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

NATIONAL HEALTH MISSION
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

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, वर्गीज 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. बेंगलुरू : 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 डिमेंसिया इंडिया रिपोर्ट : प्रीवेलेंस, इम्पैक्ट, कॉस्ट(स एंड सर्विसेज फॉर डिमेंशिया : इग्जीक्यूटिव समरी. (ईडीएस), एआरडीएसआई, नई दिल्ली

3 भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद, पब्लिक हेल्थ फाउंडेशन ऑफ इंडिया, और इन्स्टीट्यूट फॉर हेल्थ मीट्रिक्स एंड इवैल्युएशन, भारतः हेल्थ ऑफ द नैशन्स 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 डछै 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 अधारित 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 क्डभ्च् 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 कॉलोनियों 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 लगना,	अल्कोहल या अन्य मादक द्रव्य (अर्थात शरीर से अल्कोहल की गंध, अस्पष्ट बोलना,

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

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 ब्डक 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 पहंचाने 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 फैसिलिटेटर्स 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 डिसॉर्डर्स (CMD)– सामुदायिक चिकित्सा अधिकारी–हेल्थ एँड 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 करेंगी 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 रैफर 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 रैफर 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 रैफर 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 रैफर करेगा। चिकित्सा अधिकारी फोलोअप उपलब्ध कराएगा और STC में साइकैटरिस्ट से परामर्श के बाद वापस भेजेगा।
   - मिर्गी और मनोभ्रंश – चिकित्सा अधिकारी क्लीनिकली डायाग्नोस 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 रैफर 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 रैफर किया जाएगा और RBSK टीम प्रबंधन और रेफरल प्रक्रियाओं के अनुसार उनका प्रबंधन करेगी।
- 11 वर्ष से 18 वर्ष तक के MNS विकारों से पीडित किशोरों को रैफर 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,

गैर–सरकारी संगठनों और समुदाय स्तरीय समूहों के साथ सहयोग के साथ स्वयंसेवकों को खासतौर से समुदाय स्तरीय देखभाल के लिए तालमेल बिठाना होगा। इनमें शामिल है –

A समूह की बैठकों, स्वास्थ्य संवर्धन गतिविधियों और MNS संबंधी सेवाओं में सहायता के लिए गैर–सरकारी संगठन (एनजीओ) का सहयोग

B. सरकारी विभाग जैसे – सामाजिक न्याय एवं सशक्तिकरण विभाग, महिला एवं बाल विकास विभाग, स्कूल स्वास्थ्य, जिला विधिक सेवा प्राधिकरण, पंचायती राज संस्थान (PRI), शहरी स्थानीय निकाय आदि MNS विकारों वाले व्यक्तियों के लाभ के लिए MNS सेवाओं और अधिकारों/योजनाओं /कार्यक्रमों तक पहुंच को आसान बनाने के लिए (उदाहरणः– विकलांगता अधिनियम के तहत विकलांगता प्रमाणपत्र उपलब्ध करना)

C. स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, RBSK, RKSK जैसे अन्य कार्यक्रमों के साथ रेफरल और एकीकृत/समन्वित देखभाल संपर्क

D. सरकारी MNS सेवाओं के लिए शीघ्र रेफरल को बढ़ावा देने के लिए पारिवारिक/विश्वासपात्र चिकित्सकों से समन्वय और संपर्क

साक्ष्यों से पता चलता है कि मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का कार्यान्वयन सुनिश्चित करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल कार्यकर्ता विभिन्न मानसिक विकारों को पहचान सकते हैं और चिंता, अवसाद और खतरनाक अल्कोहल के सेवन जैसी सामान्य समस्याओं के लिए प्राथमिक प्रबंधन उपलब्ध करा सकते हैं अथवा व्यापक स्तर पर शुरू में यह चुनौती पैदा कर सकती है। टेलीकनसल्टेशन के उपयोग के माध्यम से उच्चतर केंद्रों में सेवा प्रदाताओं तक पहुंच को प्रोत्साहन देने की आवश्यकता है।

व्यक्ति/परिवार/समुदाय स्तर :

आशा, आशा फैसिलिटेटर्स एम.पी.डब्ल्यू. M/F जैसे फ्रंटलाइन वर्कर्स सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी समुदाय, मंचों के माध्यम से देखभाल उपलब्ध कराएंगे। इस स्तर पर प्रदान किए जाने वाले हस्तक्षेपों में शामिल होंगे :

A. मानसिक स्वास्थ्य दशाओं के बारे में जागरूकता कार्यक्रम और निवारक एवं प्रोत्साहक संदेशों के लिए सामान्य रूप से सूचना, शिक्षा, संचार (IEC) और समुदाय को एकजुट करके कलंक को कम करना, समूह स्तर पर कलंक कम करने की गतिविधियां, विभिन्न स्वास्थ्य देखभाल मंचों पर उपलब्ध सेवाओं की जानकारी उपलब्ध कराना, सामान्य मानसिक विकारों के सामान्य लक्षण और आत्महत्या उद्भावना, जेंडर आधारित हिंसा (घरेलू हिंसा, यौन हिंसा इत्यादि), बच्चों के साथ दुर्व्यवहार (भावनात्मक, शारीरिक या यौन दुर्व्यवहार), मादक पदार्थों के सेवन पर निर्भरता जैसे मानसिक स्वास्थ्य दशाओं के लिए जोखिम कारणों के रूप में कार्य करने वाली सामाजिक समस्याओं के बारे में जागरूकता और सिफारिश

B. स्वस्थ जीवनशैली के उपाय जैसे संतुलित आहार, व्यायाम, सोते समय साफ–सफाई और तनाव प्रबंधन

C. समुदाय में CIDT टूल (सी.एच.ओ./एम.पी.डब्ल्यू./आशा फैसिलिटेटर के माध्यम से) और/या अन्य जांच सूची, जैसी लागू हो, के उपयोग से MNS विकारों के मामलों की पहचान करना और जांच एवं प्रबंधन के लिए हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में रैफर करना।

D. समुदाय स्तर पर अवसाद की जल्दी पहचान के लिए CBAC फार्म में रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली (पी.एच.क्यू. 2) शामिल की जानी है

E. बुनियादी मनोवैज्ञानिक–शिक्षा, मनौवैज्ञानिक फर्स्ट एड, बुनियादी आत्महत्या जोखिम आकलन/प्रबंधन के माध्यम से व्यक्तिगत और परिवार स्तर पर साइकोसोशल दक्षताओं में सुधार करना।

F. जहां लागू हो समुदाय में फोलोअप और उपचार अनुपालन सहायता उपलब्ध कराना

हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर - उपस्वास्थ्य केंद्र स्तर :

सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स में स्क्रीनिंग एवं प्राथमिक प्रबंधन सहित प्राथमिक स्तर की देखभाल उपलब्ध कराएंगे तथा उपचार प्रोटोकोल के अनुपालन करेंगे। इस स्तर पर सेवा वितरण हस्तक्षेपों में शामिल होंगे :

A. व्यक्तिगत स्तर पर जागरूकता बढ़ाने और कलंक कम करने की गतिविधियां तथा MNS दशाओं वाले सभी समूहों के लिए मनोवैज्ञानिक जानकारी उपलब्ध कराना

B. परिवार स्वास्थ्य संवर्धन कार्यक्रम, स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, सकारात्मक अभिभावकत्व और योग सहित शारीरिक गतिविधियां की पहल

C. CMD–स्क्रीनिंग/पहचान, मानसिक एवं सामाजिक हस्तक्षेप (बुनियादी परामर्श, मानसिक फर्स्ट एड, समस्या समाधान, व्यवहार उत्प्रेरण, संज्ञानात्मक व्यवहार तकनीकें, तनाव प्रबंधन, जीवन–कौशल प्रशिक्षण, जीवनशैली में सुधार, विकासात्मक विकारों के लिए सिम्पल मल्टीमॉडल मल्टीसेंसरी स्टिमुलेशन तकनीक सोते समय साफ–सफाई के बारे में परामर्श) रेफरल, और प्रसव उपरांत अवसाद सहित CMD के लिए फोलोअप करना।

D. SMD – स्क्रीनिंग / पहचान, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में रेफरल तथा फोलोअप, समुदाय आधारित पुनर्वास, परिवार आधारित हस्तक्षेप, स्वयं सहायता समूहों की बैठकें आयोजित करना

E. C – AMHDS – स्क्रीनिंग/पहचान, पीएचसी में रेफरल और फोलोअप

F. SUDs – स्क्रीनिंग/पहचान, संक्षिप्त हस्तक्षेप/प्रबंधन (आवर्तन रोकथाम सहित), हानि कम करने के लिए परामर्श देना, ओवरडोज/विषाक्तता के लिए फर्स्ट एड रिस्पॉन्स, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र या OST सेंटर जैसे एडिक्शन/निर्भरता उपचार केंद्र में रेफरल तथा फोलोअप

G. हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी स्क्रीनिंग गतिविधि के दौरान अवसाद के लिए व्यक्तियों, रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली (पी.एच.क्यू.) 9 देंगे और उनके उत्तरों पर अंक देंगे। MNS दशाओं के लिए हस्तक्षेप प्राप्त कर रहे रोगियों का नियमित फोलोअप तथा उनके पी.एच.क्यू. 9 अंक में सुधार के लिए निगरानी की जाएगी।

H. जिला अस्पताल/मेडिकल कॉलेज में चिकित्सा अधिकारी या मनोवैज्ञानिक की लिखी दवाओं के हिसाब से लिखी दवाएं वितरित करना

I. आत्महत्या जोखिम का आकलन, रेफरल और आत्महत्या के विचार आने और व्यवहारों के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा फोलोअप

J. दौरे (मिर्गी का संकेत) और मनोभ्रंश की स्क्रीनिंग और उनकी पहचान करना। फार्माकोलोजिकल हस्तक्षेप के लिए मिर्गी और मनोभ्रंश के क्लीनिकल निदान के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सा अधिकारी के पास रेफर करना।

K. मनोभ्रंश से पीड़ित व्यक्ति के लिए व्यापक आजीवन योजना विकसित और कार्यान्वित की जानी चाहिए। इस योजना में निम्नलिखित शामिल होने चाहिए–मेडिकेशन सहित संज्ञानात्मक दोष का प्रबंधन (प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सा अधिकारी द्वारा आरंभ होने पर), व्यवहारिक एवं मनोवैज्ञानिक लक्षणों की रोकथाम और प्रबंधन के लिए रणनीतियां, एक से अधिक रोग होने की दशा का प्रबंधन, सामान्य स्वास्थ्य और कल्याण को प्रोत्साहन, सामाजिक संलग्नता और जीवन की गुणवत्ता, सुरक्षा मुद्दे– ड्राइविंग, कार्य, गिरने का जोखिम, कानूनी योजना और अग्रिम देखभाल निर्देश। मनोभ्रंश से पीड़ित व्यक्ति और उसकी देखभाल करने वालों/परिवार के सदस्यों के लिए मनोवैज्ञानिक–सामाजिक सहायता।

L. उपर्युक्त प्रत्येक विकार के लिए फोलोअप में निम्नलिखित गतिविधियां शामिल होंगी– मनोवैज्ञानिक–सामाजिक सहायता निरंतर जारी रखना, उपचार अनुपालन सहायता परामर्श, डॉक्टर की लिखी दवाओं के लिए दुष्प्रभावों और विषाक्तता की जांच करना, रिलेप्सेस और पुनः बीमार होने से बचने के लिए निगरानी, रेड फ्लैग (खतरे) के लक्षणों की जांच, मनोभ्रंश एवं मिर्गी रोगियों के साथ दुर्व्यवहार एवं अनदेखी के लक्षण तथा आवश्यकता होने पर समुचित उच्च स्तरीय केंद्र में रेफर करना।

M. निम्नलिखित के साथ संपर्क स्थापित करना–A) समूह बैठकों, स्वास्थ्य संवर्धन गतिविधियों और MNS संबंधी सेवाओं में सहायता के लिए गैर–सरकारी संगठन B) सरकारी विभाग जैसे – सामाजिक न्याय एवं सशक्तिकरण विभाग, महिला एवं बाल विकास विभाग,

स्कूल स्वास्थ्य, जिला विधिक सेवा प्राधिकरण, पंचायती राज संस्थान (PRI), शहरी स्थानीय निकाय आदि MNS विकारों वाले व्यक्तियों के लाभ के लिए MNS सेवाओं और अधिकारों/योजनाओं/कार्यक्रमों तक पहुंच को आसान बनाने के लिए (उदाहरणः– विकलांगता अधिनियम के तहत विकलांगता प्रमाणपत्र उपलब्ध करना) C) व्यक्तियों को सरकारी MNS सेवाओं के दायरे में लाने के लिए धर्म गुरुओं के साथ संपर्क D) रेफरल और अन्य कार्यक्रमों (स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम, बुजुर्ग एवं प्रशामक देखभाल, संचारी रोग एवं गैर–संचारी रोग कार्यक्रम इत्यादि) के साथ एकीकृत/समन्वित देखभाल सपंर्क।

