



परिचालन दिशानिर्देश

मानसिक, स्नायु तंत्र
एवं नशे संबंधी विकारों
(एम.एन.एस.)

की हेल्थ एंड
वेलनेस सेंटर्स पर देखभाल

व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का एक हिस्सा





परिचालन दिशानिर्देश (ऑपरेशनल गाइडलाइन्स)

मानसिक, स्नायु तंत्र एवं नशे संबंधी विकारों (एम.एन.एस.)
की हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स पर देखभाल

व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल का एक हिस्सा



विषय सूची

पृष्ठभूमि एवं औचित्य	1
परिचय.....	4
सर्विस डिलीवरी रूपरेखा.....	6
अनुलग्नक.....	23
अनुलग्नक A: सर्विस डिलीवरी प्रक्रिया मानचित्र.....	24
अनुलग्नक B: दवाओं की सूची.....	28
अनुलग्नक C: मनोवैज्ञानिक—सामाजिक हस्तक्षेपों और जांच का संक्षिप्त विवरण.....	30
अनुलग्नक D: सीआईडीटी स्क्रीनिंग टूल (राज्यों द्वारा अपनाने/अनुकूलन के लिए प्रतिरूप स्क्रीनिंग एंड नैदानिक टूल्स)	33
अनुलग्नक E: मानव संसाधन (एच. आर.) की मुख्य दक्षताएं.....	38
अनुलग्नक F: मिर्गी का पता लगाने/जांच का टूल.....	40
अनुलग्नक G: मिर्गी के लिए चिकित्सा अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने वाले नैदानिक टूल (बच्चों और वयस्कों के लिए)	41
अनुलग्नक H: मनोभ्रंश (डिमेंशिया) का पता लगाने/जांच के लिए एमपीडब्ल्यू/ समुदाय स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने वाले टूल.....	44
अनुलग्नक I: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में मनोभ्रंश (डिमेंशिया) के लिए चिकित्सा अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने वाले नैदानिक टूल.....	45
अनुलग्नक J: रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली (पीएचक्यू-9).....	46
योगदान करने वालों की सूची.....	50
संक्षिप्त शब्दों की विषय-सूची	54



पृष्ठभूमि एवं औचित्य

- हाल ही में संपन्न राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य स्थिति सर्वे (एन.एम.एच.एस.)¹ के अनुसार भारत में किसी मानसिक स्वास्थ्य दशा का प्रचलन 10.6 प्रतिशत (बिंदु प्रचलन) तथा 13.7 प्रतिशत (आजीवन प्रचलन) है। स्नायु तंत्र संबंधी विकारों के मामले में अनुमान है कि भारत में लगभग 1 प्रतिशत प्रचलन के साथ एक करोड़ से अधिक लोग मिर्गी तथा 60 वर्ष से अधिक उम्र के 37 लाख से ज्यादा लोग (लगभग 21 लाख महिलाएं और 15 लाख पुरुष) मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित हैं। मनोभ्रंश (डिमेंशिया) से पीड़ित व्यक्तियों की संख्या वर्ष 2030 तक दोगुना होने का अनुमान है।²
- हाल के राष्ट्रीय स्तर के अध्ययनों में भारत में बीमारियों के समग्र बोझ में मानसिक, स्नायु तंत्र एवं नशे (एम.एन.एस.) संबंधी विकारों/दशाओं के बढ़ते योगदान का उल्लेख किया गया है। एम.एन.एस. दशाएं, आत्महत्या और पारस्परिक हिंसा का कुल विकलांगता समायोजित जीवन वर्षों (डी.ए.एल.वाई.) का 12.3 प्रतिशत तथा कुल मृत्यु का 5.8 प्रतिशत योगदान है। भारत में कई राज्यों में आत्महत्या जीवन नष्ट होने के वर्ष (वाई.एल.एल.) का तीसरा एक प्रमुख कारण है।³
- मुख्य रूप से अल्कोहल और तंबाकू जैसे मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकार (एसयूडी) का बोझ मध्यम वर्ग आयु (40–59 साल) के व्यक्तियों (29 प्रतिशत), पुरुष (35.67

