

जनसांख्यिक स्वास्थ्य ढाँचा भित्र मनोबिज्ञान कसरी अटाउछ?

जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य भित्र मानसिक स्वास्थ्य स्थिति:

शारीरिक तथा मानसिक विकारहरूले प्रायः विचार, धारणा, भावना, व्यवहार तथा सामाजिक संबंध जस्ता विसंगति हरूलाई जन्म दिनछन्, जसले व्यक्तिको उत्पादन र जीवनकाल नै घटाई दिन्छन्। (WHO, २०२२) हालसालैमा देखिएका कोभिड-१९, महामारी, जलवायु संकट तथा भू-राजनीतिक उथल-पुथल जस्ता बिश्वका चुनौतिहरूले चिंता, अवसाद तथा आत्महत्या जस्ता घटनामा वृद्धि भएको छ, जसले अंततः दुनियाभर मानसिक स्वास्थ्य सेवाको अभूतपूर्व आवश्यकता देखाएको छ (Cianconi, Betro, & Janiri, 2020; Persaud et al., 2018; Torales et al., 2020).

मानसिक स्वास्थ्य संकट हटाउनको लागि, स्वास्थ्य प्रदायकहरूले समावेशी, दूरदर्शी रूपरेखा अपनाउन जरूरी छ। अधिकांश देशहरूमा, शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्यको ढाँचा एउटा छुट्टाई पारंपरिक चिकित्सा मॉडल जस्तो बनाइएको छ जून व्यक्तिको तीव्र देखभाल मा आधारित हुन्छ। यो सेवा प्रदाहक केंद्रित सेवाले आवश्यकता र ती सेवाको उपलब्धता को बीच हुने असंतुलन परिणामस्वरूप उपचार अंतराल लाई जन्म दीनछ(Carbonell, Navarro-Pérez, & Mestre, २०२०) जनसंख्या स्वास्थ्य रूपरेखा ले उपचार अंतराल हटाउनुका साथै जनसंख्या स्वास्थ्य आवश्यकता पूरा गर्न मदद पूर्याउछ ।

स्वास्थ्य देखभालको प्रमुख अंग मानसिक स्वास्थ्य हो। विश्व स्वास्थ्य संगठन को अनुसार "मानसिक स्वास्थ्य बिना कुनै पनि स्वास्थ्य हुदैन । मानसिक स्वास्थ्यको खुशहाली को महत्त्व विश्व अर्थव्यवस्था र मानवाधिकारों को लागी कती धेरै छ भनेर वर्तमानका घटना हरूले पुष्टि गरेका छन् ।जबकि, मानसिक स्वास्थ्य लाई ऐतिहासिक रूपमा त्येती ध्यान दिईएको छैन। कम आय तथा मध्यम आय वाला देश हरूमा गंभीर मानसिक विकार ले पीडित लगभग ८०% मानिसहरूले कुनै उपचार नै पाउँदैनन तथा उच्च आय वाला देशमा५०% मानिसहरूले कुनै उपचार नै पाउँदैनन (Evans-Lacko et al., 2018; Rathod et al., 2017) विश्व स्तर मा मानसिक स्वास्थ्य मा वार्षिक खर्च प्रति व्यक्ति दुई डालर भन्दा कम छ तथा कम आय वाला देश हरूमा त प्रति व्यक्ति २५ सेंट भन्दा अझ कम छ (WHO, 2013)

विश्वव्यापी मानसिक स्वास्थ्य सुधार गर्न र मानसिक रोगसँग सम्बन्धित पीडा कम गर्न हामीले नवीन समाधानहरू लागू गर्न आवश्यक छ। विश्वव्यापी मानसिक स्वास्थ्य बोझलाई सम्बोधन गर्नु एक नैतिक अनिवार्यता मात्र होइन: विश्वव्यापी मानसिक स्वास्थ्य पहलहरूमा

लगानीले देशहरूमा लगभग २.३ देखि १ सम्मको लागत अनुपातमा महत्वपूर्ण सकारात्मक आर्थिक नतिजाहरू उत्पादन गर्न सक्छ।(Chisholm et al., 2016). यो लाभ लागत अनुपात ३.३-५.७ देखि १ मा बढ्छ जब स्वास्थ्य फिर्ताको मूल्य (अर्थात्, स्वस्थ जीवन-वर्षको आर्थिक मूल्य) समावेश गरिन्छ।(Chisholm et al., 2016).

प्रभावकारी रोकथाम र उपचार हस्तक्षेपहरू अवस्थित छन्, तर मानसिक स्वास्थ्यमा कम लगानीको मतलब सेवाहरूमा पहुँच अपर्याप्त संख्यामा सीमित छ, र पहुँच प्राप्त गर्नेहरूले कम गुणस्तरको हस्तक्षेपहरू प्राप्त गर्छन्।(Carbonell, Navarro-Pérez, & Mestre, 2020)।नयाँ मोडलहरू, जस्तै हालैको विश्व मानसिक स्वास्थ्य प्रतिवेदन (WHO, 2022) मा वर्णन गरिएको पहुँच र गुणस्तर दुवै बढाउने वाचा गर्दछ।

मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रावधानमा चुनौतीहरू

धेरै अन्तरसम्बन्धित चुनौतिहरूले मानसिक स्वास्थ्य सेवा वितरणमा भाग लिनु पर्ने आवश्यकतालाई बढाउँछ:

- 1. विश्वव्यापी आर्थिक प्राथमिकताहरूले मानसिक स्वास्थ्य समावेश गर्दैन:** कुनै पनि विशेष देशको आर्थिक स्थितिको बाबजुद, समग्र स्वास्थ्य सेवा खर्चको तुलनामा मानसिक स्वास्थ्यलाई कम रकम दिइन्छ। औसतमा, राष्ट्रिय स्वास्थ्य हेरचाह बजेटको दुई प्रतिशत भन्दा कम मानसिक स्वास्थ्य खर्चको लागि छुट्याइएको छ (Health, 2020).
- 2. जनसांख्यिकी परिवर्तन:** विश्वभरि जनसंख्या बढ्दै गएको र धेरै देशहरूमा छिटो बढो हुँदैछ। यो महामारी, भूराजनीतिक अस्थिरता, र जलवायु संकट जस्ता चुनौतिहरूसँग एकै साथ भइरहेको छ जसको प्रत्येक परिणामले मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूको माग बढेको छ। उच्च मागले मेडिकल मोडेल प्रयोग गरेर डिजाइन गरिएको स्वास्थ्य हेरचाह प्रणालीहरूमा दबाव दिन्छ किनकि उनीहरूले प्रायः पुरानो र जटिल स्वास्थ्य समस्याहरूसँग व्यवहार गरिरहेका अधिक व्यक्तिहरूलाई सेवाहरू प्रदान गर्न आवश्यक छ।
- 3. हेरचाहको असमानता:** सामाजिक स्वास्थ्य सेवाहरूको तुलनामा, देशको आय स्तरलाई ध्यान नदिई विश्वभरका अधिकांश देशहरूमा अपूरणीय मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताहरूमा महत्वपूर्ण अन्तर छ।
- 4. गुणस्तरीय मानसिक स्वास्थ्य सेवाको बढ्दो माग:** विश्वव्यापी रूपमा, उच्च गुणस्तरको मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूमा सुधारिएको पहुँचको लागि स्पष्ट र बढ्दो माग छ। 2019 मा विश्वभर एक अरब भन्दा बढी मानिसहरू एक निदान योग्य मनोवैज्ञानिक विकार संग बाँचिरहेका थिए र आत्महत्या दर बढ्दै गयो (WHO, 2022)। उच्च आय भएका देशहरूमा, तीस प्रतिशत गम्भीर मानसिक रोगीहरूले कुनै उपचार पाउँदैनन् र निम्न मध्यम आय भएका देशहरूमा, ८८ प्रतिशत गम्भीर

मानसिक रूपमा बिरामीहरूले कुनै उपचार पाउँदैनन्। मानसिक स्वास्थ्य हेरचाह मात्र उपलब्ध हुनु हुँदैन, तर राम्रो भन्दा बढी हानि गर्नबाट बच्नको लागि प्रशिक्षित चिकित्सक र समुदाय सम्पर्क भईरहन आवश्यक छ।

यी चुनौतीहरूलाई कसरी सम्बोधन गर्न सकिन्छ?

मानसिक स्वास्थ्य आवश्यकताहरू सम्बोधन गर्ने, सबै स्वास्थ्य आवश्यकताहरूलाई सम्बोधन गर्ने रूपमा, रोकथाम प्रवर्द्धन र व्यापक रूपमा उपलब्ध हस्तक्षेपहरूको संयोजनको रूपमा सबैभन्दा प्रभावकारी रूपमा गरिन्छ।

धेरै जसो हालको मानसिक स्वास्थ्य मोडेलहरूले व्यक्तिहरूलाई क्लिनिकल सेवाहरूको प्रावधानमा ध्यान केन्द्रित गर्दछ, राम्रो मानसिक स्वास्थ्यलाई प्रवर्द्धन गर्ने वा मानसिक विकारहरूलाई रोक्न सक्नेहरूलाई असर गर्ने कुरामा होइन। यसले जनसंख्याको स्वास्थ्यको सट्टा व्यक्तिमा ध्यान केन्द्रित गरेको छ, जसले न्यूनतम पर्याप्त उपचारको पक्षमा अपर्याप्त आवश्यकताहरूलाई बढाउँछ।

व्यक्तिहरूको ठूलो समूहलाई सेवा गर्ने जनसंख्या-आधारित दृष्टिकोणहरूसँग व्यक्तिगत क्लिनिकल दृष्टिकोणहरू पूरक गर्न यो महत्वपूर्ण छ। यो पूरा गर्न, विश्वव्यापी मनोविज्ञान समुदायले जनसंख्या स्वास्थ्य ढाँचा अपनाउनुपर्छ र मानसिक स्वास्थ्य र कल्याणलाई बढावा दिन, मानसिक विकारहरू रोक्न, प्रारम्भिक हस्तक्षेपलाई समर्थन गर्न, पालनपोषण र रिकभरी सेवाहरू, र पुनरावृत्तिहरू कम गर्न जनसंख्या स्वास्थ्य सेवाहरूमा संलग्न हुनुपर्दछ।

जनसांख्यिक स्वास्थ्य ढाँचा के हो?

Purtle et al. (2020) ले मानसिक स्वास्थ्यको लागि जनसंख्या-आधारित दृष्टिकोणहरू "मानसिक स्वास्थ्य परिणामहरू सुधार गर्ने उद्देश्यका हस्तक्षेपहरू र गतिविधिहरू र व्यक्तिहरूको समूहको बीचमा यी परिणामहरूको निर्धारकहरू जुन साझा भूगोल, सामाजिक जनसांख्यिकीय विशेषताहरू, वा क्लिनिकल सेवाहरूको उपयोगको स्रोत द्वारा परिभाषित गरिएको छ" भनेर परिभाषित गरे। (पृष्ठ संख्या २०२)

एक जनसंख्या स्वास्थ्य ढाँचा एक व्यापक परिप्रेक्ष्यमा लंगरिएको छ जसले समुदायका सबै सदस्यहरूको स्वास्थ्य र कल्याणलाई सुधार गर्न र सुरक्षित गर्न प्रयास गर्दछ।

Thornicroft and Tansella's (2009) सार्वजनिक भर्सेज व्यक्तिगत स्वास्थ्य दृष्टिकोणको व्याख्या तैपनि शिक्षाप्रद छ:

टेबल १। सार्वजनिक स्वास्थ्य दृष्टिकोण र व्यक्तिगत स्वास्थ्य दृष्टिकोण को फरक (Thorncroft and Tansella (2009).