प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर) स्तरः

चिकित्सा अधिकारी सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी/प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र टीम को अपेक्षित निर्देशों के साथ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में सेवाएं उपलब्ध कराएंगे। इस स्तर पर प्रदान किए जाने वाले हस्तक्षेपों में निम्नलिखित शामिल हैं :

A. व्यक्तिगत स्तर पर जागरूकता और कलंक कम करने की गतिविधियां जैसे मनोवैज्ञानिक शिक्षण

B. CMD, मिर्गी और मनोभ्रंश के लिए पहचान/निदान, मनोवैज्ञानिक जानकारी, फार्माकोलोजिकल प्रबंधन, रेफरल और फोलोअप (जब तक कि चिकित्सा अधिकारी रेफर की आवश्यकता अनुभव न करे) तथा दवाओं की ओवरडोज/विषाक्तता का बुनियादी प्रबंधन

C. SMD, SUD और C & AMHD के लिए पहचान/निदान, और पुष्टि निदान के लिए तथा उपचार शुरू करना। जिला अस्पताल/मेडिकल कॉलेज में विशेषज्ञों से परामर्श के साथ DH/MC में उपचार शुरू होने पर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में फार्माकोलोजिकल प्रबंधन

D. आत्महत्या जोखिम आकलन, बुनियादी आत्महत्या प्रबंधन, रेफरल, फोलोअप और विषाक्तता का आपातकालीन प्रबंधन

E. अनुपालन सहायता के लिए उपचार परामर्श, स्टेटस एपिलेक्टिकस होने से रोकने के लिए इनफ्रा नासल मिडाजोलम का उपयोग, दुष्प्रभावों/विषाक्तता का आकलन, मानसिक स्वास्थ्य दशाओं वाले और मनोभ्रंश रोगियों में दुर्व्यवहार या अनदेखी के लक्षणों के आकलन सहित प्रत्येक दौरे पर फोलोअप

F. इन्ट्रानेजल (नाक द्वारा) या/मसल (स्नायु द्वारा) मिडाजोलम द्वारा की जाने सीजर्स के लिए आपातकालीन देखभाल। स्थिर करने के लिए और फिर STC रेफर करें।

---

5 राज्य से परामर्श के बाद उपस्वास्थ्य केंद्र–हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर आवश्यक दवा सूची में शामिल किया जाना है

G. चिकित्सा अधिकारी रोगियों के संबंध में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों में बाल चिकित्सक/फिजिशियन और प्रबंधन सहायता के लिए DMHP/STC के साथ अपवर्ड रेफल तथा हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में CHO के साथ डाउनवर्ड रेफल बनाए रखने और दवाओं की आपूर्ति/मनोवैज्ञानिक–सामाजिक सहायता के लिए उनके फोलोअप के लिए जिम्मेदार होंगे।

नोट : किशोर एवं किशोरियों और उससे अधिक उम्र के वयस्कों में CMD, SMD और SUD प्रबंधन के सामान्य सिद्धांत इन पृथक आयु समूहों की विशिष्ट आवश्यकताएं पूरी करने के लिए जरूरी संशोधन के साथ समान रहेंगे। इसी प्रकार CMD प्रबंधन के लिए सिद्धांतों को प्रसव–उपरांत/मातृत्व अवसाद के प्रबंधन में लागू किया जा सकता है। यद्यपि संदेह होने पर DMHP/STC में विशेषज्ञ को रेफर कर सकते हैं।

द्वितीयक सूची

- विशेषज्ञ (मनोचिकित्सक, स्नायु रोग विशेषज्ञ, बाल रोग चिकित्सक, क्लीनिकल मनोचिक्सिक, मनोवैज्ञानिक सामाजिक कार्यकर्ता) द्वितीयक स्तर पर रेफरल के बाद मल्टी–डिसिपिलिनरी देखभाल उपलब्ध कराएंगे।
- एकीकृत और समन्वित ढंग से सीएचसी/पीएचसी/यूपीएचसी/एचडब्ल्यूसी स्तरों पर MNS दशाओं वाले व्यक्तियों के निरंत प्रबंधन के लिए वर्तमान क्लीनिकल सहायता और पर्यवेक्षण उपलब्ध कराएंगे।

आयुष सेवाएं :

मानसिक स्वास्थ्य के लिए आयुष सेवाओं की व्यवस्था करना

- सबसे निचले स्तर पर (जहां आयुर्वेदिक डॉक्टर तैनात हो) मानसिक स्वास्थ्य के लिए सामान्य रूप से उपयोग होने वाली दवाओं की सूची (EDL के आधार पर नवीनतम) सुनिश्चित की जाएगी।
- पहचान/प्रबंधन/वर्तमान एलोपैथिक उपचार के पूरक के लिए समान शर्तों का उपयोग आयुर्वेदिक डॉक्टरों के उन्मुखीकरण (ओरिएंटेशन) कार्यक्रम के रूप में उपलब्ध होगा।
- परिवार स्तर पर – समान्य रूप से उपयोग किए जाने वाले औषधीय पौधों की सूची उपयोग, आंशिक उपयोग, तैयारी, खुराक ओर ड्रग इंटरेश्क्शन के साथ दी जाएगी।
- आयुष के अंतर्गत रोगी को भर्ती करने की सुविधाओं वाले अस्पताल ऐसे रोगियों की भी देखभाल करेंगे जो एलोपैथिक दवाएं छोड़ना चाहते हों (अर्थात अनिद्रारोग के लिए क्लोंजेपाम का लंबे समय तक उपयोग)

नोट : मानसिक स्वास्थ्य दशाओं के लिए आयुष सेवाओं की अनुशंसा आयुष मंत्रालय और आयुर्वेद में विशेषज्ञों से परामर्श के बाद की गई है।

आयुष डॉक्टरों द्वारा लिखी जा रही दवाइयों का प्रकार उसकी विशेषज्ञता के प्रकार पर आधारित होगा। तदनुसार प्रासंगिक दवाई उपलब्ध कराई जाएगी।

व्यवहार परिवर्तन संचार के लिए आई.ई.सी. के उपयोग सहित स्वास्थ्य संवर्धन

A. मानसिक स्वास्थ्य संवर्धन का तात्पर्य मानसिक रूग्णता के बजाय सकारात्मक मानसिक स्वास्थ्य से है। इसमें ज्ञान में सुधार और व्यक्तिगत एवं सामुदायिक स्वास्थ्य के अनुकूल जीवन, कौशल शिक्षा सहित जीवन कौशलों में सुधार सहित स्वास्थ्य साक्षरता में सुधार के लिए डिजाइन किए गए संचार के कुछ रूपों के साथ सीखने के सोच समझ कर बनाए गए अवसर शामिल हैं।

B. मानसिक स्वास्थ्य में समुदाय की एकजुटता निम्नलिखित के माध्यम से सुगम बनाई जाएगी :

- IEC/आई.सी.सी. और मानसिक स्वास्थ्य साक्षरता और मौजूदा समुदाय मंचों/प्रक्रियाओं के साथ सेवा वितरण को जोड़ना अर्थात वी.एच.एस.एन.सी./एम.ए.एस., वी.एच.एन.डी./यू.एच.एन.डी., स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम और पी.आर.आई./यू.एल.बी. (ULBs)
- सम्पूर्ण समुदाय अभियानों/समूह सूचना सत्रों, समकक्ष–सहायता दृष्टिकोणों या विद्यालय आधारित हस्तक्षेपों के माध्यम से प्रचारित–प्रसारित मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा और संवर्धन संदेश
- मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा का कार्यान्वयन, रोकथाम और संवर्धन हस्तक्षेप स्वास्थ्य क्षेत्र के पारंपरिक कार्य से आगे काम करते हैं और इसलिए विभिन्न क्षेत्रों के बीच समन्वय के लिए ठोस व्यवस्था की आवश्यकता है। उदाहरण के लिए मानसिक स्वास्थ्य विकारों (लिंग आधारित हिंसा, बच्चों के साथ दुर्व्यवहार, स्कूल और कॉलेज में सताना या धमकाना, मादक पदार्थों पर निर्भरता, कार्य स्थल तनाव प्रबंधन या और समाजिक मुसीबतों के अन्य रूप) के विकास के लिए जोखिम के कारण कम करने की दिशा में काम करने के लिए अन्य सरकारी विभागों के साथ सहयोग की आवश्यकता होगी।

C. सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी के नेतृत्व में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल दल को समुदाय को एकजुट करने और निम्नलिखित के लिए लक्षित आई.ई.सी. सुनिश्चित करने के लिए योजना तैयार करनी चाहिए :

- समुदाय के बीच संवाद को प्रेरित करना और समूह सूचना सत्रों के माध्यम से मानसिक स्वास्थ्य, मिर्गी और मनोभ्रंश संबंधी मिथकों, भ्रांतियों और वर्जनाओं और कलंक को दूर करना
- मानसिक स्वास्थ्य विकारों, जोखिम के कारणों और लक्षणों की निगरानी के बारे में जागरूकता पैदा करना
- मानसिक स्वास्थ्य को प्रोत्साहन देने के लिए अपनी देखभाल स्वयं करने के उपायों के साथ समुदाय को सशक्त करना तथा कठिन स्थितियों का सामना करने में व्यक्तियों/परिवार/समुदाय की सहायता करना

- मिर्गी जैसी उपचार योग्य दशाओं के बारे में जागरूकता पैदा करना
- उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के साथ व्यक्तियों को जोड़ना
- उन सामाजिक मुद्दों के बारे में निरंतर जानकारी के माध्यम से जागरूकता फैलाना एवं जानकारी बढ़ाना जो विशेषरूप से महिलाओं और बच्चों में संकट/मानसिक स्वास्थ्य दशाओं के विकसित होने के लिए जोखिम के कारण हैं।

D. मानसिक स्वास्थ्य जानकारी में सुधार से मानसिक स्वास्थ्य दशाओं की जल्दी पहचान, प्रबंधन या रोकथाम, जीवनशैली में सकारात्मक परिवर्तन करने को प्रोत्साहित करने, संकटपूर्ण स्थितियों (व्यक्तिगत या सामाजिक) के लिए सहानुभूति पैदा करने और सहायता करने तथा कलंक और भेदभाव कम करने में सहायता मिलेगी।

E. समुदाय में जागरूकता के माध्यम से सेवा उपयोग करने वालों और देखभाल प्रदान करने वालों को MNS सेवाओं के लिए मांग तथा पहुंच बढ़ाने के लिए सशक्त किया जाएगा।

रेफरल और उपचार : देखभाल को निरंतर बनाए रखना सुनिश्चित करना:

A. सभी स्तरों पर स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराने वालों को ऐसी स्थितियों के लिए सतर्क रहना चाहिए जिनमें द्वितीयक और तृतीयक देखभाल के लिए रेफर करने की आवश्यकता पड़ सकती है। इनमें ऐसी स्थिति शामिल है जहां उपचार के लिए कोई प्रतिक्रिया न हो, फार्माकोलोजिकल हस्तक्षेपों के गंभीर दुष्प्रभाव, एक से अधिक शारीरिक और/या मानसिक स्वास्थ्य दशाओं को होना तथा स्वयं को हानि पहुंचाने/आत्महत्या इत्यादि का जोखिम हो।

B. उच्च आत्महत्या जोखिम जैसी तीव्र आकस्मिकताओं के मामलों को छोड़कर जब इंगित और उपलब्ध द्वितीयक एवं तृतीयक देखभाल मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए आदर्श रूप से चिकित्सा अधिकारी को रेफरल करना चाहिए।

C. द्वितीयक और तृतीयक स्तर पर मनोचिकित्सक द्वारा निदान की शुरुआत एवं उपचार के आरंभ के लिए रेफरल के मामले में भी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सा अधिकारी तथा हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी तथा समुदाय के स्तर पर फ्रंटलाइन वर्कर्स साइकोसोशल सहायता के लिए फोलोअप और उसके बाद फार्माकोलोजिकल प्रबंधन (जहां जरूरी हो) और उपचार अनुपालन एवं दुष्प्रभावों इत्यादि के लिए फोलोअप उपलब्ध कराएंगे।

D. प्राथमिक देखभाल चिकित्सा उपलब्ध कराने वालों और विशेषज्ञों के बीच दूरी को दूर किया जाना चाहिए। ऐसा हासिल किया जा सकता है जब जिला केंद्र या उच्चतर केंद्र पर विशेषज्ञ उपचार की पर्याप्तता, उपचार की योजना में किसी परिवर्तन और अन्य रेफरल कार्रवाई के बारे में प्राथमिक चिकित्सा अधिकारी को सूचना देने में सक्षम हो सकते हैं।