1 गुरुराज जी, वर्गाज एम, बेनेगल वी, राव जी एन, पाठक के, सिंह एलके, मेहता आरवाई, राम डी, शिबु कुमार टीएम, कोकाने ए इटी एल : भारत का राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वे, 2015–16 : सारांश आइएन, वॉल्यूम. प्रकाशन सं. 128. बेंगलुरु : राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य एवं स्नायु विज्ञान संस्थान, निमहंस 2016

2 शैजी केएस, जोतीश्वरन एटी, गिरीश एन, श्रीकला बी, डियास ए, इटी एएल. (2000) अल्जाइमर्स एंड रिलेटिड डिसऑर्डर्स सोसायटी ऑफ इंडिया, द डिमेंशिया इंडिया रिपोर्ट : प्रीवेलेंस, इम्पैक्ट, कॉस्ट(स एंड सर्विसेज फॉर डिमेंशिया : इजीक्यूटिव समरी. (ईडीएस), एआरडीएसआई, नई दिल्ली

3 भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद, पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडिया, और इन्स्टीट्यूट फॉर हेल्थ मीट्रिक्स एंड इवैल्युएशन, भारत: हेल्थ ऑफ द नैशनल्स स्टेट्स – द इंडिया स्टेट – लेवल डिजीज बर्डन इनीशिएटिव. नई दिल्ली , भारत : आईसीएमआर, पीएचएफआई और आईएचएमई , 2017

प्रतिशत) और ग्रामीण क्षेत्रों (24.12 प्रतिशत) में अधिक है। हालांकि अन्य एस.यू.डी. (अवैध दवाएं) शहरी मेट्रो क्षेत्रों में अधिक प्रचलन में हैं।⁴ मानसिक स्वास्थ्य एवं एस.यू.डी. और गैर-संचारी विकारों के कारणों के रूप में उनकी प्रदर्शित भूमिका के बीच द्वि-दिशात्मक संबंध के संदर्भ में भारत में एस.यू.डी. का उच्च प्रचलन गंभीर चिंता का विषय है।

- एमएनएस दशाएं रुग्णता, विकलांगता और यहां तक कि महत्वपूर्ण सामाजिक एवं आर्थिक प्रभाव से पीड़ित तथा संबंधित व्यक्तियों की मृत्यु दर में भी महत्वपूर्ण योगदान देती हैं। मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों के साथ जुड़े कलंक और भेदभाव सामाजिक बहिष्कार के साथ-साथ, स्वास्थ्य की मांग करने वाले व्यवहार को भी हतोत्साहित करती है और बीमारी से प्रभावित व्यक्तियों को चुप रहने और जीवन की खराब गुणवत्ता के लिए विवश करती है। सबसे खराब मामलों में उनके घरों, मानसिक अस्पतालों और पारंपरिक उपचार केंद्रों में दुर्व्यवहार, अनदेखी/उपेक्षा और उनकी स्वतंत्रता पर रोक (जैसे उन्हें चेन से बांधना) के रूप में मानवाधिकारों का गहरा उल्लंघन भी किया जाता है।
- एम.एन.एस. दशाओं वाले व्यक्तियों की स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच की स्थिति बहुत सीमित/खराब होती है जिसके कारण उपचार के मामले में गंभीर अंतर/कमी हो जाता है (मानसिक स्वास्थ्य दशा वाले व्यक्तियों का अनुपात जिन्हें अपनी दशा के लिए कोई स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त नहीं होती)। NMHS में मिर्गी को छोड़कर अन्य सभी उछे दशाओं के उपचार में 60 प्रतिशत से अधिक अंतर/कमी देखा गया। उपचार के लिए सबसे अधिक अंतर/कमी (86.3 प्रतिशत) अल्कोहल के सेवन संबंधी विकारों के लिए था। इसके बाद सामान्य मानसिक विकारों (CDM) के लिए (85 प्रतिशत) और गंभीर मानसिक दशाओं (SMD) के लिए (73.6 प्रतिशत) उपचारों में अंतर/कमी देखा गया।
- राष्ट्रीय स्तर पर हाल की तीन नीतिगत विकास योजना ने मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के वितरण में सुधार के लिए अवसर प्रदान किए हैं। नवीन मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम, 2017 में प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाओं के माध्यम से इसके प्रावधान सहित एक वैधानिक अधिकार और एक हकदारी के रूप में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच सुनिश्चित की है। राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य नीति, 2014 में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक सार्वभौमिक पहुंच के प्रावधान की परिकल्पना की है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 2017 में मानसिक स्वास्थ्य को सबसे अधिक आवश्यक क्षेत्रों में से एक माना गया है।
- जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम (DMHP) 2003 से अस्तित्व में है तथा स्वास्थ्य केंद्र एवं समुदाय आधारित हस्तक्षेपों की श्रृंखला में बुनियादी मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराता है। इस दिशानिर्देश का उद्देश्य इन प्रयासों के पूरक और सम्पूरक के लिए अभिप्रेरित करना है। राज्यों को उन जिलों में हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स में इस