सार्वजनिक स्वास्थ्य दृष्टिकोण	व्यक्तिगत स्वास्थ्य दृष्टिकोण
१ सम्पूर्ण जनसंख्या दृष्टिकोण	१ आंशिक जनसंख्या दृष्टिकोण
२ रोगीहरूलाई सामाजिक आर्थिक सन्दर्भमा हेरिन्छ	२ प्रासंगिक कारकहरू बहिष्कार गर्ने प्रवृत्ति
३ प्राथमिक रोकथाममा रुचि	३ रोकथाम भन्दा उपचारमा केन्द्रित
४ व्यक्ति र जनसंख्या आधारित हस्तक्षेप	४ व्यक्तिगत स्तरको हस्तक्षेप मात्र
५ सम्पूर्ण प्रणालीको सन्दर्भमा देखाइएको सेवा घटक	५ सेवा घटक आइसोलेसनमा देखियो
६ आवश्यकताको आधारमा सेवाहरूमा खुला पहुँचको पक्षमा छ	६ योग्यताको आधारमा सेवाहरूमा पहुँच: उमेर, निदान र बीमा
७ टोली कार्य प्राथमिकता	७ व्यक्तिगत चिकित्सक रुचाइएको
८ दीर्घकालीन/ जीवन पाठ्यक्रम परिप्रेक्ष्य	८ छोटो अवधि र एपिसोडिक परिप्रेक्ष्य
९ जनसंख्या सर्तहरूमा देखीएको लागत प्रभावकारिता	९ व्यक्तिगत सर्तहरूमा देखीएको लागत प्रभावकारिता

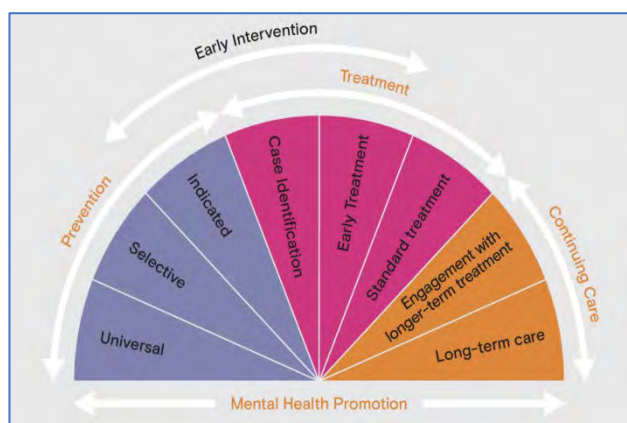
जनस्वास्थ्य ढाँचाले स्वास्थ्य सेवाहरूमा जनस्वास्थ्य परिप्रेक्ष्यलाई अपनाउछ। यसले अवस्थित स्वास्थ्य समस्याहरूको हेरचाहमा मात्र होइन, तर स्वास्थ्यका निर्धारकहरू (जस्तै जीवनशैली र अन्य सामाजिक कारकहरू), जोखिम कारकहरूको रोकथाम र ड्याकिड, र स्वास्थ्य समस्याहरू रोकन हस्तक्षेपहरूको कार्यान्वयनमा पनि केन्द्रित छ। यस दृष्टिकोणको सफलता व्यक्तिगत हेरचाहको इष्टतम गुणस्तरले होइन, तर ठूलो मात्रामा जनसंख्याको स्वास्थ्य अवस्थाद्वारा निर्धारण गरिन्छ।

जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्यलाई विचार गर्दा, स्वास्थ्य उपभोक्ताको परिप्रेक्ष्यमा कब्जा गर्न महत्वपूर्ण छ। यसको मतलब यो हो कि हस्तक्षेप समानुपातिक, प्रभावकारी, सहभागी, सन्तोषजनक र बिरामीहरूको आवश्यकता र प्राथमिकताहरूप्रति उत्तरदायी हुनुपर्छ। यो मूल्यमा आधारित स्वास्थ्य सेवा प्रणालीको अंश हो (Porter & Teisberg, २००६).

जनसांख्यिक स्वास्थ्य ढाँचा भित्र मनोबिज्ञान कसरी अटाउछ?

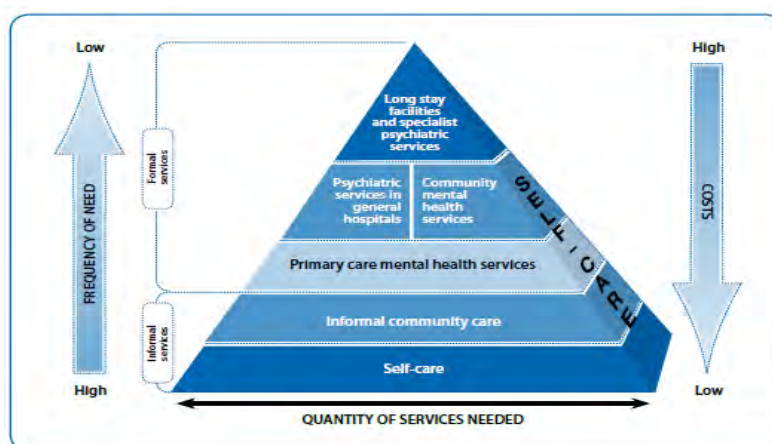
जनसङ्ख्याको मानसिक स्वास्थ्य ढाँचाले स्वास्थ्य सेवा मनोवैज्ञानिकहरूको गतिविधिलाई स्वास्थ्य प्रवर्द्धनभन्दा बाहिरको मानसिक विकारहरूको उपचारको व्यक्तिगत स्तरमा १-मा-१ परामर्श मोडेलमा विस्तार गर्नेछ जसमा हस्तक्षेपहरू व्यापक निरन्तरतामा हुनेछन्। ग्लोबल

साइकोलोजी एलायन्सले मनोविज्ञान र मनोवैज्ञानिकहरूलाई सम्भावित हस्तक्षेपहरूको सम्पूर्ण स्पेक्ट्रम (चित्र 1) समेट्ने मानसिक स्वास्थ्य र कल्याणको परिवर्तनकारी प्रतिमान अपनाउन प्रोत्साहित गर्दछ र मानव अधिकार ढाँचा भित्र त्यसो गर्छ (Chapman et al., 2020; Mazrek & Haggerty, 1994). ग्लोबल साइकोलोजी एलायन्सले ले फराकिलो मानसिक स्वास्थ्य र कल्याण प्रणालीहरूको विकास र प्रयोगको लागि आह्वान गर्दछ जसले विश्वव्यापी जनसंख्यालाई आवश्यक हेरचाहको दायरा मात्र प्रदान गर्दैन, तर यो हेरचाहलाई पहुँचयोग्य बनाउँदछ र गुणस्तर सुनिश्चित गर्दछ।



चित्र १। Mazrek & Haggarty को स्पेक्ट्रम (1994).

