - उदाहरण के लिए, स्नातक कार्यक्रम जिनमें समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य देखभाल पर पाठ्यक्रम शामिल हैं और ये पारस्परिक रूप से विशिष्ट कार्यक्रम होने के बजाय जनसंख्या स्वास्थ्य के मूल सिद्धांतों को एकीकृत करते हैं। स्वास्थ्य चिकित्सकों के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य उन्मुख प्रशिक्षण इसका एक उदाहरण है। हालांकि यह मनोविज्ञान के लिए विशिष्ट नहीं है - मेक्सिको में यूनिवर्सिटीड ऑटोनोमा डेल एस्टाडो डी हिडाल्गो में प्रस्तावित स्वास्थ्य व्यवहार विज्ञान में पीएचडी प्रदान करता है।
- मनोवैज्ञानिकों और छात्रों को अपने समुदाय के दिन-प्रतिदिन के जीवन को प्रभावित करने वाले प्रासंगिक कारकों को समझने के लिए सांस्कृतिक और भाषाई क्षमता सहित उन समुदायों, प्रणालियों और सेटिंग्स की गहरी समझ विकसित करनी चाहिए जिनमें वे काम करते हैं।
 - उदाहरण के लिए, मानसिक स्वास्थ्य प्रदाताओं और स्वदेशी समूहों इक्वाडोर के बीच ऐतिहासिक शक्ति असमानताओं और विश्वास मतभेदों को संबोधित करने वाले कार्यक्रमों को देखभाल प्रणालियों और कार्यक्रम परिणामों में रोगी के विश्वास को बढ़ाने के लिए दिखाया गया है।
- मनोवैज्ञानिकों को संपूर्ण देखभाल सुनिश्चित करने के लिए विभिन्न विषयों और प्रणालियों में भागीदार बनना चाहिए, उदाहरण के लिए, स्कूल-आधारित कार्यक्रम जो जोखिम वाले छात्रों और परिवारों की पहचान करते हैं और सामुदायिक, सामाजिक और मानसिक/व्यवहारिक स्वास्थ्य रेफरल और सहायता प्रदान करते हैं। अन्य साझेदारियों में स्वास्थ्य सेवा संघ, अस्पताल, पड़ोस संघ, स्थानीय व्यवसाय, कानून प्रवर्तन और अन्य शामिल हो सकते हैं।
 - उदाहरण के लिए : -ऑस्ट्रेलिया में जहां मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकों ने माता-पिता और स्कूल समुदाय के अन्य देखभालकर्ताओं को शामिल करके विघटनकारी व्यवहार वाले किंडरगार्टन से दूसरी कक्षा तक के बच्चों के साथ स्कूल-आधारित प्रारंभिक हस्तक्षेप कार्यक्रम जिसका शीर्षक है, "समय पर सही राह पर आना - समझ गया!" पर काम किया (लुईस एट अल।, 2015)।
- मनोवैज्ञानिक सामान्य स्वास्थ्य प्रदाताओं और अनौपचारिक देखभाल करने वालों को प्रशिक्षण प्रदान कर सकते हैं जो रोजमर्रा की मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के लिए सरल उपचार प्रदान कर सकते हैं कार्य-साझाकरण मॉडल के उपयोग के आधार पर :-
 - किंग्स्टन, जमैका में कम्युनिटी एंगेजमेंट मेंटल हेल्थ (सीईएमएच) मॉडल, जो सामुदायिक सेटिंग के भीतर तीव्र मनोरोग उपचार प्रदान करने के लिए उक्त कार्य साझाकरण का उपयोग करता है - जिससे सामाजिक समावेशन में वृद्धि और व्यक्तियों के अस्पताल में भर्ती होने में कमी आई है (नेल्सन एट अल।, 2020)।