4 Ibid.

हस्तक्षेप को शुरू करने पर विचार करना चाहिए जहां कडम्बू स्थापित और परिचालित हैं तथा उसके बाद मिली सीख के आधार पर धीरे-धीरे इन्हें उन्नत/बढ़ाया जा सकता है।

- इन दिशानिर्देशों का मुख्य ध्यान वर्णित मानसिक दशाओं की सार्थक देखभाल के प्रावधान पर है। समय के साथ और बीमारी के बोझ के आधार संबंधी राज्य विशेष के संदर्भ में स्वास्थ्य प्रणाली की परिपक्वता और प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सदस्यों/टीम की क्षमताओं के आधार पर अतिरिक्त MNS दशाएं शामिल की जा सकती हैं।
- ये परिचालन दिशानिर्देश हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स में व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के वितरण में मानसिक स्वास्थ्य को एकीकृत करने के लिए राज्य एवं जिला कार्यक्रम अधिकारियों और सेवा प्रदाताओं के लिए हैं।
- ये दिशानिर्देश DMPH दिशानिर्देशों की संबंधित अनुशंसाओं से अनुबद्ध और उनके आधार पर बनाए गए हैं। इसलिए चिकित्सा अधिकारियों और स्टाफ नर्सों की भूमिकाओं एवं जिम्मेदारियों के ब्योरे की व्याख्या नहीं की गई है क्योंकि वह सब पहले ही DMPH दिशानिर्देशों, परिचालन दिशानिर्देशों और परिचालन रूपरेखा में शामिल किए जा चुके हैं।
- ये दिशानिर्देश व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के वितरण के लिए अन्य स्वास्थ्य सेवा पैकेजों जोड़ने में राज्यों की सहायता के इरादे से तैयार अन्य दिशानिर्देशों का अभिन्न अंग हैं। अन्य सहयोगी दस्तावेजों में प्रशिक्षण पुस्तिका और मानक उपचार दिशानिर्देश शामिल हैं जो समय-समय पर अद्यतन और प्रचारित-प्रसारित किए जाएंगे।
- शहरी क्षेत्रों में राज्यों को ऐसी रणनीति बनाने की आवश्यकता होगी जो इन सेवाओं के वितरण के लिए एक मंच के रूप में सेवा करने के उद्देश्य से प्रभावी आउटरीच एवं स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को संयुक्त करेंगी। मानसिक, स्नायु तंत्र एवं मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी दशाओं की रोकथाम और प्रबंधन शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और शहरी समुदाय स्वास्थ्य केंद्रों के स्तर पर होने की संभावना है। स्वास्थ्य देखभाल केंद्रों और आउटरीच तंत्र राज्यों के अंदर एवं राज्यों में स्थानीय स्तर में भी बहुत अलग है। इसलिए इस प्रक्रिया को तेज करने से पहले प्रायोगिक एवं अध्ययन की प्रक्रियाओं के माध्यम से संदर्भ विशेष के आधार पर व्यवस्था तैयार करनी होगी। मौजूदा मंच और साझेदारियों से यह हस्तक्षेप लागू करने की प्रक्रिया मजबूत होगी ताकि शहरी जनसंख्या विशेषकर झुग्गी बस्तियों एवं आवासी कॉलोनिनों में रहने वाले व्यक्तियों के लिए मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित की जा सके।