E. सेवाओं तक पहुंच बढ़ाने और दूरदराज की जनसंख्या तक पहुंचने के लिए मोबाइल मेडिकल यूनिट सेवा वितरण का विस्तार करने में सक्षम होंगी और देखभाल के प्रावधान एवं देखभाल की निरंतरता स्थापित करने के लिए भूमिका निभाएंगी।

निम्नलिखित स्थितियों में निदान की शुरुआत और उपचार आरंभ करने के लिए जहां कहीं मनोचिकित्सक उपलब्ध हो द्वितीय या तृतीयक देखभाल मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए रेफरल किया जाना चाहिए :

- ऑटिज्म जैसी विकासात्मक स्वास्थ्य दशाओं से पीड़ित बच्चे
- अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर (एडीएचडी) जैसी मानसिक स्वास्थ्य/मेडिकेशन्स की आवश्यकता वाली विकासात्मक समस्याओं से पीड़ित बच्चे
- ओपियोइड सब्सटीट्यूशन थेरेपी (ओएसटी) शुरू करने की आवश्यकता होने वाले लोग
- तीव्र मानसिक स्वास्थ्य दशाओं (SMD) से पीड़ित लोग
- मानसिक स्वास्थ्य दशाओं के साथ शारीरिक विकार जैसे पार्किंसन रोग के साथ अवसाद
- एक साथ कई मानसिक स्वास्थ्य दशाओं की उपस्थिति जैसे अवसाद के साथ ऑबसेस्टिव कम्पलसिव डिसऑर्डर (OCD)
- स्वयं को हानि/आत्महत्या का उच्च जोखिम
- अन्यों को उच्च जोखिम (हिंसा)

निम्नलिखित दशाओं में ऐसे रोगियों को प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र से STC में रेफरल करना जिनका उपचार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद में शुरू हो गया है :

- यदि एक समय में एक दवा का उपयोग करने से व्यक्ति इस डिसआर्डर के लिए जरूरी एक से अधिक वर्ग की मेडिकेशन की पर्याप्त खुराक और अवधि के साथ अनुक्रिया नहीं करता
- यदि समुचित उपचार के बावजूद अधिक उत्तेजना कम नहीं होती
- अधिक दुष्प्रभावों के आपात प्रबंधन के बाद फार्माकोलोजिकल हस्तक्षेपों के साथ गंभीर दुष्प्रभाव (केवल आवश्यकता होने पर ही)

* चिकित्सा अधिकारी उच्च स्तर की ओपियोइड निर्भरता (NDPS ACT और नियमावली के मद्देनजर) वाले क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में OST सेवाएं (पर्याप्त प्रशिक्षण के बाद) उपलब्ध करवा सकते हैं।

मिर्गी : निम्नलिखित दशाओं में जहां कहीं विशेषज्ञ (बाल रोग विशेषज्ञ, स्नायु रोग विशेषज्ञ) उपलब्ध हों STC को रेफरल करना चाहिए :

- सीजर्स वाले रोगियों में रेड फ्लैग्स
  - बुखार

- सिर दर्द
- उल्टी आना
- परिवर्तित (ऑल्टर्ड) सेंसोरिम
- अधिक चक्कर आना
- शरीर का कार्य न कर पाना

- नए लक्षण एवं मिर्गी की समस्या तेजी से बढ़ रही हो
- हाल ही में चोट लगी हो
- कम समय में ज्यादा मात्रा में अल्कोहल सेवन और उसके बाद लक्षण नजर आना*
- स्थिरीकरण के बाद 'स्टेटस एपिलेप्टिकस' जैसी कोई अन्य आकस्मिकताएं
- यदि व्यक्ति उस विकार के लिए दी गई दवा की पर्याप्त खुराक और अवधि के साथ अनुक्रिया नहीं करता
- फार्माकोलोजिकल हस्तक्षेपों के साथ गंभीर दुष्प्रभाव

* अल्कोहल निर्भरता के लिए मनोवैज्ञानिक–सामाजिक प्रबंधन के लिए हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर (HWC) में डाउनवर्ड रेफरल भी किया जाना चाहिए

मनोभ्रंश : निम्नलिखित दशाओं में जहां विशेषज्ञ (फिजिशियन, स्नायु रोग विशेषज्ञ) उपलब्ध हों STC को रेफरल करना चाहिए :

- यदि निदान नहीं किया जा सका/आगे कार्य की आवश्यकता है, स्नायु रोग विशेषज्ञ, प्रशिक्षित या मनोचिकित्सक से लैस उच्चतर केंद्र में रेफरल
- निश्चित रेडफ्लैग्स की उपस्थिति (बुखार, सिरदर्द, उल्टी लगना, फोकल डेफिसिट जैसे एकपक्षीय कमजोरी या दो–दो दिखाई देना, आल्टर्ड सेंसोरिम)
- नए लक्षण दिखाई देने की समस्या तेजी से बढ़ रही हो
- हाल ही में चोट
- कम समय में अधिक मात्रा में अल्कोहल सेवन*
- बढ़ती आक्रामकता, हिंसा (स्वयं को हानि पहुंचाना या दूसरों पर निर्देशित)
- निर्धारित दवा की पर्याप्त खुराक और अवधि से अनुक्रिया नहीं

* अल्कोहल निर्भरता के लिए मनोवैज्ञानिक–सामाजिक प्रबंधन के लिए हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर (HWC) में डाउनवर्ड रेफरल भी किया जाना चाहिए

दवाएं और निदान :

A. दवाओं की आपूर्ति राज्य आवश्यक सूची (EDL), केंद्र के अनुसार होनी चाहिए तथा सभी स्तरों पर बफर (अतिरिक्त) स्टॉक बनाए रखा जाएगा।

B. व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल–आई.टी एप्लिकेशन से जुड़ी औषधि एवं वैक्सीन वितरण प्रणाली (डी.वी.डी.एम.एस.) से नियमित रूप से आवश्यक दवाओं एवं निदान की आपूर्ति और उपलब्धता में सहायता करनी चाहिए।

C. प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तर पर चिकित्सा अधिकारी दवाएं लिखेंगे।

D. समुदाय में फोलोअप किए जा रहे रोगी के लिए दवाओं का अनुवर्ती वितरण चिकित्सा अधिकारी के परामर्श से और अनुशंसा पर सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी उपस्वास्थ्य केंद्र/हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स (HWC) के स्तर पर कर सकते हैं।

E. प्राथमिक देखभाल में उपयोग के लिए अनुशंसित दवाएं अनुलग्नक B में दी गई हैं।

मानव संसाधन और क्षमता निर्माण योजना:

A. मानव संसाधन

प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल टीम की भूमिकाएं और जिम्मेदारियां इस प्रकार हैं :

सेवा प्रदाता	भूमिका
आशा/एम.पी.डब्ल्यू./आशा फैसिलिटेटर्स	◗ समुदाय स्तरीय जागरूकता और कलंक उन्मूलन कार्यक्रम चलाना ◗ MNS दशाओं संबंधी मिथकों के बारे में जानकारी/ज्ञान का प्रचार–प्रसार करना ◗ CIDT और अन्य उपलब्ध जांचसूची आशा फैसिलिटेटर्स (एम.पी. डब्ल्यू./एफ.) के उपयोग से MNS दशाओं की पहचान/पता लगाना ◗ फ्रन्टलाइन वर्कर्स के माध्यम से बेसिक साइकोलोजिकल देखभाल वितरण करना ◗ समुचित प्रक्रिया के अनुसार रेफर करना (एम.पी.डब्ल्यू.) ◗ समुदाय में उपचार अनुपालन सहायता और फोलोअप देखभाल उपलब्ध कराना

सेवा प्रदाता	भूमिका
सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी (CHO)	◗ व्यक्तिगत स्तर पर जागरूकता और कलंक उन्मूलन गतिविधियां चलाना ◗ MNS दशाओं की पहचान/जांच करना ◗ मनोवैज्ञानिक हस्तक्षेप सेवा वितरण करना ◗ प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/DMHP द्वारा लिखी गई दवाएं वितरित करना ◗ दवाओं के दुष्प्रभाव और विषाक्तता के लिए निगरानी करना ◗ सीजर/स्टेटस एपिलेप्टिकस (मिर्गी) से पीड़ित व्यक्तियों को स्थिर करने के लिए आपातकालीन देखभाल उपलब्ध कराना और उसके बाद रेफर करना ◗ समुचित प्रक्रिया के अनुसार रेफर करना ◗ फोलोअप देखभाल उपलब्ध कराना ◗ रेफरल सेवाओं के लिए अन्य कार्यक्रमों, विभागों और गैर–सरकारी संगठन (एन.जी.ओ.) के साथ संपर्क रखना
चिकित्सा अधिकारी	◗ व्यक्तिगत स्तर पर जागरूकता और कलंक (stigma) उन्मूलन गतिविधियां चलाना ◗ पहचान/जांच/क्लीनिकल निदान करना ◗ उपचार शुरू करना ◗ समुचित प्रक्रिया के अनुसार दवाएं लिखना ◗ समुचित प्रक्रिया के अनुसार रेफर करना ◗ फोलोअप देखभाल उपलब्ध कराना ◗ आत्महत्या के प्रयासों (जहर पीने, स्वयं को चोट पहुंचाने इत्यादि सहित) और स्टेटस एपिलेप्टिकस का आपातकालीन चिकित्सा प्रबंधन

B. क्षमता निर्माण

- क्षमता निर्माण का टिकाऊ और निरंतर उन्नतिशील मॉडल प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण मॉडल होगा। प्रशिक्षण संस्थानों, प्रशिक्षकों इत्यादि की पहचान के लिए मानदंड प्रशिक्षण मॉड्यूल सिद्ध करेगा।

- प्रत्येक राज्य में DMPH मनोचिकित्सक मास्टर ट्रेनर्स के रूप में चिकित्सा अधिकारियों के प्रशिक्षण में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं जबकि DMPH मनोवैज्ञानिक मास्टर ट्रेनर्स के रूप में बहुउद्देश्यीय कार्यकर्ता (एम.पी.डब्ल्यू.)/स्टाफ नर्सों/सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारियों के प्रशिक्षण में समान भूमिका निभा सकते हैं।
- ये प्रशिक्षित मास्टर ट्रेनर्स सभी केंद्रों में पहचाने गए स्वास्थ्य कर्मियों को प्रशिक्षित करेंगे।
- राज्य स्वास्थ्य विभाग प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण (TOT) कार्यक्रम के लिए चिकित्सा अधिकारियों, एमपीडब्ल्यू, एसएन, आयुष स्टाफ की पहचान और तैनाती कर सकता है।
- आशा को सामान्य MNS दशाओं के लक्षणों की पहचान करने, स्वास्थ्य संवर्धन, MNS दशाओं संबंधी कलंक और हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर्स (HWC) में उपलब्ध सेवाओं तथा रेफरल केंद्रों के बारे में प्रशिक्षित किया जाएगा। आशा फैसिलिटेटर्स को भी सेवाओं के विस्तारित पैकेज में आशा कार्यकर्ताओं को बेहतर सहायता उपलब्ध कराने में समर्थ बनाने के लिए प्रशिक्षित किया जाएगा।
- राज्य और जिला आशा प्रशिक्षकों के मौजूदा पूल को सिलसिलेवार ढंग से आशा और आशा फैसिलिटेटर्स को प्रशिक्षित करने का प्रशिक्षण दिया जाएगा।
- कार्यक्रम अधिकारियों और बीपीएम/डीपीएम का एक दिन का उन्मुखीकरण आवश्यक होगा ताकि वे कार्यक्रम की विशेषताओं के बारे में जान सकें और सहायता (औषधियों और कन्ज्यूमेबल्स की उपलब्धता सहित), निगरानी (रिपोर्ट, रिकार्ड) और पर्यवेक्षण संबंधी भूमिकाएं और जिम्मेदारियां समझ सकें।

बजट

A. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम इस कार्यक्रम के अंतर्गत परिभाषित विभिन्न गतिविधियों के लिए राज्यों/केंद्र शासित प्रदेशों को बजट उपपलब्ध कराता है।

B. अपने संसाधनों के अलावा राज्य/केंद्र शासित प्रदेश राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत वित्तपोषण के लिए प्रस्ताव करने के लिए भी स्वतंत्र हैं।

निगरानी और पर्यवेक्षण :

A. मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के लिए कार्यक्रम और निगरानी आंकड़े स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत संचालित वर्तमान HMIS में एकीकृत और अपनाने होंगे। कार्यक्रम की निगरानी के लिए निम्नलिखित संकेतकों का उपयोग किया जाएगा :

   - MNS दशाओं वाली जनसंख्या का अनुपात

- उन व्यक्तियों का अनुपात जिनकी MNS दशाओं के लिए जांच की गई
- निदान किए गए व्यक्तियों का अनुपात (जो उपचार करा रहे हैं)
- उन व्यक्तियों का अनुपात जिन्हें आपातकालीन देखभाल की आवश्यकता है
- कुल जांच में से उन व्यक्तियों का अनुपात जिनमें मिर्गी का पता चला
- कुल जांच में से उन व्यक्तियों का अनुपात जिनमें सामान्य मानिसक विकारों (CMD) का निदान किया गया
- कुल जांच में से उन व्यक्तियों का अनुपात जिनमें तीव्र