- मनोवैज्ञानिकों को ई-स्वास्थ्य, मोबाइल ऐप और समूह कार्यक्रम जैसी ऑनलाइन सेवाएं बनानी चाहिए।
 - यूरोप में EU ने रिकवर-ई नामक एक परियोजना को वित्त पोषित किया जिसमें EFPA ने भागीदार के रूप में कार्य किया।
 - एच-वर्क परियोजना का लक्ष्य 'कार्यस्थल पर मानसिक स्वास्थ्य मंच' के माध्यम से सार्वजनिक संगठनों में बहु-स्तरीय हस्तक्षेप प्रोटोकॉल को लागू और मान्य करके स्वस्थ कार्यस्थलों को बढ़ावा देना है। यह ऑनलाइन टूल नियोक्ताओं, कर्मचारियों और व्यावसायिक स्वास्थ्य पेशेवरों के लिए मार्गदर्शन और संसाधन प्रदान करता है। कार्यस्थल में मानसिक स्वास्थ्य के प्रचार और संरक्षण पर।
 - डॉ. रिचर्ड डेविडसन के वैज्ञानिक अनुसंधान पर आधारित एक माइंडफुलनेस ऐप कल्याण को बढ़ाने के लिए मनोविज्ञान का उपयोग करता है: <https://hminnovations.org/meditation-app>
 - ठोस साक्ष्य आधार वाले सकारात्मक मनोविज्ञान ऐप, जैसे हैप्पीफाई: <https://www.happiify.com/>
- मनोविज्ञान को जनसंख्या मानसिक स्वास्थ्य संसाधनों, सेवाओं और मूल्यांकन से संबंधित नीतियों और कानून को सूचित करने की आवश्यकता है।
 - एविडेंस टू एजेंडा सेटिंग, या ईवीआईटीए 1.1 जैसे कार्यक्रम, निम्न से मध्यम आय वाले देशों को जनसंख्या मानसिक स्वास्थ्य को संबोधित करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य अनुसंधान और साक्ष्य-आधारित नीति सेटिंग के बीच अंतर को पाटने में मदद करते हैं (वोटूबा, ग्रांट और थॉर्नक्रॉफ्ट, 2020)।
 - व्यावसायिक मनोविज्ञान संघ संयुक्त राज्य अमेरिका में प्रैक्टिस लीडरशिप कॉन्फ्रेंस की तरह वकालत प्रशिक्षण कार्यशालाओं का समर्थन कर सकते हैं। वे आयरलैंड की तरह, नीति में मनोविज्ञान के उपयोग पर प्रशिक्षण देने के लिए एसोसिएशन-व्यापी समितियों विज्ञान और सार्वजनिक नीति का भी आयोजन कर सकते हैं।

जनसंख्या स्वास्थ्य सेवा वितरण मॉडल को अपनाने के लिए व्यवसाय को बदलने के लिए एवं आवश्यक दक्षता हासिल करने के लिए मनोवैज्ञानिकों को उचित प्रशिक्षण और पर्याप्त संसाधनों के साथ पर्याप्त समर्थन की आवश्यकता है। विश्वविद्यालयों में बुनियादी प्रशिक्षण के लिए छात्रों को एक प्रणालीगत पारिस्थितिक मॉडल में प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है जो मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के विकास के लिए जोखिम और सुरक्षात्मक कारकों की जाँच करता है और उन्हें मनोवैज्ञानिक सेवा वितरण उपकरणों और दृष्टिकोणों के व्यापक स्पेक्ट्रम से परिचित कराता है। मनोवैज्ञानिकों को सेवा वितरण के बहु-विषयक और एकीकृत तरीके के लिए तैयार करने के लिए उन्हें अन्य विषयों में भी उचित रूप से पेश करने की आवश्यकता है। प्रशिक्षण के उपरोक्त पहलुओं को मनोविज्ञान में महत्वपूर्ण साक्ष्य आधार द्वारा समर्थित भी किया गया है।

मनोविज्ञान और उसके अभ्यास में जनसंख्या स्वास्थ्य ढाँचे को शामिल करने के लिए आवश्यक है कि मनोवैज्ञानिक सेवाएं प्रदान करने के तरीके पर पुनर्विचार करें। बेशक, गहन मनोचिकित्सा के दौरान एक सुरक्षित चिकित्सीय संबंध स्थापित करना महत्वपूर्ण है और निश्चित रूप से एक विशिष्ट उपचार प्रोटोकॉल की आवश्यकता व्यक्ति के लिए मौलिक है।

हालाँकि, जनसंख्या स्तर पर, मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम विभिन्न प्रकार के संबंधों पर आधारित होते हैं, विशेष रूप से समुदाय के सदस्यों के भीतर और उनके बीच। जहाँ मनोविज्ञान और मनोवैज्ञानिक उपयोगी ऑनलाइन मानसिक स्वास्थ्य निगरानी प्रणाली, रोकथाम कौशल प्रशिक्षण विकल्प और पड़ोस की भलाई पहल विकसित करते हैं (केवल कुछ का नाम लेने के लिए) मनोवैज्ञानिक सेवाएं अपेक्षाकृत निर्बाध, मोटे तौर पर कई जरूरतमंद लोगों के लिए उपलब्ध होंगी। प्रत्येक स्थान पर एकीकृत तरीके से जहां कमजोर व्यक्ति दैनिक आधार पर संलग्न होते हैं। यानी, जनसंख्या स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित करने के लिये मनोवैज्ञानिकों को क्लीनिकों से परे स्कूलों, कार्यस्थलों और सामुदायिक केंद्रों जैसे स्थानों में सेवा करने की अनुमति मिलती है, और ऐसा करने से मानसिक स्वास्थ्य हम सभी के लिए एक संभावना बन जाता है, न कि केवल एक जिसे हम चुनते हैं, इस प्रकार मनोविज्ञान वास्तव में मानवता की सेवा कर सकता है।