परिचय

ये दिशानिर्देश निम्नलिखित छह MNS विकारों और दशाओं के समूह के लिए वृद्धिशील सेवाएं उपलब्ध कराने की समग्र कार्यान्वयन रूपरेखा उपलब्ध कराती हैं :

- i सामान्य मानसिक विकार (CMDs): अवसाद, चिंता, घबराहट विकार, दमन (सोमैटिशन) / मनोदैहिक (साइकोमैटिक) विकार
- ii गंभीर मानसिक विकार (SMDs): मनोविदलता या सिजोफ्रेनिया, द्विध्रुवी विकास, गंभीर अवसाद
- iii शिशु एवं किशोर मानसिक विकार (C & AMHDs): आचरण विकार, ध्यान अभाव सक्रियता विकार (अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर) (ADHD), विपक्षी विक्षेप विकार (ओपोजिशनल डेफिएंट डिसऑर्डर)
- iv स्नायु तंत्र विकार: मिर्गी एवं मनोभ्रंश (अल्जाइमर सहित)
- v मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी विकार (SUD): तंबाकू, अल्कोहल एवं मादक पदार्थों के सेवन संबंधी विकार
- vi आत्महत्या के विचार / व्यवहार संबंधी विकार

तालिका 1: इस दिशानिर्देशों के अंतर्गत शामिल मानसिक स्वास्थ्य विकारों की सामान्य प्रस्तुति का संक्षिप्त विवरण

तालिका 1 : मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं की सामान्य प्रस्तुति			
CMD	SMD	C&AMHD	SUDs
अनेक शारीरिक लक्षण मल्टीपल के साथ कोई स्पष्ट कारण नहीं, शरीर के अनेक अंगों में दर्द	व्यवहार में परिवर्तन दिखाई देना	शारीरिक एवं मानसिक भावनाओं या व्यवहार संबंधी समस्या (अर्थात ध्यान न लगाना,	अल्कोहल या अन्य मादक द्रव्य (अर्थात शरीर से अल्कोहल की गंध, अस्पष्ट बोलना,

CMD	SMD	C&AMHD	SUDs
<p>कम गतिविधि, आसानी से थकान होना, नींद में समस्या</p> <p>निरंतर दुखी रहना या अवसाद में रहना, चिंता</p> <p>जो सामान्य रूप से आनंद देती हैं, ऐसी गतिविधियों में रुचि कम होना या आनंद नहीं आना</p> <p>दिन प्रति दिन की गतिविधियों के बारे में अत्यधिक परेशान रहना</p> <p>ध्यान लगाने में कठिनाई</p> <p>चीखना—चिल्लाना</p> <p>छोटे—छोटे कारणों से क्रोधित होना</p>	<p>किसी कार्य, स्कूल, घरेलू या सामाजिक गतिविधियों संबंधी सामान्य जिम्मेदारियों की अनदेखी करना</p> <p>स्वयं की देखभाल कम करना</p> <p>स्वयं ही मुस्कुराना/ हंसना</p> <p>बातचीत कम करना/व्यक्तियों से अलग—थलग रहना</p> <p>उग्र, आक्रामक व्यवहार, या ऐसी गतिविधि घटना/ बढना</p> <p>झूठा विश्वास करना जो किसी व्यक्ति की संस्कृति में दूसरों के द्वारा साझा नहीं किया गया हो</p> <p>ऐसी आवाजें सुनाई देना या चीजें दिखाई देना जिनका अस्तित्व ही नहीं होता</p> <p>यह समझने को तैयार न होना कि उसे स्वयं को मानसिक स्वास्थ्य समस्याएं हैं</p>	<p>अत्यधिक गतिविधि, या बार—बार अवज्ञाकारी होना, अवज्ञा करना</p> <p>और आक्रामक व्यवहार, अकसर और/या गंभीर झल्लाहट, अकेला रहने की अत्यधिक चाहत, नियमित गतिविधियां करने या स्कूल जाने से मना करना)</p> <p>समकक्षों के साथ रहने या दैनिक गतिविधियां करने में परेशानी जो विशेष उम्र में सामान्य मानी जाती हैं</p> <p>स्कूल में समस्याएं (अर्थात आसानी से व्याकुल होना, कक्षा में व्यवधान, प्रायः मुसीबत में घिरना, स्कूल का काम करने में कठिनाई)</p> <p>नियम या कानून तोड़ने का व्यवहार, घर में या समुदाय में शारीरिक आक्रमण</p>	<p>गंभीरता/बेहोशी, अनियमित व्यवहार) से प्रभावित दिखाई देना</p> <p>तीव्र व्यवहारिक प्रभावों के चिह्न और लक्षण, विदड्रेवल फीचर्स या लंबे समय तक इस्तेमाल के प्रभाव</p> <p>सामाजिक कामकाज (काम पर या घर में परेशानी, अस्तव्यस्त दिखने) की विकृति</p> <p>सब्सटांस विदड्रेवल, ओवरडोज या नशे के कारण आपातकालीन प्रस्तुति</p> <p>व्यक्ति गंभीर, अत्यधिक उत्तेजित, विक्षुब्ध, चिंतित या भ्रमित दिखाई दे सकता है</p> <p>अन्य समस्याएं जैसे डायजेपाम (कॉम्पोज) जैसी साइकोएक्टिव मेडिकेशन्स के लिए बार—बार आग्रह, चोट, और इंद्रवीनस ड्रग के इस्तेमाल से संबंधित संक्रमण (एचआईवी/ एड्स, हेपेटाइटिस सी)</p>