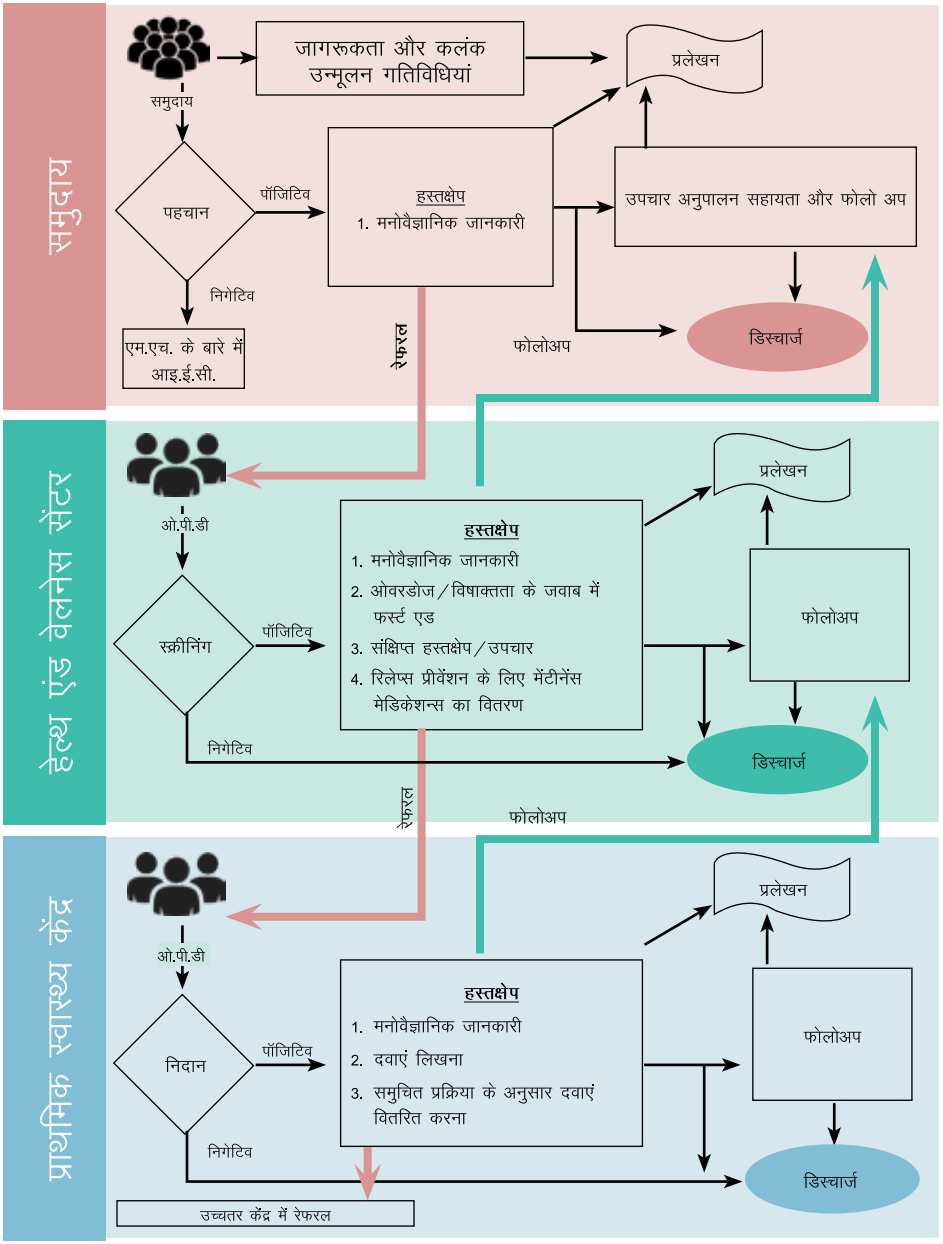
  मानिसक विकारों (SMD) का निदान किया गया
- कुल जांच में से उन व्यक्तियों का अनुपात जिनमें बाल एवं किशोर मानिसक स्वास्थ्य विकारों (C & AMHD) का निदान किया गया
- कुल जांच में से ऐसे व्यक्तियों का अनुपात जिनका नशे के सेवन संबंधी विकार (SUD) का निदान किया गया
- सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा रेफर किए गए कुल व्यक्तियों में से प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र आए व्यक्तियों का अनुपात
- हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर (HWC) में संचालित मनोवैज्ञानिक जानकारी सत्रों की संख्या
- हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर से पहचाने और रेफर किए गए व्यक्तियों में उन व्यक्तियों का अनुपात जिन्होंने मिर्गी का उपचार पूरा कराया