जनसंख्या स्वास्थ्य केन्द्रित मनोविज्ञानको अर्थ हो कि हस्तक्षेपहरू तिनीहरूले लक्षित जनसंख्या अनुसार भिन्न हुन्छन्; तिनीहरू रोकथाम, उपचार-केन्द्रित, वा जारी हुन सक्छन्। उदाहरणका लागि, निवारक हस्तक्षेपहरूले सामान्यतया ठूलो जनसंख्यालाई दीर्घकालीन उपचारलाई लक्षित गर्न सक्छ, अधिक तीव्र उपचार साना समूहहरूलाई लक्षित गर्न सकिन्छ। यो स्पेक्ट्रम, एक पिरामिड प्रकारको संगठनात्मक मोडेल भित्र पनि अवस्थित हुन सक्छ जस्तै WHO (चित्र २ & टेबल २, विश्व स्वास्थ्य संगठन २००९) द्वारा प्रयोग गरिन्छ जसले व्यापक मानसिक स्वास्थ्य हेरचाह वितरणको लागि आवश्यक पेशेवरहरूको प्रकार र प्रशिक्षणको स्तरलाई सम्बोधन गर्दछ।



चित्र २, मानसिक स्वास्थ्यको लागि सेवाहरूको इष्टतम मिश्रणको लागि विश्व स्वास्थ्य संगठन सेवा संगठन पिरामिड (विश्व स्वास्थ्य संगठन, २००९)

हेरचाह स्तर	परिभाषा
आत्म हेरचाह	जहाँ धेरैजसो व्यक्तिहरूले आफ्नो मनोवैज्ञानिक समस्याहरू वा परिवार र साथीहरूको समर्थनमा सामना गर्न सक्छन्। व्यावसायिक स्वास्थ्य हेरचाहले समर्थन गर्दा आत्म-हेरचाह सबैभन्दा प्रभावकारी हुन्छ। स्व-हेरचाह भनेको सबै स्वास्थ्य सेवाकर्मीहरू र स्वास्थ्य हेरचाह संगठनका सबै तहहरूमा आवश्यक पर्ने कुरा हो।
अनौपचारिक सामुदायिक हेरचाह	समुदाय भित्र प्रदान गरिने सेवाहरू औपचारिक स्वास्थ्य हेरचाह र कल्याण प्रणालीको भाग हुन्। यो स्तरको हेरचाहले अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएका बिरामीहरूलाई पुनः लाग्नबाट रोक्न मद्दत गर्न सक्छ। यसले समुदायलाई बलियो बनाउन पनि मद्दत गर्न सक्छ (मानिसहरूलाई एकअर्काको राम्रो हेरचाह गर्न मद्दत गर्दै)। उदाहरणहरू अन्य क्षेत्रहरूमा पेशेवरहरू जस्तै शिक्षक वा प्रहरी कर्मचारीहरू, गैरसरकारी संस्थाहरूद्वारा सेवाहरू, जीवन अनुभव भएका मानिसहरू, आदि हुन्। अनौपचारिक हेरचाह पहुँचयोग्य छ किनभने यो अभिन्न अंग हो। यसले समुदायलाई बलियो बनाउन पनि मद्दत गर्न सक्छ (मानिसहरूलाई एकअर्काको राम्रो हेरचाह गर्न मद्दत गर्दै)। तैपनि, अनौपचारिक हेरचाह मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहको मुख्य भाग हुनु हुँदैन जुन यी सेवाहरूमा मात्र निर्भर हुनु हुँदैन।

मानसिक स्वास्थ्यको लागि प्राथमिक हेरचाह सेवाहरू	यो व्यावसायिक स्वास्थ्य प्रणाली भित्र हेरचाह को पहिलो तह हो। यस स्तरमा आवश्यक सेवाहरूमा मानसिक अवस्थाहरूको प्रारम्भिक पहिचान र उपचार, स्थिर मानसिक रोगीहरूको व्यवस्थापन, सामान्य मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरूको परामर्श, अन्य सेवा प्रदायकहरूलाई आवश्यक परेको बेला (उपयुक्त हेरचाह), मानसिक स्वास्थ्य प्रवर्द्धन र रोकथाम समावेश छ। यो मानसिक स्वास्थ्य हेरचाह। यो मानसिक स्वास्थ्य हेरचाह मनोवैज्ञानिकहरू द्वाराका साथै, सामान्य चिकित्सकहरू, नर्सहरू र अन्य प्राथमिक हेरचाह स्वास्थ्य सेवाकर्मीहरूद्वारा पनि प्रदान गर्न सकिन्छ ।
सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू	औपचारिक मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू जस्तै डेकेयर सेन्टरहरू, पुनर्वास केन्द्रहरू, अस्पताललाई रोक्न कार्यक्रमहरू, मोबाइल क्राइसिस टोलीहरू, पर्यवेक्षित चिकित्सकीय र (गाउँघर क्लिनिक) आवासीय हेरचाह, हेरचाह घरहरू, परिवार हेरचाह र अन्य सहायक सेवाहरू। बलियो सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्रहरू सामाजिककरणका लागि कार्यक्रमहरूको महत्वपूर्ण भाग हुन्।
सामान्य अस्पतालहरूमा मनोचिकित्सक सेवाहरू	सामान्य अस्पताल सेटिडहरूमा मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहको विकासलाई मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहको संगठनमा एक महत्वपूर्ण भाग मानिन्छ। केही मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरूको प्रकृतिको कारणले गर्दा कहिलेकाहीँ तीव्र चरणहरूमा अस्पताल भर्ना आवश्यक हुन्छ। स्थानीय सामान्य अस्पतालहरूले पहुँचयोग्य र स्वीकार्य स्थान प्रदान गर्दछ। स्थानीय सामान्य अस्पतालहरूले 24/24 उपलब्ध चिकित्सा पर्यवेक्षणको लागि एक पहुँचयोग्य र स्वीकार्य स्थान प्रदान गर्दछ जुन मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरूको तीव्र विघटन भएका मानिसहरूको लागि तीव्र शारीरिक समस्याहरूको सामना गरिँदै छ।
लामो समय बस्ने सुविधा र विशेषज्ञ सेवाहरू	विशेषीकृत सेवाहरू आवश्यक छन् जुन सामान्य अस्पतालले प्रदान गर्न सक्ने भन्दा बाहिर जान्छन्। उदाहरणका लागि, उपचारमा राम्रो प्रतिक्रिया नदेखेका वा जटिल अवस्था भएका मानिसहरूलाई कहिलेकाहीँ व्यापक परीक्षण वा उपचारका लागि विशेषीकृत केन्द्रहरूमा पठाउन आवश्यक हुन्छ। अरूलाई उनीहरूको गम्भीर मानसिक स्वास्थ्य अवस्था वा बौद्धिक सीमितता र अभावको परिणाम स्वरूप आवासीय सुविधाहरूमा स्थायी हेरचाह चाहिन्छ।