नोट : प्रसव—उपरांत अवसाद इस तरह का अवसाद है जो शिशु जन्म के बाद अनेक (10 में एक) महिलाओं को अनुभव होता है। तालिका 1 में ब्दक के अंतर्गत वर्णित लक्षणों के अतिरिक्त माँ को अपने शिशु के साथ रिश्ता बनाने में भी कठिनाई हो सकती है तथा डरावने विचारों (अर्थात उसके शिशु को नुकसान पहुँचाने के विचार) के अनुभव भी हो सकते हैं।



सेवा वितरण ढांचा

मानसिक विकारों (अनुलग्नक E) से पीड़ित व्यक्तियों के प्रभावी आकलन, निदान, उपचार, सहायता और रेफर करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल टीम/सदस्य (आशा, एमपीडब्ल्यू (महिला/पुरुष), सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी, स्टाफ नर्स और चिकित्सा अधिकारी) के विभिन्न काडर में कौशल एवं दक्षताओं की आवश्यकता है। इनमें से प्रत्येक कार्य को करने के लिए अपेक्षित कौशल प्रत्येक काडर की भूमिकाओं और जिम्मेदारियों पर निर्भर है तथा अन्य सामान्य रोग दशाओं के लिए यह आवश्यक कौशलों से अलग हैं। कार्यकर्ता के प्रत्येक काडर/टीम को समुचित रूप से प्रशिक्षित करने की आवश्यकता है।

मानसिक स्वास्थ्य देखभाल को प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल में एकीकृत करने में सक्षम बनाने के लिए पांच स्तरीय दृष्टिकोण अपनाया जाएगा :

- i समुदाय स्तरीय स्वास्थ्य संवर्धन हस्तक्षेप और मानसिक स्वास्थ्य साक्षरता सुधारना जो मानसिक स्वास्थ्य के सामान्य लक्षणों, जोखिम कारकों/विकारों के कारणों, उपचार, कलंक और भेदभाव को कम करना, और मनोवैज्ञानिक फर्स्ट एड एवं स्वयं की देखभाल जैसी तकनीकों का उपयोग इत्यादि में योगदान करें।
- ii शीघ्र पहचान, जांच के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी को रेफर करना और फ्रंटलाइन वर्कर्स टीम द्वारा घर एवं समुदाय आधारित फोलो अप तथा एमपीडब्ल्यू/आशा फैसिलिटेटर्स द्वारा समुदाय सूचना निर्णय टूल (CIDT) का उपयोग सुनिश्चित करना।
- iii सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी (सीएचओ) द्वारा मानक स्क्रीनिंग टूल, साइको सोशल मैनेजमेंट एवं योग्य रेफरल द्वारा स्क्रीनिंग
- iv हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर—प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र / शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर चिकित्सा अधिकारी द्वारा निदान और उपचार शुरू करना
- v उच्चतर स्तर के केंद्रों (पीएचसी और अन्य रेफरल सेंटर्स) में रेफरल व उपचार शुरू करने और नियमित आपूर्ति एवं उपचार का अनुपालन सुनिश्चित करने के माध्यम से स्वास्थ्य केंद्र में उपचार तक पहुंच सुगम—सुलभ बनाकर उपचार में फर्क (साइकोसोशल और फार्माकोलोजिकल) को कम करना