अनुलग्नक

अनुलग्नक A: सेवा वितरण प्रक्रिया मानचित्र

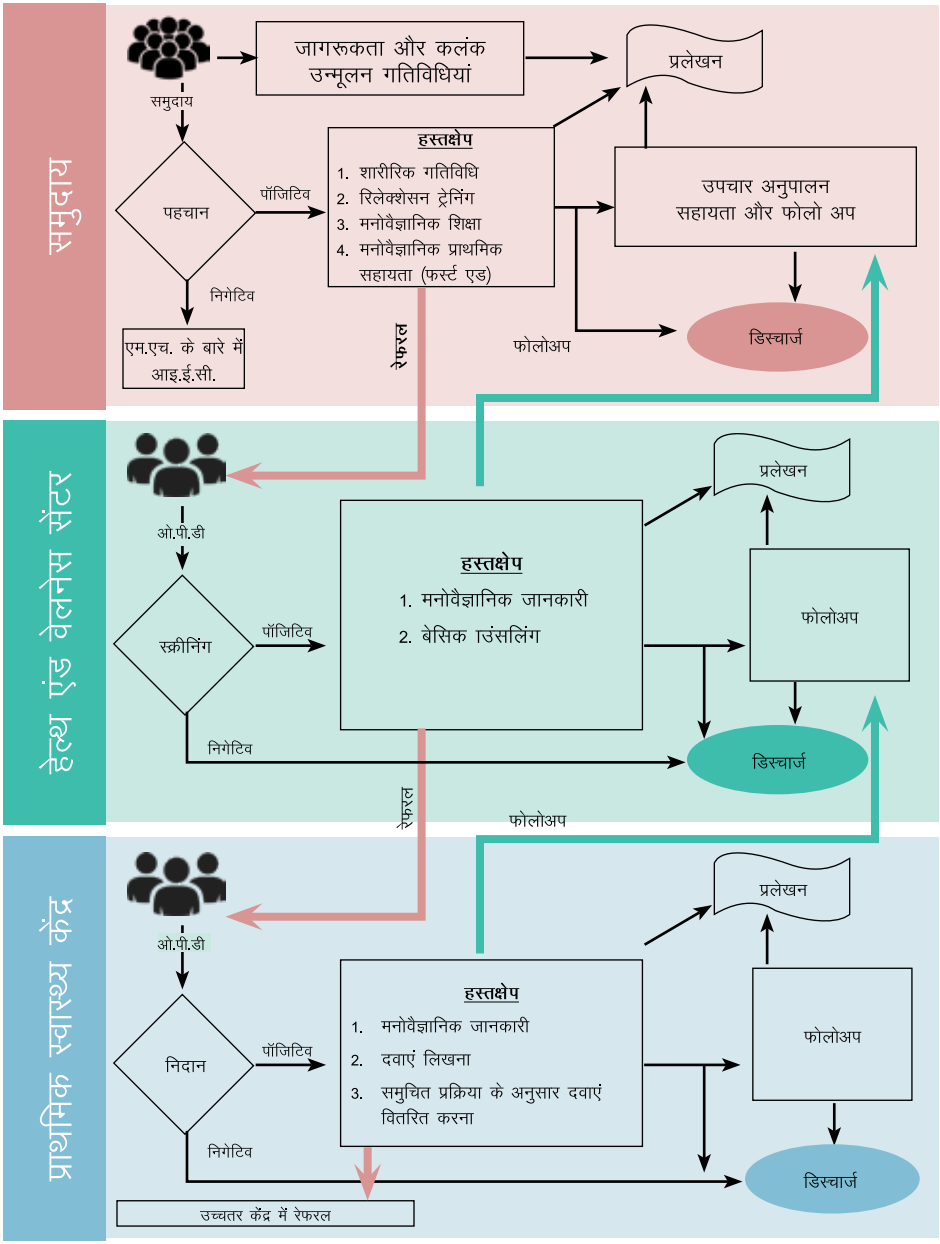
A.1

मादक पदार्थों के उपयोग संबंधी विकारों के लिए सेवा वितरण प्रक्रिया



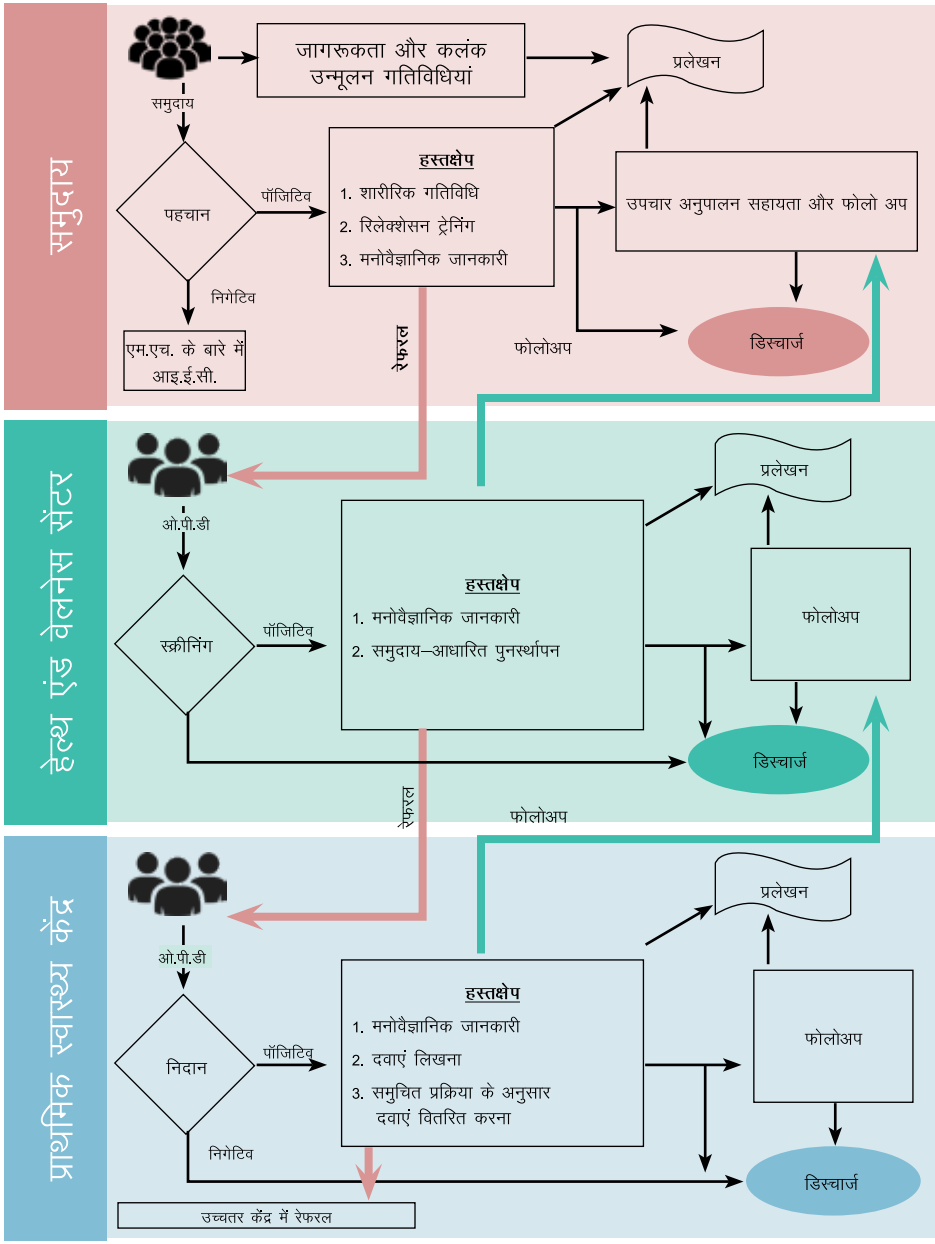
A.2

सामान्य मानसिक विकारों के लिए सेवा वितरण प्रक्रिया



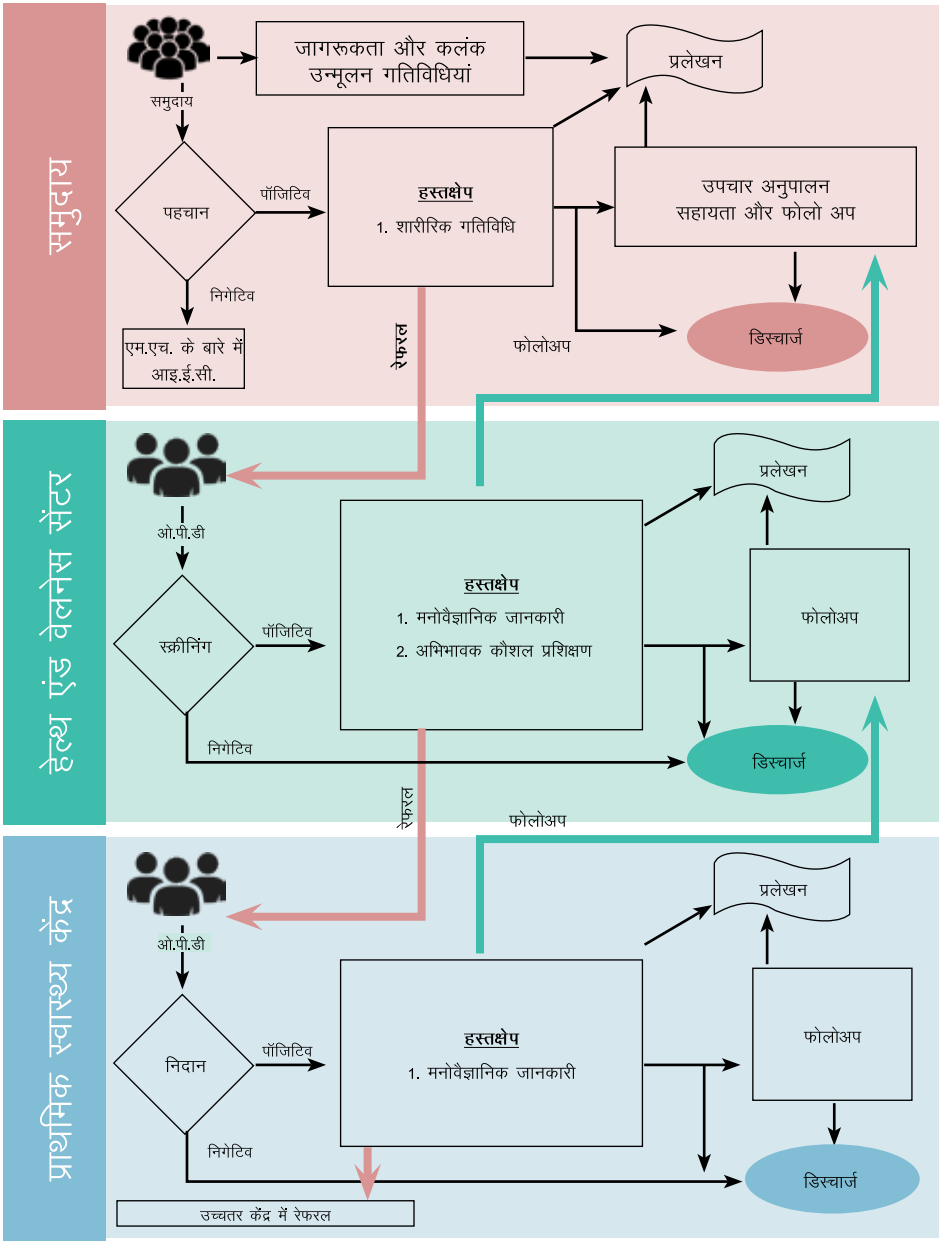
A.3

अधिक मानसिक विकारों के लिए सेवा वितरण प्रक्रिया



A.4

बाल मानसिक विकारों के लिए सेवा वितरण प्रक्रिया



अनुलग्नक B: दवाओं की सूची

क्र.सं.	मानसिक स्वास्थ्य दशा	अनुशंसित दवाएं**
1	सामान्य मानसिक विकार (सी.एम.डी.)	◗ गोली – एमिट्रिप्टाइलीन ◗ कैप्सूल – एसिटालोप्राम/फ्लुऑक्सीटीन* ** एसिटालोप्राम की अनुशंसा मनोभ्रंश में अवसाद के लिए भी की जाती है इसलिए यह फ्लुऑक्सीटीन से बेहतर है क्योंकि यह दोनों के लिए आम है।*
2	अधिक मानसिक विकार (एस.एम.डी.)	◗ गोली – रिस्पेरीडॉन ◗ कैप्सूल – ट्रिहेक्सीफेनाइडिल
3	मादक पदार्थों के उपयोग संबंधी विकार (एस.यू.डी.)	◗ गोली– डायज़ेपाम/गोली लोराज़ेपाम ◗ सबलिंगुअल बुप्रेनोरफीन/मेथाडोन सीरप* ◗ इंजेक्शन नैलोक्सोन ◗ गोली – नैलट्रक्सोन ◗ गोली – थायामीन/इंजेक्शन थायामीन **ओपिऑइड निर्भरता के उच्च प्रचलन वाले क्षेत्रों में यदि राज्य ओएसटी उपलब्ध कराना चाहे तो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध कराई जा सकती हैं (प्रशिक्षण और एनडीपीएस अधिनियम के अन्य प्रावधानों के अनुरूप)*
4	मिर्गी	**गोली, सीरप और इंजेक्शन -** ◗ वैलपोरेट ◗ फेनोबार्बिटोन ◗ फेनीटोइन ◗ लेवेटिरैसिटाम ◗ मिडाज़ोलैम **गोली और सीरप -** ◗ बारबैमाज़ेपाइन **गोली -** ◗ क्लोबाज़ैम (मुंह में घुलने वाली गोली) **विशेष फार्मूलेशन -** ◗ इन्ट्रानेजल एंड इन्ट्रामस्कुलर मिडाज़ोलाम* ◗ फोलिक एसिड ◗ विटामिन बी 12 सप्लीमेंट्स ◗ कैलशियम सप्लीमेंट्स **ओपिऑइड निर्भरता के उच्च प्रचलन वाले क्षेत्रों में यदि राज्य ओएसटी उपलब्ध कराना चाहे तो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में उपलब्ध कराई जा सकती हैं (प्रशिक्षण और एनडीपीएस अधिनियम के अन्य प्रावधानों के अनुरूप)*

क्र.सं.	मानसिक स्वास्थ्य दशा	अनुशंसित दवाएं**
5	मनोभ्रंश	**संज्ञान के लिए -** ◗ डोनेपेज़िल ◗ रिवास्टिगमाइन ◗ मेमान्टाइन ◗ गैलेंटामाइन **अवसाद के लिए -** ◗ एसिटालोप्राम
6	सभी विकारों के लिए	विभिन्न मानसिक स्वास्थ्य दशाओं के लिए आयुर्वेदिक मेडिकेशन्स/ फार्मूलेशन्स आयुर्वेद औषधालयों में उपलब्ध कराए जाने चाहिए। इस बारे में प्रशिक्षण मॉड्यूल में विशेष रूप से बताया जाएगा।
** ऐसे रोगियों में वितरण के लिए हेल्थ एंड वेलनेस सेंटर में रखी जाए जिनके लिए ये दवाएं (मामले दर मामले के आधार पर) फिजिशियन या प्रशिक्षित चिकित्सा अधिकारी ने लिखी हैं		

अनुलग्नक C : मनोवैज्ञानिक-सामाजिक हस्तक्षेपों और स्क्रीनिंग का संक्षिप्त विवरण

पैकेज	सारांश
मनोवैज्ञानिक शिक्षा	इसमें निम्नलिखित जैसी गतिविधियां शामिल हैं : 1. सूचना के व्यापक प्रचार–प्रसार और समुदाय में विचार–विमर्श को प्रेरित करने के लिए जन जागरूकता कार्यक्रम। 2. केंद्रित विचार–विमर्श और समस्या समाधान में समर्थन के लिए छोटे समूह में बैठकें 3. कार्यक्रम के प्रमुख संदेशों को पुनः सुदृढ़ बनाने, व्यक्तिगत स्तर पर प्रश्नों या समस्या के समाधान के बारे में परिवार के साथ और एक–एक सदस्य के साथ बैठकें
पहचान / स्क्रीनिंग	विश्राम (VISHRAM) में प्रयुक्त अनुसार चित्रमय जांच सूची या समुदाय पहचान एवं जांच टूल (सी.आई.डी.टी.) जैसी समुदाय स्तरीय वैध जांच सूची के उपयोग से आशा समुदाय स्तर पर पता लगा सकती है। अवसाद के लिए रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली (पी.एच.क्यू.–9) तथा अल्कोहल सेवन संबंधी विकारों के लिए अल्कोहल सेवन विकार पहचान (ए.यू.डी.आई.टी.) जैसे वैध स्क्रीनिंग टूल के उपयोग से स्वास्थ्य देखभाल केंद्र के स्तर पर निदान की पुष्टि की जा सकती है।
मनोवैज्ञानिक फर्स्ट एड	मनोवैज्ञानिक प्राथमिक सहायता (फर्स्ट एड) किसी ऐसे व्यक्ति को देनी चाहिए जो मनोवैज्ञानिक–सामाजिक अवसाद अनुभव होने की रिपोर्ट करता है। इसमें पांच अनिवार्य चरण शामिल हैं : 1. स्वयं कोई निर्णय किए बिना साफ मन से सुनना 2. स्वयं या दूसरों को नुकसान पहुंचाने के जोखिम का आकलन करना 3. पुनः आश्वासन और सूचना देना 4. व्यक्ति को आवश्यकता होने पर समुचित सहायता लेने के लिए प्रोत्साहित करना 5. अपनी सहायता स्वयं करने की कार्यनीतियां अपनाने के लिए प्रोत्साहित करना

(आराम महसूस करने का प्रशिक्षण) रिलेक्शेशन ट्रेनिंग	शरीर को आराम देने के लिए श्वास अभ्यास (ब्रीदिंग एक्सरसाइज) व्यवहारिक एवं उपयोगी तकनीक है तथा मस्तिष्क को आराम देने के लिए श्वास नियंत्रित करना (कंट्रोलिंग ब्रीदिंग) ऐसी तकनीक है जो योग और ध्यान में भी उपयोग की जाती है। विभिन्न चरण समझाने के बाद अभ्यास करने का प्रदर्शन नीचे बताया गया है: 1. यह करके दिखाना कि अनुशंसित ढंग से सांस कैसे लें 2. रोगी को विभिन्न चरणों के बारे में बताना 3. रोगी को अभ्यास करने की अनुमति देना 4. पुष्टि करना कि क्या रोगी तकनीक सही तरह से सीख गया है 5. रोगी को घर में नियमित रूप से अभ्यास करने के लिए प्रोत्साहित करना
फोलोअप और उपचार अनुपालन सहायता	निम्नलिखित के लिए फोलोअप विजिट : 1. क्लीनिकल प्रगति की निगरानी 2. दवाओं के दुष्प्रभावों की जांच करना 3. मनोवैज्ञानिक–सामाजिक और/या फार्माकोलोजिकल उपचार के अनुपालन के लिए प्रोत्साहित करना
आत्महत्या जोखिम आकलन	1. जोखिम के कारणों की पहचान करना – उन कारणों को नोट करें जिन्हें जोखिम कम करने के लिए संशोधित किया जा सकता है 2. सुरक्षात्मक कारणों की पहचान करना – उन कारणों को नोट करें जिन्हें बढ़ाया किया जा सकता है 3. आत्महत्या जोखिम आकलन करना – आत्महत्या के विचार, योजना बनाना, व्यवहार और इरादा 4. जोखिम स्तर का आकलन करना और कार्रवाई की योजना बनाना – जोखिम निर्धारित करना और उससे निपटने और जोखिम कम करने के लिए समुचित कार्रवाई का चयन करना 5. जोखिम आकलन, की गई कार्रवाई का प्रलेखन और फोलो अप
बुनियादी आत्महत्या प्रबंधन	**कम जोखिम** ◗ लक्षण कम करने और समस्याओं के समाधान के लिए परामर्श देना ◗ आपातकाल में संपर्क करने के लिए नंबर देना **सामान्य जोखिम** ◗ लक्षण कम करने और समस्याओं के समाधान के लिए परामर्श देना ◗ आपातकाल में संपर्क करने के लिए नंबर देना ◗ जल्दी/बार–बार फोलो–अप **उच्च जोखिम** ◗ तुरंत पर्यावेक्षक से संपर्क करें ◗ परिवार/अन्य महत्वपूर्ण व्यक्ति को सूचित करें ◗ पुस्तक में बताई गई कार्रवाई करें