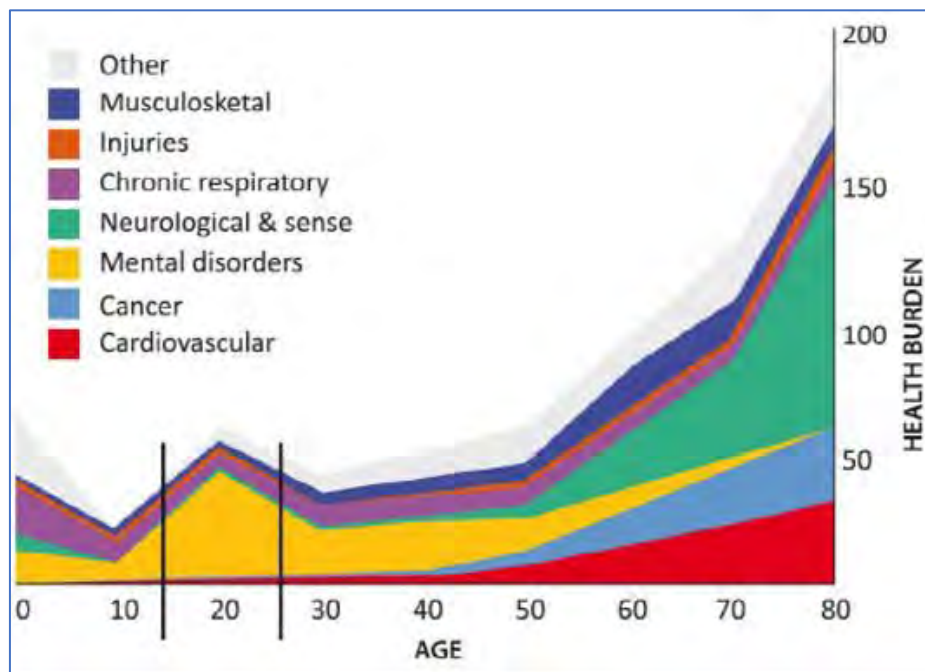
टेबल २ : विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO, 2009) द्वारा परिभाषित विभिन्न हेरचाह स्तरहरू स्वास्थ्य सेवाको अर्थशास्त्र:

जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्यले प्रायः स्वास्थ्य अर्थतन्त्रको परिप्रेक्ष्य समावेश गर्दछ जसले आवश्यकता र सेवाहरूलाई सबैभन्दा बढी आवश्यक पर्नेहरूका लागि सेवाहरू उपलब्ध छन् भनी

सुनिश्चित गर्ने लक्ष्यका साथ सन्तुलन मिलाउँछ। यस परिप्रेक्ष्यमा, "अपूरो असम्बोधित आवश्यकता" (सेवाहरू लक्षित समूहहरूमा पुग्न असफल हुन सक्छन्) साथै "संबोधित आवश्यकता" (सेवाहरू अप्रभावी रूपमा लागू हुँदा तिनीहरूको आवश्यकता नभएको समूहलाई प्रदान गरिन्छ) जोगिन महत्त्वपूर्ण छ (Thornicroft & Tansella, 2009; Nicaise, 2020; Bruffaerts et al., 2015)

"संबोधित आवश्यकता" (कसैलाई मानसिक स्वास्थ्य अवस्था भएको मापदण्ड पूरा गर्ने व्यक्तिलाई व्यावसायिक सेवाहरू उपलब्ध गराउने) को लागि प्रयास गर्नुका साथै, उपचार उपयुक्त छ वा "न्यूनतम पर्याप्त उपचार" मापदण्ड हासिल गरेको सुनिश्चित गर्ने पनि महत्त्वपूर्ण छ। अर्थात्, सेवाहरू पहुँच गर्न मात्र पर्याप्त छैन (जस्तै स्वास्थ्यकर्मीसँग व्यावसायिक सम्पर्क राख्नु वा प्रतीक्षा सूचीमा राख्नु)। सेवाहरू प्रदान गरिनु पर्छ र ती सेवाहरू वैज्ञानिक प्रमाणहरूमा आधारित हुनुपर्छ, क्लिनिकल अनुभवमा आधारित हुनुपर्छ, र बिरामीको आवश्यकता र अवस्था (जस्तै "प्रमाणमा आधारित") समायोजन गर्नुपर्छ।

जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोणले प्रभावलाई पनि विचार गर्छ, र ठूलो जनसंख्याको स्वास्थ्य प्रभावको लागि प्रयास गर्दछ। यो प्रभाव प्रायः असक्षमता - समायोजित जीवन वर्षहरू (DALY's) मा परिवर्तनको रूपमा व्यक्त गरिन्छ, अकाल मृत्युले गुमाएको जीवन वर्षहरूको संख्या र अपाङ्गताको गम्भीरताको लागि समायोजन गरिएको अशक्तता भएको जीवन वर्षहरूको लागि मापन (Wittchen et al., 2011) उदाहरणका लागि, मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको लागि स्वास्थ्य प्रभाव तलको ग्राफमा DALY मा व्यक्त गरिएको छ (पहेँलो खण्ड) उमेर समूह 14 र 24 वर्ष (चित्र 3) को लागि सबैभन्दा ठूलो छ। जनसंख्या स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्यमा, मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरूमा लगानी 14 - 24 उमेर समूहहरूलाई लक्षित गरी विशेष गरी प्रभावकारी हुनेछ।



चित्र 3: उमेर वर्ग द्वारा "स्वास्थ्य बोझ"(Wittchen et al., 2011)

सिफारिसहरू:

जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोणले मनोवैज्ञानिकहरूले सेवाहरू प्रदान गर्ने, प्रशिक्षण प्रदान गर्ने र समुदायसँग संलग्न हुने तरिकामा पुनर्विचार गर्न आवश्यक छ। जनसंख्या स्वास्थ्य दृष्टिकोण मनोविज्ञान को उपयोग गरेर WHO सेवा प्रावधान पिरामिड संग संगत अर्थपूर्ण योगदान गर्न सक्छ:

- मनोविज्ञान र मनोवैज्ञानिकहरूले माजरेकद्वारा वर्णन गरिएका हस्तक्षेपहरूको पूर्ण स्पेक्ट्रम प्रयोग गरी क्लिनिकल परामर्श कक्षबाट बाहिर र समुदायमा गतिविधिहरू विस्तार गर्नुपर्छ (Mazrek & Haggarty (1994)
 - o मनोवैज्ञानिकहरूले सक्रिय रूपमा कार्यक्रमहरूसँग (जस्तै शिकागो, संयुक्त राज्य अमेरिका (Lynch et al., २०२०) मा वेस्ट साइड युनाइटेड) सहकार्य गर्न सक्छन् जुन समुदायहरूलाई उनीहरूको स्वास्थ्य प्रेरणा र आत्म-वकालत बढाउन सक्षम बनाउन देखाइएको छ।
- मनोवैज्ञानिकहरूले सांस्कृतिक रूपमा उपयुक्त सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू विकास र लागू गर्नुपर्छ जुन साझा आवश्यकताहरू (उदाहरणका लागि, तनाव-हटाउने समूह कार्यक्रमहरू) वा विशेष कमजोर समूहहरू (उदाहरणका लागि,

गम्भीर मानसिक रूपमा बिरामीहरूलाई प्रशिक्षणमा स्थानीय रूपमा एम्बेडेड उपचार) को लागि व्यापक रूपमा लागू हुन्छ।

- o The RECOVER-E परियोजना एउटा प्रमाणमा आधारित, सामुदायिक उन्मुख सेवा वितरण मोडेल हो जसले गम्भीर मानसिक रूपमा बिरामीहरूलाई संस्थागतबाट सामुदायिक सेटिडहरूमा परिवर्तन गर्न मद्दत गर्दछ (Shields-Zeeman et al., 2020) परियोजनाले मध्यम आय भएका देशहरूमा (क्रोएशिया, मोन्टेनेग्रो, उत्तरी म्यासेडोनिया, बुल्गेरिया र रोमानिया) गम्भीर र स्थायी मानसिक रोगी स्वास्थ्य अवस्था (जस्तै सिजोफ्रेनिया, बाईपोलर डिसऑर्डर, गम्भीर डिप्रेसन) को लागि कार्य, जीवनको गुणस्तर, र मानसिक स्वास्थ्य परिणामहरू सुधार गर्ने उद्देश्यका साथ पाँच साइटहरूमा सेवा गर्दछ।
- o मेडेलिन, कोलम्बियामा रहेको Universidad CES ले विद्यार्थीहरू, मनोवैज्ञानिकहरू, शिक्षकहरू र अन्य स्वास्थ्य प्रदायकहरूका लागि सामुदायिक कार्यक्रमहरूमा भावना विनियमन र प्रो-सामाजिक निर्णयहरू कसरी एकीकृत गर्ने भनेर सिक्नको लागि वार्षिक Simposio Internacional Acoso Escolar प्रशिक्षण कार्यक्रमहरू प्रायोजित गर्दछ।
- मनोवैज्ञानिकहरूले सुरक्षा, आवास, शिक्षा, आर्थिक स्थिरता, जातिवाद, र कलंक जस्ता मानसिक स्वास्थ्यका सामाजिक निर्धारकहरूलाई विचार गर्नुपर्छ। मनोवैज्ञानिकहरूले यी मुद्दाहरूसँग सान्दर्भिक मनोवैज्ञानिक विज्ञानलाई नीति निर्माताहरू, सामुदायिक नेताहरू, र अन्यहरूलाई परिवर्तनको लागि सिफारिसहरू गर्नका लागि साझा गर्न सक्छन्, र तिनीहरूको आफ्नै अभ्यासहरू सूचित गर्न सक्छन्।
 - o हाउसिङ फर्स्ट, क्यानाडामा मानसिक रोग भएका व्यक्तिहरूका लागि स्थायी आवास प्रदान गर्दछ। पहिले आवासको स्थिरता प्रदान गरेर, उनीहरूको मानसिक स्वास्थ्य अवस्था वा रोजगारीलाई सम्बोधन गर्नु अघि पनि, बासिन्दाहरूले जीवनको गुणस्तर सुधार गरेको र थप इनपेन्टेन्ट मनोचिकित्सक हेरचाहको आवश्यकतालाई कम गरेको रिपोर्ट (Kerman et al., 2017)।
- सबै मनोविज्ञान विद्यार्थीहरू र चिकित्सकहरूलाई विशेष गरी क्लिनिकल विशेषज्ञताहरूमा अध्ययन गर्ने वा प्रशिक्षितहरू जनसंख्या स्वास्थ्य र सामुदायिक संलग्नताको परिभाषा, कार्यान्वयन र महत्त्वको बारेमा शिक्षित हुनुपर्छ। यसको मतलब मनोविज्ञानले विद्यार्थी पाठ्यक्रममा समावेश गरिएको सामग्रीको साथै पेशेवरहरूको लागि निरन्तर शिक्षा विकल्पहरू फराकिलो बनाउनु पर्छ।
 - o उदाहरणका लागि, स्नातक कार्यक्रमहरू जसमा समुदायमा आधारित मानसिक स्वास्थ्य हेरचाहका पाठ्यक्रमहरू समावेश छन् र यी पारस्परिक रूपमा विशेष कार्यक्रमहरू हुनुको सट्टा जनसंख्या स्वास्थ्य मूल सिद्धान्तहरूलाई एकीकृत