सेवा वितरण

MNS विकारों और दशाओं के लिए सेवा वितरण प्रक्रियाओं को शासित करने वाले सामान्य सिद्धांत नीचे दिए हैं। चार विकार समूहों में से प्रत्येक के लिए विशिष्ट सेवा वितरण प्रक्रिया अनुलग्नक—A में दिए गए चित्र में ग्राफ के रूप में प्रस्तुत हैं (A.1 से A.5)

1. आइसी एवं समुदाय को एकजुट करने के माध्यम से जागरूकता निर्माण एवं कलंक और भेदभाव को कम करने की गतिविधियां समुदाय में आशा/एमपीडब्ल्यू संचालित करेंगे।
2. एमपीडब्ल्यू (महिला/पुरुष) और आशा फैंसिलिटेटर्स समुदाय में केस का पता लगाएंगे और MNS दशाओं वाले व्यक्तियों की पहचान करेंगे तथा आवश्यकता होने पर CIDT टूल का उपयोग करेंगे और जांच में पॉजिटिव पाए गए व्यक्तियों के लिए प्रासंगिक समुदाय—आधारित हस्तक्षेप पैकेज (अर्थात आराम पाने के लिए प्रशिक्षण, मनोवैज्ञानिक फर्स्ट एड, स्वयं की देखभाल के बारे में मार्गदर्शन आदि) उपलब्ध कराएंगे। वे साइकोसोशल हस्तक्षेपों के लिए व्यक्ति को हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर भी रेफर करेंगे तथा निदान और फार्माकोलोजिकल हस्तक्षेपों के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र रेफर करेंगे और समुदाय में व्यक्ति को फोलोअप करना जारी रखेंगे।
- 3 हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में रेफर किए गए व्यक्तियों तथा इस स्तर पर स्वास्थ्य केंद्र में सीधे रेफर करने वाले MNS दशाओं से पीड़ित व्यक्तियों की भी स्क्रीनिंग की जाएगी और प्रासंगिक हस्तक्षेप पैकेज वितरण किया जाएगा।

◆ कॉमन मेंटल डिऑर्डर्स (CMD)— सामुदायिक चिकित्सा अधिकारी—हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में CMD से पीड़ित व्यक्तियों को साइकोसोशल मदद उपलब्ध कराएंगे और ठीक हुए व्यक्तियों की समय-समय पर जांच करेंगे और निरंतर देखभाल के अंतर्गत मरीजों का घर पर या समुदाय में फोलो—अप किया जाएगा। आशा द्वारा मेडिकेशन का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए, उपचार अनुपालन सहायता उपलब्ध कराने के लिए घर पर फोलो—अप करेगी और जटिलताओं/ रेड फ्लैग्स खतरे की पहचान करेगी जिनके लिए रेफरल की आवश्यकता होगी। उप—स्वास्थ्य केंद्र हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर से उपचार का असर नहीं होगा उन्हें प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र—हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में रेफर किया जाएगा।

◆ SMD, SUD और C – AMHD – उपस्वास्थ्य केंद्र—हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी बुनियादी हस्तक्षेप उपलब्ध कराएंगे और निदान एवं उपचार शुरू करने के लिए उपलब्ध विशेषज्ञता के आधार पर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र या DMHP / STC सेंटर्स रेफर करेंगे। इन दशाओं के लिए उपचार शुरू होने पर उपस्वास्थ्य केंद्र—हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र की टीम मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेपों तथा उपचार अनुपालन सहायता के लिए फोलो—अप कर सकती हैं। यह कार्य समुदाय में फोलोअप गतिविधियां में आशा के साथ किया जा सकता है।