बुनियादी परामर्श (समस्या समाधान, व्यवहार संबंधी सक्रियता)	जन केंद्रित दृष्टिकोण – समानुभूति, श्रवण कौशल, रिफलेक्शन इत्यादि के साथ परामर्श सेवाएं। व्यवहार संबंधी सक्रियता (बिहेवरल एक्टिवेशन) – व्यवहार संबंधी आकलन, सक्रियता पर निगरानी, गतिविधि संरचना और कार्यसूची, सामाजिक नेटवर्क की सक्रियता। समस्या समाधान – समस्या को परिभाषित करना, समाधान तैयार करना, विभिन्न समाधानों के लाभ और हानि पर चर्चा करना, वह समाधान चुनना जो श्रेष्ठ परिणामों का भरोसा दिलाता हो, समाधान लागू करना और परिणामों का आकलन करना तथा अगर चुना गया समाधान काम नहीं करता तो अन्य समाधानों का अवलोकन करना
समुदाय–आधारित पुनर्स्थापन	A) क्लीनिकल सहायता (अर्थात व्यवस्थित आवश्यकता आकलन तथा आवश्यकतानुसार उपचार की योजना, व्यक्तिगत पुनर्स्थापन और अनुपालन प्रबंधन कार्यनीतियां) B) मनोवैज्ञानिक–सामाजिक सहायता (अर्थात प्रतिभागियों और देखभाल करने वालों के लिए मनोवैज्ञानिक–शैक्षिक जानकारी, कलंग एवं भेदभाव से निपटने में प्रतिभागियों और देखभाल करने वालों की सहायता के लिए विशिष्ट प्रयास)
ओवरडोज / विषाक्तता के लिए फर्स्ट एड रिस्पॉन्स	सेवन किए गए मादक पदार्थों के प्रकार के आधार पर रिस्पॉन्स
संक्षिप्त हस्तक्षेप / उपचार	खतरनाक ड्रिंकिंग के लिए संक्षिप्त हस्तक्षेपः ◗ व्यक्तिगत फीडबैक के माध्यम से आकलन ◗ संज्ञानात्मक एवं व्यवहार संबंधी कौशल एवं तकनीक (ड्रिंक से मना करने के कौशल, समकक्षों के दबाव से निपटना, समस्या समाधान कौशल और कठिन भावनाओं से निपटना) विकसित करने में रोगी की सहायता करना ◗ रिलेप्स मैनेजमेंट

अनुलग्नक D: सीआईडीटी स्क्रीनिंग टूल (राज्यों द्वारा अपनाए जाने/अनुकूलन के लिए स्क्रीनिंग एंड डायाग्नॉस्टिक टूल का नमूना) [6]

नाम: स्थान:

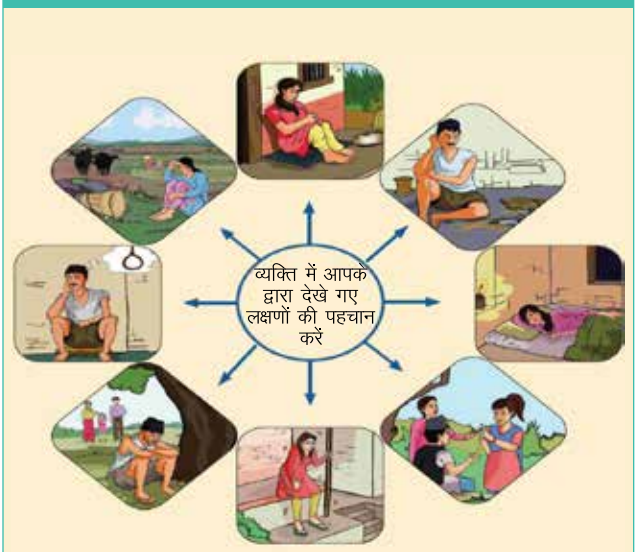
अवसाद (डिप्रेशन)

पिछले दशीन त्योहार के बाद से, राम बहादुर उदास और कमजोर लग रहा है। ऐसा शायद उनकी पत्नी की मृत्यु के बाद से लगाना शुरू हुआ था। आजकल उन्हें अपने काम में रुचि कमी के साथ–साथ वह कुछ भी करने का मन नहीं करता है, यहां तक कि अपने बच्चे की देखभाल भी नहीं करता है। इन दिनों, क्योंकि वह रात को सो नहीं पाता और उसे सोने में कठिनाई भी होती है, तो वह कमजोरी और थकान महसूस करता है। वह अपने परिवार और दोस्तों से भी बिना वजह के मामलों को लेकर क्रोधित और चिढ़ा हुआ है। क्योंकि वह अपने को थका हुआ और कमजोर महसूस करता है, इसलिए वह सोचने लगा है कि वह अपने जीवन में कुछ भी नहीं कर सकता है। पिछले कुछ दिनों से, उसे लगने लगा है कि उसका भविष्य अंधकारमय है, जिसके कारणा वह जीना नहीं चाहता है या उसे लगता है कि उसका जीवन बेकार है। पिछले पांच माह से वह शायद ही कभी काम के सिलसिले में बहार गया हो, बल्कि वह पूरे दिन घर पर बैठे रहते हैं।

रेफर करने वाले का नाम : _____

☐ शिक्षक ☐ माताओं का समूह ☐ पारंपरिक हीलर____ ☐ एफसीएचवी

अवलोकन



प्रश्न

A1. क्या यह कहानी उस व्यक्ति पर लागू होती है जिससे आप अभी बात कर रहे हैं ?

- कोई मिलान (विवरण लागू नहीं होता है) .....1 } आगे के सवाल समाप्त
- मध्यम (मॉडरेट) मैच (व्यक्ति में इस विवरण की महत्वपूर्ण विशेषताएं हैं) 2
- अच्छा (गुड) मैच (विवरण अच्छी तरह से लागू होता है).....3
- बहुत अच्छा मैच (व्यक्ति विवरण का वर्णन करता है, कहानी का उदाहरण (प्रोटोटाइप) है).....4

देखें A2/A3

A2 क्या दैनिक कामकाज पर समस्याओं का नकारात्मक प्रभाव पड़ता है?

- नहीं 1
- हां 2

A3 क्या यह व्यक्ति इन समस्याओं से निपटने में समर्थन/मदद चाहता है?

- नहीं 1
- हां 2

6 सीआईडीटी : जॉर्डन्स, मार्क जेडी, इटी एएल "एक्युरेसी ऑफ प्रोएक्टिव केस फाइंडिंग फॉर मेंटल डिसऑर्डर्स बाई कम्युनिटी इन नेपाल" द ब्रिटिश जनरल ऑफ साइकैटरी 207.6 (2015) : 501–506

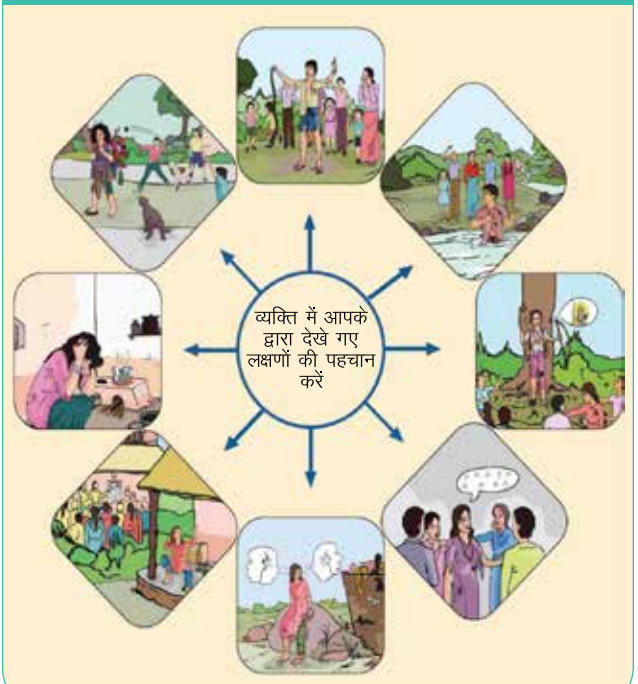
मनोविकृति

पिछले कुछ महीने से प्रकाश के व्यवहार में कुछ बदलाव देखे जा सकते हैं। वह खुद को बहुत शक्तिशाली और श्रेष्ठ व्यक्ति मानता है। वह सभी को बताता है कि वह ऐसे काम कर सकता है जो कोई दूसरे नहीं कर सकता है। वह अजीब तरह की और नीरस बातें करता रहता है, और ऐसे समय के दौरान भले ही उसे उसके परिवार के सदस्य या पड़ोसी उसे रोकने के लिए कहें, वह नहीं रुकता। वह कहता है कि जब वह अकेला बैठा होता है या जब उसके आसपास कोई नहीं होता है, तो वह आवाजें सुनता है जो उससे बात कर रही हैं या उसे बुला रही हैं। वह धीरे–धीरे घरेलू और सामुदायिक गतिविधियों में दिलचस्पी दिखाना बंद कर चुका है जो उसे करने चाहिए। इस तरह के व्यवहार के कारण, उसे उन कामों को रोकना पड़ा जो वह कर रहा था। वह अकसर बिना नहाएं शहर के चारों ओर घूमता है और बहुत गंदा दिखता है। प्रकाश अब एक अलग व्यक्ति की तरह लगता है।

रेफर करने वाले का नामः _____

☐ शिक्षक ☐ माताओं का समूह ☐ पारंपरिक हीलर____ ☐ एफसीएचवी

अवलोकन



प्रश्न

A1. क्या यह कहानी उस व्यक्ति पर लागू होती है जिससे आप अभी बात कर रहे हैं ?

- कोई मिलान (विवरण लागू नहीं होता है) .....1 } आगे के सवाल समाप्त
- मध्यम (मॉडरेट) मैच (व्यक्ति में इस विवरण की महत्वपूर्ण विशेषताएं हैं).....2
- अच्छा (गुड) मैच (विवरण अच्छी तरह से लागू होता है).....3
- बहुत अच्छा मैच (व्यक्ति विवरण का वर्णन करता है, कहानी का उदाहरण (प्रोटोटाइप) है).....4

देखें A2/A3

A2 क्या दैनिक कामकाज पर समस्याओं का नकारात्मक प्रभाव पड़ता है?

- नहीं 1
- हां 2

A3 क्या यह व्यक्ति इन समस्याओं से निपटने में समर्थन/मदद चाहता है?

- नहीं 1
- हां 2

मिर्गी

एक दिन जब रीता रसोई में अपनी मां की मदद कर रही थी, तो अचानक उसे दौरा पड़ा और वह फर्श पर गिर गई। उसका पूरा शरीर कांपने लगा। तब से उसके साथ ऐसा कभी कभी हो जाता है। और उसी समय, उसके शरीर/अंगों में हरकतें होने लगती हैं और उसके मुंह से झाग आने लगता हैं और कभी–कभी उसके मंह से खून की कुछ बूंदे भी निकलने लगती हैं। और कुछ ही मिनटों में, सब कुछ ठीक हो जाता है और जब वह अपनी आंखें खोलती है तो उसे थकान महसूस होती है जिसके कारण वह बहुत लंबे समय तक सोती है। और जब वह उठती है, तो उसकी मां उससे पूछती है कि उसके साथ क्या हुआ था, लेकिन जवाब में वह कहती है कि जो हुआ उससे वह पूरी तरह से अनजान है। पिछले साल तीन बार उसे यह समस्या हुई थी। एक बार जब उसे दौरा पड़ा था, तो उसने कपड़ों में पेशाब कर दिया था। उसकी इस समस्या के कारण उसका अपने घर से बाहर जाना उसे बहुत मुश्किल लगता है।

रेफर करने वाले का नामः _____

☐ शिक्षक ☐ माताओं का समूह ☐ पारंपरिक हीलर____ ☐ एफसीएचवी

अवलोकन

प्रश्न

A1. क्या यह कहानी उस व्यक्ति पर लागू होती है जिससे आप अभी बात कर रहे हैं ?

- कोई मिलान (विवरण लागू नहीं होता है) .....1 } आगे के सवाल समाप्त
- मध्यम (मॉडरेट) मैच (व्यक्ति में इस विवरण की महत्वपूर्ण विशेषताएं हैं).....2
- अच्छा (गुड) मैच (विवरण अच्छी तरह से लागू होता है).....3
- बहुत अच्छा मैच (व्यक्ति विवरण का वर्णन करता है, कहानी का उदाहरण (प्रोटोटाइप) है).....4

देखें A2/A3

A2 क्या दैनिक कामकाज पर समस्याओं का नकारात्मक प्रभाव पड़ता है?

- नहीं 1
- हां 2

A3 क्या यह व्यक्ति इन समस्याओं से निपटने में समर्थन/मदद चाहता है?