गर्दछ। स्वास्थ्य चिकित्सकहरूको लागि सार्वजनिक स्वास्थ्य उन्मुख प्रशिक्षणको एउटा उदाहरण - मनोविज्ञानको लागि विशिष्ट नभए पनि - मेक्सिकोको युनिभर्सिडाड अटोनोमा डेल एस्टाडो डे हिडाल्गोमा प्रदान गरिएको स्वास्थ्य व्यवहारको विज्ञानमा पीएचडी हो।

- मनोवैज्ञानिकहरू र विद्यार्थीहरूले आफ्ना ग्राहकहरूको दैनिक जीवनमा प्रभाव पार्ने सान्दर्भिक कारकहरू बुझ्नको लागि सांस्कृतिक र भाषिक क्षमता सहित उनीहरूले काम गर्ने समुदाय, प्रणाली र सेटिडहरूको गहिरो बुझाइ विकास गर्नुपर्छ।
 - उदाहरणका लागि, मानसिक स्वास्थ्य प्रदायकहरू र आदिवासी समूहहरू इक्वेडोर बीच ऐतिहासिक शक्ति असमानता र विश्वास भिन्नताहरूलाई सम्बोधन गर्ने कार्यक्रमहरूले हेरचाह प्रणाली र कार्यक्रम परिणामहरूमा बिरामीको विश्वास बढाउने देखाइएको छ।
- मनोवैज्ञानिकहरूले र्यापराउन्ड हेरचाह सुनिश्चित गर्ने अनुशासन र प्रणालीहरूमा साझेदार हुनुपर्छ, उदाहरणका लागि, जोखिममा रहेका विद्यार्थीहरू र परिवारहरूलाई पहिचान गर्ने र समुदाय, सामाजिक, र मानसिक/व्यवहार स्वास्थ्य सन्दर्भ र समर्थनहरू प्रदान गर्ने विद्यालय-आधारित कार्यक्रमहरू। अन्य साझेदारीहरूमा स्वास्थ्य सेवा संघहरू, अस्पतालहरू, छिमेकी संघहरू, स्थानीय व्यवसायहरू, कानून प्रवर्तन, र अन्यहरू समावेश हुन सक्छन्।
 - विद्यालयमा आधारित प्रारम्भिक हस्तक्षेप कार्यक्रमको शीर्षक, "समयमा ड्याकमा पुग्ने - बुझ्यो!" जुन अष्ट्रेलियाबाट जहाँ मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सकहरूले विद्यालय समुदायका अभिभावक र अन्य हेरचाहकर्ताहरूलाई संलग्न गराएर किन्डरगार्टनदेखि दोस्रो कक्षासम्मका बालबालिकाहरूसँग काम गरे (Lewis et al., २०१५)।
- कार्य-साझेदारी मोडेल प्रयोग गर्दै, मनोवैज्ञानिकहरूले सामान्य स्वास्थ्य प्रदायकहरू र अनौपचारिक हेरचाहकर्ताहरूलाई प्रशिक्षण प्रदान गर्न सक्छन् जसले दैनिक मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको लागि सरल उपचार प्रदान गर्न सक्छन्।
 - किङ्स्टन, जमैकामा रहेको सामुदायिक संलग्नता मानसिक स्वास्थ्य (CEMH) मोडेल जसले समुदाय सेटिडभिन्न तीव्र मनोचिकित्सक उपचार प्रदान गर्ने कार्य साझेदारी प्रयोग गर्दछ- बढ्दो सामाजिक समावेशीकरण र व्यक्तिहरूको अस्पतालमा भर्ना घटाउन अनुमति दिँदै (नेल्सन एट अल, २०२०)।