- ◆ मिर्गी और मनोभ्रंश – सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी क्लीनिकल निदान और फार्माकोलोजिकल प्रबंधन के लिए स्क्रीनिंग और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र रेफर करेगा। शहरी क्षेत्रों में स्क्रीनिंग शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में की जाएगी। दवाओं का वितरण एवं साइकोसोशल हस्तक्षेप और समुदाय आधारित फोलोअप हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर स्तर पर उपलब्ध कराए जाएंगे।
- 4. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र / शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तर पर रेफर किए गए व्यक्तियों और इस स्तर पर सीधे रेफर होने वाले व्यक्तियों को भी प्रासंगिक हस्तक्षेप पैकेज प्रदान किया जाएगा और जो ठीक हो जाएंगे उन्हें वापस भेज दिया जाएगा और उनकी निरंतर देखभाल और फोलोअप इसी स्तर पर किया जाएगा। हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर या समुदाय में जहां आशा/एमपीडब्ल्यू उपचार अनुपालन सहायता भी उपलब्ध कराएंगे।
- ◆ CMD – चिकित्सा अधिकारी पोस्ट पार्टम अवसाद सहित क्लीनिकल डायग्नोस करेंगे और फार्माकोलोजिकल उपचार (जहां आवश्यक हो) शुरू करेंगे और साइकोसोशल हस्तक्षेपों के लिए वापस हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर रेफर करेंगे।
- ◆ SMD, SUD और C – AMHD – चिकित्सा अधिकारी जांच करेगा, बुनियादी उपचार उपलब्ध कराएगा तथा जहां कहीं लागू हो, दवाओं के उपचार के लिए ओरल सब्सटीट्यूशन ट्रीटमेंट (OST) के लिए DMHP/STC में मनोवैज्ञानिक, क्लीनिकल साइकोलोजिस्ट के पास रेफर करेगा। चिकित्सा अधिकारी फोलोअप उपलब्ध कराएगा और STC में साइकैटरिस्ट से परामर्श के बाद वापस भेजेगा।
- ◆ मिर्गी और मनोभ्रंश – चिकित्सा अधिकारी क्लीनिकली डायग्नोस करेंगे और जिला अस्पताल / STC में पर्याप्त रेफरल के साथ आवश्यकतानुसार फार्माकोलोजिकल प्रबंधन उपलब्ध कराएंगे। चिकित्सा अधिकारी मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेपों और दवाओं की आगे की उपलब्धता के लिए हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर वापस रेफर करेगा जिसके साथ समुदाय में आशा फोलोअप उपलब्ध कराएगी।

RBSK और RBSK कार्यक्रम के साथ जुड़ना (C & AMHD विकारों के लिए)

- ▶ 11 वर्ष तक के MNS विकारों वाले बच्चों को RBSK टीम को रेफर किया जाएगा और RBSK टीम प्रबंधन और रेफरल प्रक्रियाओं के अनुसार उनका प्रबंधन करेगी।
- ▶ 11 वर्ष से 18 वर्ष तक के MNS विकारों से पीड़ित किशोरों को रेफर किया जाएगा और RBSK टीम किशोर अनुकूल हेल्थ क्लीनिक (AFHC) में प्रबंधन एवं रेफरल प्रक्रियाओं के अनुसार प्रबंधन करेगी।
- ▶ हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी ऐसे मामलों के फोलोअप में प्रशिक्षित होने चाहिए तथा उपचार अनुपालन, जटिलताओं की पहचान और समुचित रेफरल सुनिश्चित किया जाना चाहिए।

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य के लिए हस्तक्षेपों में देखभाल के विभिन्न स्तरों पर सेवाओं के नेटवर्क के साथ समन्वय किया जाएगा और व्यापक स्वास्थ्य मजबूती के माध्यम से उपलब्ध कराया जाएगा। स्वास्थ्य से अलग अन्य सरकारी क्षेत्रों,