- नहीं 1
- हां 2

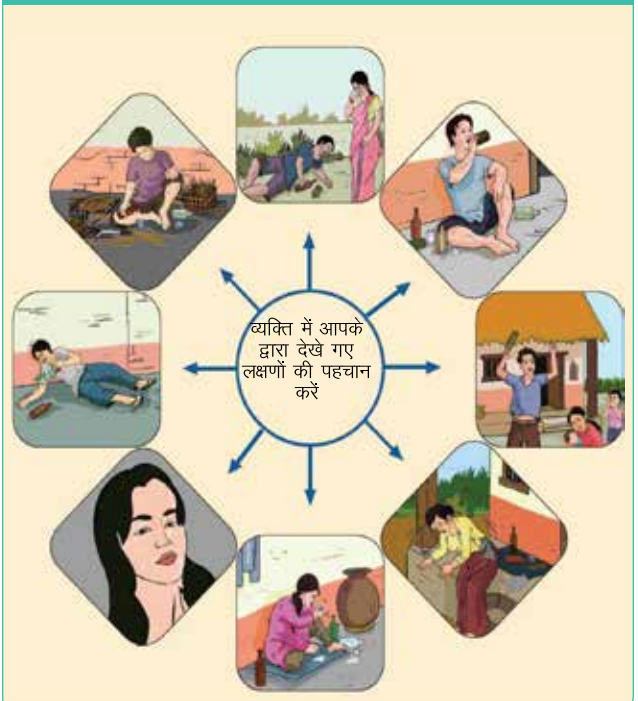
नशा संबंधी विकार -

राजन हर समय शराब पीता है, जिससे जब भी कभी कोई उसके पास जाता तो उससे निकलने वाली शराब की तेज बदबू आसानी से सूंघ सकता था। हमेशा शराब पीने के कारण, उसकी बोली लड़खड़ाती रहती है और दूसरों के लिए उसे समझना बहुत मुश्किल होता है। वह शराब पीने के लिए तरसता है, और इसलिए वह रोज शराब का सेवन करता है। शराब पीने के बाद, वह जो कुछ भी पसंद करता है वह बोलता है या करता है। एक बार जब वह शराब पीना शुरू कर देता है, तो वह खुद को नियंत्रित नहीं कर पाता है और वह हमेशा बहुत अधिक शराब पीता है। अत्यधिक शराब पीने के कारण, उसके हाथ–पैर कांपते हैं, अत्यधिक पसीना आता है, बेचैनी महसूस होती है और धड़कन बढ़ जाती है। इन दिनों वह उन गतिविधियों में आनंद नहीं ले पाता है जिनका वह पहले आनंद लेता था, बल्कि वह शराब पीने में तल्लीन हो गया है। इस तरह के व्यवहार के कारण वह अपने दैनिक कार्यों को पूरा नहीं कर पाता है।

रेफर करने वाले का नामः _____

☐ शिक्षक ☐ माताओं का समूह ☐ पारंपरिक हीलर____ ☐ एफसीएचवी

अवलोकन



प्रश्न

A1. क्या यह कहानी उस व्यक्ति पर लागू होती है जिससे आप अभी बात कर रहे हैं ?

- कोई मिलान (विवरण लागू नहीं होता है) .....1 } आगे के सवाल समाप्त
- मध्यम (मॉडरेट) मैच (व्यक्ति में इस विवरण की महत्वपूर्ण विशेषताएं हैं).....2
- अच्छा (गुड) मैच (विवरण अच्छी तरह से लागू होता है).....3
- बहुत अच्छा मैच (व्यक्ति विवरण का वर्णन करता है, कहानी का उदाहरण (प्रोटोटाइप) है).....4

देखें A2/A3

A2 क्या दैनिक कामकाज पर समस्याओं का नकारात्मक प्रभाव पड़ता है?

- नहीं 1
- हां 2

A3 क्या यह व्यक्ति इन समस्याओं से निपटने में समर्थन/मदद चाहता है?

- नहीं 1
- हां 2

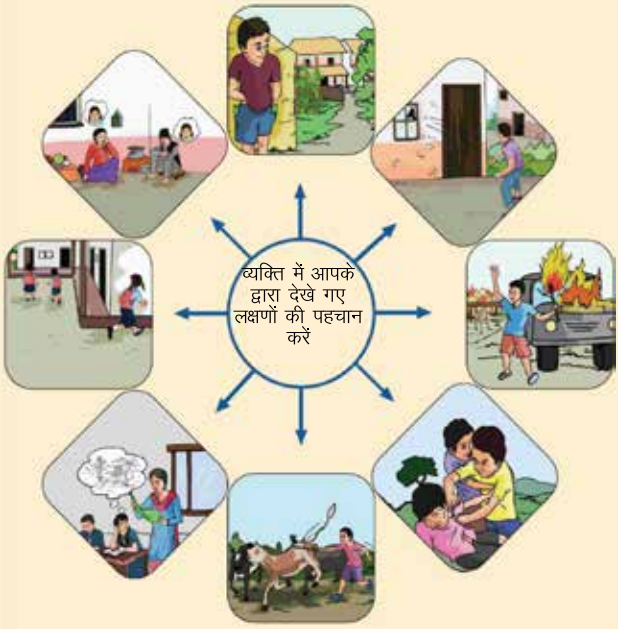
व्यवहार संबंधी समस्याएं

एक ग्यारह वर्षीय लड़का हरि, वर्तमान में कक्षा 5 में पढ़ रहा है, वह जिद्दी है और अपने माता–पिता का कहना नहीं मानता है। वह हमेशा एक मुश्किल लड़का रहा है। न केवल वह अपने परिवार और पड़ोसी की संपत्ति के साथ को तहस–नहस करता है, बल्कि वह चीजों को चुराता है और पहले एक बार खलिहान में आग लगा दी थी। वह बिना किसी स्पष्ट कारण के अपने दोस्तों से नाराज हो जाता है और अपने साथियों के साथ हाथापाई करता है। अकसर जब वह मवेशियों को देखता है, तो वह उनका पीछा करता है और उन्हें मारता है। वह अपनी पढ़ाई पर ध्यान केंद्रित नहीं कर सकता है और स्कूल जाते समय वह कहीं और भाग जाता है। वह अकसर अपने परिवार से झूठ बोलता है और गांव में घूमता है। कई बार वह भाग जाता है और रात को या बहुत लंबे समय तक घर नहीं लौटता है। इसके परिणामस्वरूप, हरि स्कूल में बहुत बुरा कर रहा है और उसका कोई दोस्त नहीं है।

रेफर करने वाले का नामः _____

☐ शिक्षक ☐ माताओं का समूह ☐ पारंपरिक हीलर____ ☐ एफसीएचवी

अवलोकन



प्रश्न

A1. क्या यह कहानी उस व्यक्ति पर लागू होती है जिससे आप अभी बात कर रहे हैं ?

- कोई मिलान (विवरण लागू नहीं होता है) .....1 } आगे के सवाल समाप्त
- मध्यम (मॉडरेट) मैच (व्यक्ति में इस विवरण की महत्वपूर्ण विशेषताएं हैं).....2
- अच्छा (गुड) मैच (विवरण अच्छी तरह से लागू होता है).....3
- बहुत अच्छा मैच (व्यक्ति विवरण का वर्णन करता है, कहानी का उदाहरण (प्रोटोटाइप) है).....4

देखें A2/A3

A2 क्या दैनिक कामकाज पर समस्याओं का नकारात्मक प्रभाव पड़ता है?

- नहीं 1
- हां 2

A3 क्या यह व्यक्ति इन समस्याओं से निपटने में समर्थन/मदद चाहता है?

- नहीं 1
- हां 2

अनुलग्नक E : मानव संसाधन (एच.आर.) की मुख्य दक्षताएं

सेवा प्रदाता	मुख्य दक्षताएं
आशा / एम.पी. डब्ल्यू.	◗ समुदाय को संलग्न करने के बुनियादी सिद्धांत ◗ पता लगाने और / या पता लगाने के लिए रेफरल के लिए MNS दशाओं / विकारों, लक्षणों इत्यादि की व्यापक श्रेणियों का बुनियादी ज्ञान आवश्यक है ◗ मनोवैज्ञानिक फर्स्ट एड उपलब्ध कराने के लिए बुनियादी ज्ञान और दक्षता ◗ MNS विकारों, विशेषरूप से मिर्गी संबंधी मिथकों के बारे में ज्ञान ◗ स्टेटस एपिलेटिकस पहचानने में सक्षम ◗ यह ज्ञान कि कब, कहां और किसे रेफर करना है ◗ समुदाय में उपचार अनुपालन सहायता और फोलो–अप केयर उपलब्ध कराने के लिए रोगी संलग्नता कौशल ◗ साइकोट्रोपिक मेडिकेशन्स का बुनियादी ज्ञान ◗ रेड फ्लैग्स (खतरे) को पहचानने की क्षमता जिसके लिए तुरंत रेफरल की आवश्यकता होती है ◗ मनोभ्रंश के लिए पुनर्स्थापन उपायों के बारे में ज्ञान ◗ MNS विकारों से संबंधित संवेदनशीलताओं, कलंक, भेदभाव और अधिकारों के उल्लंघन के बारे में जानकारी ◗ जब कभी आरंभ हो हेल्थ केयर टेक्नोलॉजी के उपयोग की क्षमता
सामुदायिक स्वास्थ्य अधिकारी	◗ आई.ई.सी. सामग्री का ज्ञान और समुचित रूप से उपयोग करने की क्षमता ◗ मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं की श्रेणियों का ज्ञान ◗ मिर्गी और मनोभ्रंश से संबंधित मिथकों के बारे में ज्ञान ◗ सीजर्स, मिर्गी और मनोभ्रंश तथा इनके कारणों का बुनियादी ज्ञान ◗ स्नायु विज्ञान विकार दवाओं का बुनियादी ज्ञान ◗ बच्चों और महिलाओं से संबंधित परेशानियों का ज्ञान ◗ स्टेटस एपिलेप्टिकस को पहचानने और इंटरानासल मिडाज़ोलम के साथ प्राथमिक सहायता (फर्स्ट एड) उपलब्ध कराने में सक्षम ◗ चिकित्सा अधिकारियों / विशेषज्ञों के निर्देशों / प्रेस्क्रिप्शन के अनुसार दवाइयों उपलब्ध कराने में सक्षम ◗ सामान्य और विशिष्ट काउसंलिंग कौशल ◗ रोगी की आवश्यकताओं के अनुकूल काउंसलिंग रणनीतियां बनाने की क्षमता ◗ यह ज्ञान कि कब, कहां और किसे रेफर करना है

सेवा प्रदाता	मुख्य दक्षताएं
	◗ रेड फ्लैग्स (खतरे) को पहचानने की क्षमता जिसके लिए तुरंत रेफरल की आवश्यकता होती है ◗ समुदाय में उपचार अनुपालन सहायता और फोलोअप केयर उपलब्ध कराने के लिए रोगी संलग्नता कौशल ◗ मनोभ्रंश के लिए पुनर्स्थापन उपायों के बारे में ज्ञान ◗ मिर्गी और मनोभ्रंश से पीड़ित व्यक्तियों से संबंधित संवेदनशीलताओं, कलंक, भेदभाव के बारे में जानकारी ◗ मानसिक स्वास्थ्य विकारों से संबंधित संवेदनशीलताओं और अधिकारों के उल्लंघन के बारे में जानकारी (कानूनी, नैतिक मुद्दे) ◗ हेल्थ केयर टेक्नोलॉजी के उपयोग की क्षमता
चिकित्सा अधिकारी	◗ आई.ई.सी. सामग्री का ज्ञान और समुचित रूप से उपयोग करने की क्षमता ◗ सामान्य साइकोट्रोपिक दवाओं का ज्ञान ◗ इन दिशानिर्देशों में उपलब्ध मिर्गी और मनोभ्रंश के लिए दवाओं का ज्ञान ◗ मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं/स्नायु तंत्र स्वास्थ्य समस्या की श्रेणियों का ज्ञान और उनके उपचार की क्षमता ◗ बच्चों और महिलाओं से संबंधित समस्याओं का ज्ञान ◗ जहर पीने के आपात प्रबंधन के बारे में ज्ञान ◗ स्टेटस एपिलेप्टिकस को पहचानने और आई/एम मिडाज़ोलम के साथ आपात मेडिकल हस्तक्षेप उपलब्ध कराने में सक्षम ◗ यह ज्ञान कि कब, कहां और किसे रेफर करना है ◗ यह ज्ञान कि उपचार कब रोकना है या कब उसे उच्चतर सेंटर में रेफर करना है ◗ रेड फ्लैग्स (खतरे) को पहचानने की क्षमता जिसके लिए तुरंत रेफरल की आवश्यकता होती है ◗ मानसिक स्वास्थ्य विकारों से संबंधित संवेदनशीलताओं और अधिकारों के उल्लंघन के बारे में जानकारी (कानूनी, नैतिक मुद्दे) ◗ मिर्गी और मनोभ्रंश से पीड़ित व्यक्तियों से संबंधित संवेदनशीलताओं, कलंक, भेदभाव के बारे में जानकारी ◗ हेल्थ केयर टेक्नोलॉजी के उपयोग की क्षमता

अनुलग्नक F : मिर्गी का पता लगाने/जांच का टूल [7]