References

- Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, Gureje O, Huang Y, Hu C, Bromet EJ, Viana MC, Hinkov HR, Karam EG, Borges G, Florescu SE, Williams DR, Demyttenaere K, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Levinson D, de Girolamo G, Ono Y, de Graaf R, Browne MO, Bunting B, Xavier M, Haro JM, Kessler RC. (2015). Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 101-109. 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395690; PMCID: PMC4312965.
- Carbonell, A., Navarro-Pérez, J.J., & Mestre, M.V. (2020). Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health and Social Care*, 28 (5). <https://doi.org/10.1111/hsc.12968>
- Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Cianconi, P., Betr  , S., & Janiri, L. (2020). The impact of climate change on mental health: A systematic descriptive review. *Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00074>
- Evans-Lacko, S., Aguilar, Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, Chiu, W., Florescu, S., Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J., He, Y., Hu, C., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C. Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., Pennell, B., Sampson, N., Scott, K., Tachimori, H., Have, M. Viana, M., Williams, D., Wojtyniak, B., Zarkov, Z., Kessler, R., Chatterji, S., & Tornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: Results from WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med*, 48(9), 1560-1571. [10.1017/S0033291717003336](https://doi.org/10.1017/S0033291717003336)
- Health, T. L. G. (2020). Mental health matters. *The Lancet. Global Health*, 8(11), e1352. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30432-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30432-0)
- Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Kerman, N., Sylvestre, J., Aubry, T., & Distasio, J. (2017). The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Services Research*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3028-7>
- Lewis, C., Darnell, D., Kerns, S., Monroe-DeVita, M., Landes, S. J., Lyon, A. R., Stanick, C., Dorsey, S., Locke, J., Marriott, B., Puspitasari, A., Dorsey, C., Hendricks, K., Pierson, A., Fizur, P., Comtois, K. A., Palinkas, L. A., Chamberlain, P., Aarons, G. A., Green, A. E., ... Dorsey, C. (2016). Proceedings of the 3rd Biennial Conference of the Society for Implementation Research Collaboration (SIRC) 2015: advancing efficient methodologies through community partnerships and team science : Seattle, WA, USA. 24-26 September 2015. *Implementation science : IS*, 11 Suppl 1(Suppl 1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0428-0>
- Lynch, E., Williams, J., Williams, J. Avery, E., Crane, M., Lange-Maia, B., Tangney, C., Jenkins, L., Dugan, S., Emery-Tiburcio, E., & Epting, S. (2020). Partnering with churches to conduct a wide-scale health screening of an urban, segregated community. *Journal of Community Health*, 45(1), 98-110. [10.1007/s10900-019-00715-9](https://doi.org/10.1007/s10900-019-00715-9)

Mazrek, P.J. and Haggerty, R.J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academies Press, Washington (DC).

Nelson, D., Walcott, G., Walters, C., & Hickling, F. W. (2020). Community engagement mental health model for home treatment of psychosis in Jamaica. *Psychiatric Services*, 71(5), 522-524. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900063>

Niçaise, P., Giacco, D. and Soltmann, B. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy*, 124, 25-36. [10.1016/j.healthpol.2019.11.004](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.004)

Persaud, A., Shivaram Bhat, P., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2018). Geopolitical determinants of health. *Individual Psychiatry Journal*, 27 (2), 308-310.

doi: [10.4103/ipj.ipj_71_18](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_71_18)

Porter, M.E. and Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care. Harvard Business Review Press.

Purtle, J., Nelson, K. L., Counts, N. Z., & Yudell, M. (2020). Population-based approaches to mental health: history, strategies, and evidence. *Annual Review of Public Health*, 41, 201-221. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094247>

Rathod, S., Pinninti, N., Irfan, M., Gorczynski, P., Rathod, P., Gega, L., & Naeem, F. (2017).

Mental health service provision in low- and middle-income countries. *Health Services Insights*, 10. [10.1177/1178632917694350](https://doi.org/10.1177/1178632917694350)

Thornicroft, G., Tansella, M. and Law, A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care, *World Psychiatry*, 7, 87-92. [10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x)

Thornicroft, G. and Tansella, M. (2009) Better mental health care. Cambridge University Press, Cambridge.

Torales, J., Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320.

Votruba, N., Grant, J., & Thornicroft, G. (2020). The EVITA framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low-and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 35(4), 424-439.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(9):655-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018. PMID: 21896369.

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Footnote:

These suggestions are in alignment the recommendations of the latest WHO Mental Health Report (2022) and would support the realization of the WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030 (WHO, 2021).