- मनोवैज्ञानिकहरूले अनलाइन सेवाहरू जस्तै ई-स्वास्थ्य, मोबाइल एपहरू, र समूह कार्यक्रमहरू सिर्जना गर्नुपर्छ।
 - o युरोपमा EU ले Recover-e नामक परियोजनालाई आर्थिक सहयोग गर्‍यो जसमा EFPA साझेदारको रूपमा काम गर्‍यो।
 - o H-WORK परियोजनाले 'कार्य प्लेटफर्ममा मानसिक स्वास्थ्य' मार्फत सार्वजनिक संस्थाहरूमा बहु-स्तरीय हस्तक्षेप प्रोटोकल लागू र प्रमाणीकरण गरेर स्वस्थ कार्यस्थलहरूलाई प्रवर्द्धन गर्ने लक्ष्य राख्छ। यो अनलाइन उपकरणले रोजगारदाता, कर्मचारीहरू, र व्यावसायिक स्वास्थ्य पेशेवरहरूलाई मार्गदर्शन र स्रोतहरू प्रदान गर्दछ।
 - o डा. रिचर्ड डेभिडसनको वैज्ञानिक अनुसन्धानमा आधारित एक माइन्डफुलनेस एपले मनोविज्ञानलाई कल्याणकारी बनाउन प्रयोग गर्छ: <https://hminnovations.org/meditation-app>
 - o सकारात्मक मनोविज्ञान एपहरू, जस्तै: <https://www.happify.com/>
- मनोवैज्ञानिक विज्ञानले जनसंख्याको मानसिक स्वास्थ्य स्रोतहरू, सेवाहरू र मूल्याङ्कनसँग सम्बन्धित नीतिहरू र कानूनहरू सूचित गर्न आवश्यक छ।
 - o एभिडेन्स टु एजेन्डा सेटिङ वा EVITA 1.1 जस्ता कार्यक्रमहरूले न्यून देखि मध्यम आय भएका देशहरूलाई मानसिक स्वास्थ्य अनुसन्धान र जनसङ्ख्याको मानसिक स्वास्थ्यलाई सम्बोधन गर्न प्रमाण-आधारित नीति सेटिङहरू बीचको खाडललाई कम गर्न मद्दत गर्दछ (Votruba, Grant)
 - o व्यावसायिक मनोविज्ञान संघहरूले संयुक्त राज्य अमेरिकामा अभ्यास नेतृत्व सम्मेलन जस्ता वकालत प्रशिक्षण कार्यशालाहरूलाई समर्थन गर्न सक्छन्। तिनीहरूले संघ-व्यापी समितिहरू विज्ञान & जननीति पनि व्यवस्थित गर्न सक्छन् तिनीहरूले आयरल्यान्डमा जस्तै नीतिमा मनोवैज्ञानिक विज्ञान अनुवादमा प्रशिक्षण प्रदान गर्न संघ-व्यापी समितिहरू पनि व्यवस्थित गर्न सक्छन्।

मनोवैज्ञानिकहरूलाई जनसंख्या स्वास्थ्य सेवा वितरण मोडेललाई अँगाल्न पेशालाई रूपान्तरण गर्न आवश्यक योग्यताहरू प्राप्त गर्न उचित प्रशिक्षण र पर्याप्त स्रोतहरूको साथ पर्याप्त रूपमा समर्थन गर्न आवश्यक छ। विश्वविद्यालयहरूमा आधारभूत प्रशिक्षणले विद्यार्थीहरूलाई प्रणालीगत पारिस्थितिक मोडेलमा पोषण दिन आवश्यक छ जसले मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरूको विकासको लागि जोखिम र सुरक्षात्मक कारकहरूको खोजी गर्दछ र उनीहरूलाई मनोवैज्ञानिक सेवा वितरण उपकरण र दृष्टिकोणहरूको व्यापक स्पेक्ट्रममा थप परिचय दिन्छ। मनोवैज्ञानिकहरूलाई पनि अन्य विषयहरूमा राम्ररी परिचय गराउन आवश्यक छ ताकि उनीहरूलाई सेवा वितरणको बहु-अनुशासनात्मक र एकीकृत तरिकाको लागि तयार गर्न सकिन्छ।

मनोवैज्ञानिक विज्ञान र अभ्यासमा जनसंख्या स्वास्थ्य ढाँचा समावेश गर्न मनोवैज्ञानिकहरूले सेवाहरू प्रदान गर्ने तरिकामा पुनर्विचार गर्न आवश्यक छ। निस्सन्देह, गहन मनोचिकित्साको समयमा सुरक्षित चिकित्सीय सम्बन्ध स्थापना गर्नु महत्वपूर्ण हुन्छ र निश्चित उपचार प्रोटोकलको आवश्यकता परेको व्यक्तिको लागि आधारभूत हुन्छ। जनसंख्या स्वास्थ्य ढाँचाले मनोवैज्ञानिकहरू एकअर्काको साथसाथै बहु-अनुशासनात्मक टोलीहरूमा काम गर्न तयार हुनुपर्दछ भन्ने कुरा थप गर्दछ। यसरी, स्वास्थ्य चिकित्सकहरू र समुदायका प्रमुख व्यक्तिहरूले मुख्य चुनौतीहरूलाई परिभाषित र सम्बोधन गर्न मनोवैज्ञानिकहरूसँग मिलेर काम गर्न सक्छन्। जनसंख्या स्वास्थ्य ढाँचा भित्र सेवाहरू प्रदान गर्न एक एकीकृत दृष्टिकोण चाहिन्छ जहाँ प्रत्येक सहभागी अन्तर्दृष्टि र विशेषज्ञता बारे सचेत हुन्छ जुन टोलीका सदस्यहरूको दायराद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ।

जनसङ्ख्या स्तरमा, तथापि, मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू विभिन्न प्रकारका सम्बन्धहरूमा आधारित हुन्छन्, विशेष गरी समुदायका सदस्यहरू भित्र र बीचमा। जहाँ मनोविज्ञान र मनोवैज्ञानिकहरूले उपयोगी अनलाइन मानसिक स्वास्थ्य अनुगमन प्रणालीहरू, ह्यान्ड्स-अन रोकथाम कौशल प्रशिक्षण विकल्पहरू, र छिमेकी कल्याण पहलहरू विकास गर्छन् - थोरै मात्र नामको लागि - मनोवैज्ञानिक सेवाहरू अपेक्षाकृत सिमलेस, व्यापक रूपमा आवश्यक परेका धेरै व्यक्तिहरूलाई उपलब्ध हुनेछन्। अर्थात्, जनसङ्ख्या स्वास्थ्यमा केन्द्रित हुँदा मनोवैज्ञानिकहरूलाई क्लिनिकहरू, स्कूलहरू, कार्यस्थलहरू, र सामुदायिक केन्द्रहरू जस्ता अन्य ठाउँहरूमा सेवा गर्न अनुमति दिन्छ, र त्यसो गर्ने तरिकाले मानसिक स्वास्थ्यलाई हामी सबैको लागि सम्भावना बनाउँछ, केवल एक मात्र होइन।



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](https://doi.org/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).