सीजर के निदान के लिए जांचसूची

- क्या दौरा पड़ने (एपिसोड) के दौरान रोगी पूरी तरह अचेत था ?
- क्या दौरा पड़ने के दौरान कपड़ों में उसने पेशाब या टट्टी कर दी थी ?
- क्या दौरा पड़ने के दौरान उसने स्वयं को चोट पहुंचाई या जीभ/गाल काट लिया ?
- क्या दौरा पड़ने के दौरान उसके मुंह से झाग जैसा कुछ बाहर निकला ?
- क्या कभी नींद के दौरान भी उसे ऐसे दौरे पड़ते हैं ?
- क्या कभी ऐसा दौरा पहले मानसिक/भावनात्मक तनावपूर्ण घटनाओं के बिना भी पड़ा है ?
- दौरे से संबंधित कोई विचित्र हरकत या व्यवहार, घूरना, तेजी से पलक झपकना इत्यादि

7 आनंद के. जैन एस., पॉल ई. श्रीवास्तव ए., सहरिया एसए, कपूर एस.के. समुदाय आधारित स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं द्वारा उपयोग के लिए जनरलाइज्ड टोनिक–क्लोनिक सीजर्स की वैध क्लीनिक केस परिभाषा का विकास। मिर्गी. 2005 मई, 46 (5) : 743-50. PubMed PMID:15857442

अनुलग्नक G: चिकित्सा अधिकारियों द्वारा उपयोग किया जाने वाला मिर्गी के लिए डायाग्नास्टिक टूल (बच्चों और वयस्कों के लिए)[8]

प्राथमिक देखभाल चिकित्सकों के लिए एम्स संशोधित INDT-EPI टूल

बच्चे की निजी जानकारी

1. **बच्चे का नाम :**
2. **उम्र** (पूर्ण महीनों में) ☐☐☐
3. **लिंग** (पुरुष– 1, महिला– 2) ☐
4. **बच्चे का सम्पूर्ण पता :**
5. **सूचना देने वाले का नाम** 1 – माता, 2– पिता, 3– अभिभावक, 4 – संबंधी या रिश्तेदार ☐

1. क्या बच्चे को कभी निम्नलिखित के साथ या उनके बिना अचेत होने का दौरा पड़ा है :

0: नहीं **1:** हां

- आंखें ऊपर की तरफ पलटना
- आंख एक तरफ को मुड़ना
- जीभ काटना
- मुंह से झाग निकलना
- कपड़ों में पेशाब/टट्टी निकलना
- सभी अंगों में कंपकंपी
- शरीर के अंग अकड़ना
- खाली जगह की तरफ घूरना
- मुंह के आसपास नीले दाग पड़ना

2. क्या आपके बच्चे के साथ निम्नलिखित में से कुछ हुआ? **0** नहीं **1** हां (**A** के लिए) ☐ (**B** के लिए) ☐

A.
- सदमे से पहले अचानक पीछे या आगे की तरफ गिरना जैसे पूरा शरीर अकड़ गया हो
- अचानक सिर लटकना/धड़, सिर और ऊपर के दोनों अंग अलग–अलग या एक साथ अंदर या बाहर की तरफ होना
- अचानक और अप्रत्याशित रूप से जमीन पर गिरना और उसके बाद अत्यधिक शिथिल हो जाना
- छोटा सा दौरा पड़ना (शून्य में चले जाना) /समय का ध्यान न रहना/अपने आसपास से प्रतिक्रियाहीन हो जाना
- अचानक भावनाओं में परिवर्तन के साथ कंपकंपी होना जिसे समझाया न जा सके जैसे हंसना, रोना, उत्तेजित होना, अनुचित बात करना (2 वर्ष बाद)

B.
- शरीर का आधा या एक अंग अकड़ने के साथ अचेत होना या अचेत नहीं होना
- शरीर का आधे या एक अंग में कंपकंपी के साथ अचेत होना या अचेत नहीं होना

8 गुलाटी एस. पटेल एच. इटी एएल. 1 महीने से 18 वर्ष की उम्र के बच्चों में मिर्गी के लिए एम्स संशोधित INCLEN डायाग्नोस्टिक इन्स्ट्रूमेंट का विकास वैधीकरण। आरइएस 2017 फरबरी, 130:64–68. डीओआई: 10.1016/eplepsyres. 2017.01.008. ईपीयूबी 2017 जनवरी 25. PubMed PMID: 28157600

3. बच्चे को इस तरह के कितने दौरे पड़ चुके हैं ?

0: एक **1:** एक से अधिक ☐

---

4. पहले और आखिरी दौरे/सीजर के बीच कितना समय लगा ?

0: 24 घंटे से कम
1: 24 घंटे से अधिक ☐
9: लागू नहीं

---

5. क्या आपके बच्चे को ऐसे दौरे के साथ हमेशा बुखार आया ?

(केवल तभी पूछें यदि सीजर तब हुआ हो जब बच्चा 6 महीने – 6 साल की आयु)

0 : नहीं **1**: हां **9**: लागू नहीं

---

6. क्या आपके बच्चे को ये दौरे केवल मस्तिष्क संक्रमण के दौरान ही पड़े (सी.एच.एस. संक्रमण के दौरान मेनिनजाइटिस या एनसेफलाइटिस/ अस्पताल में रहने के दौरान)/ हेड ट्रॉमा (7 दिन के साथ)/या अन्य संक्रमण (अतिसार/निमोनिया) या कोई अन्य कारण जो आपने डॉक्टर ने बताया हो ?

0 : नहीं **1**: हां

(यदि उत्तर हां है और माता–पिता कारण जानते हैं तो यहां लिखें ....)

---

7. क्या आपके बच्चे को ऐसे दौरे केवल 1 महीने की उम्र के दौरान ही पड़े ?

0 : नहीं **1**: हां

---

8. कंपकंपी के साथ या उसके बिना सामान्य अकड़न और अचेत होने के साथ बच्चे के नीला या पीला पड़ने के मामले में क्या पहले हमेशा बच्चा चिल्लाता है और फिर सांस थम सी जाती है (मुख्य रूप से 6 महीने से 60 महीने के बीच)

0 : नहीं **1**: हां

---

9. क्या आपके बच्चे का सिर हल्का–हल्का रहता है, चक्कर आते हैं/सिर चकराता है, आंख के आगे अंधियारा छा जाता है और/या विशेषरूप से देर तक खड़ा रहने पर गिर पड़ता है और तुरंत ठीक हो जाता है, खाना छोड़ देता है या अचानक आसन बदल देता है ?

0 : नहीं **1**: हां

---

10. एंटी–एपिलेप्टिक दवाई ली ?* (**0:** No **1:** Yes)

---

11. अंतिम निदान

0: मिर्गी नहीं

1: मिर्गी

2: अनिर्धारित

** AED : एंटी एपिलेप्टिक ड्रग (मिर्गी रोधी दवा)*

***सीएबी के सारांश आकलन रिकार्ड से अन्य संबंधित एनडीडीएस के लिए पुनः जांच की जाए और अंतिम निदान बिंदु 11 में प्रविष्ट करें*

मिर्गी

- प्रश्न 1 और 2 के उत्तर (A या B या दोनों) और 3 एवं 4 का उत्तर "1" तथा 5–9 तक सभी प्रश्नों का उत्तर 0 है।

  या

- प्रश्न 2 (B) का उत्तर है "1" तथा 3 और 4 का उत्तर 0 है।

मिर्गी नहीं

- सभी प्रश्नों **1, 2 के उत्तर (A और B) "0" है**

  या

- प्रश्न **1 का उत्तर "1" है तथा 5 का "1" है**

  या

- प्रश्न **7, 8 या 9 का उत्तर "1" है**

सिंगल सीजर

- प्रश्न 1 का उत्तर "1" है या प्रश्न 2 (A) का उत्तर "1" है तथा प्रश्न 3 का उत्तर "0" है
- सारांश आकलन रिकार्ड से संबंधित एन.डी.डी. की उपस्थिति की पुनः जांच की जाए तथा बिंदु 11 में अंतिम निदान के लिए पुनः समूह बनाएं
- यदि कोई एन.डी.डी. से संबंधित है तो मिर्गी के रूप में वर्गीकृत करें
- यदि एन.डी.डी. से संबंधित नहीं है तो जांच करें कि क्या मिर्गी रोधी औषधि ली है। यदि मिर्गी रोधी दवाई ली जा रही है तो इंटरमीडिएट के रूप में वर्गीकृत करें तथा मिर्गी रोधी दवाई नहीं ली जा रही है तो कोई मिर्गी नहीं के रूप में वर्गीकृत करें

इंटरमीडिएट

- प्रश्न 1 या 2 (A) का उत्तर "1" है तथा 6 या 10 में से किसी का उत्तर "1" है
- मिर्गी रोधी दवाई ले रहा बच्चा अनिर्धारित है

अनुलग्नक H: मनोभ्रंश का पता लगाने/जांच के लिए एम.पी.डब्ल्यू. /समुदाय स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने वाले टूल

भारतीय जनसंख्या के लिए क्षमता मापना

1. क्या वह कभी भूल सकता/सकती है कि उसने अभी–अभी खाया है और फिर से भोजन के लिए कह रहा/रही है ?
2. क्या वह समुचित स्थान पर पेशाब करता/करती है ?
3. क्या उसके कपड़े कभी पेशाब या टट्टी से गंदे हुए ?

उसके कपड़ों के बारे में निम्नलिखित बातें बताइए :

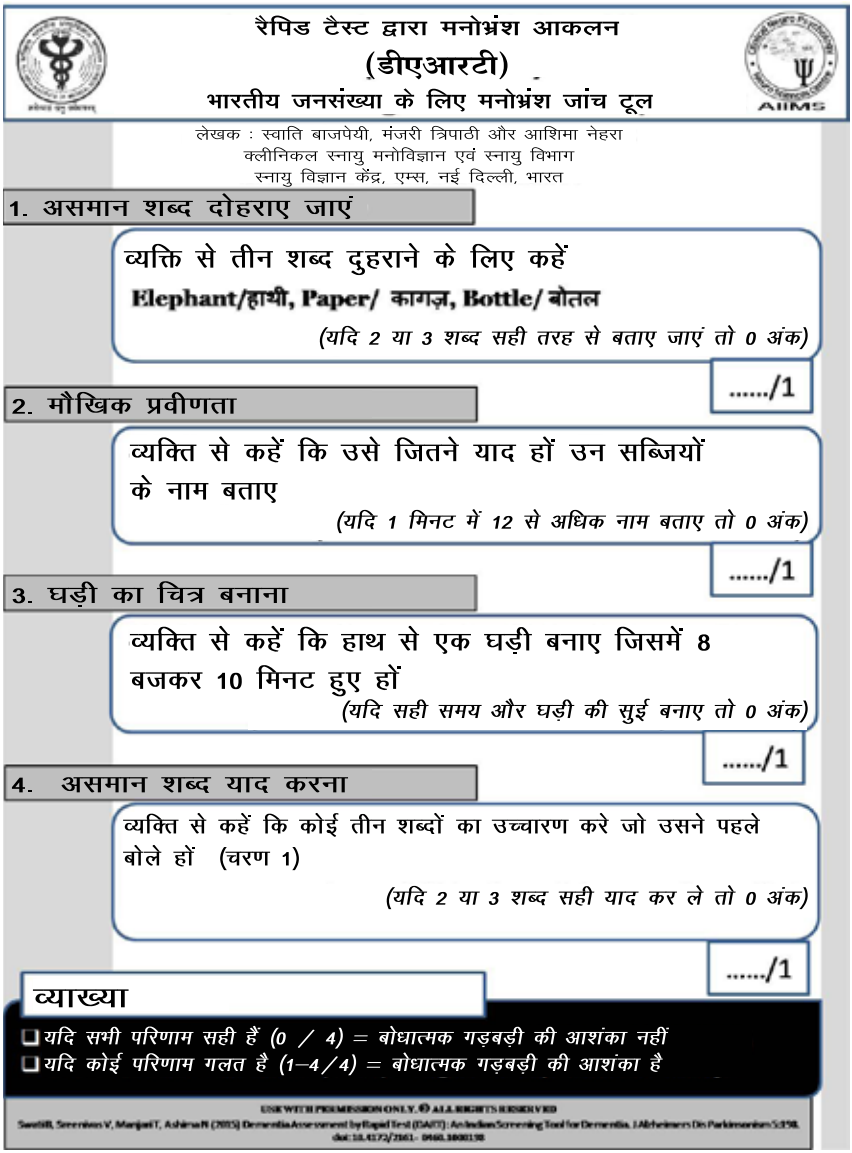
4. क्या उसने शर्ट के बटन अच्छी तरह से बंद किए हैं ?
5. क्या उसने धोती/पेटीकोट समुचित रूप से कसकर पहने है ?
6. क्या वह टीम के सदस्य के रूप में काम करने में सक्षम है अर्थात समूह गतिविधि में जिसमें भाग लेने के लिए व्यक्तियों से विभिन्न भूमिकाओं की आवश्यकता होती है ?
7. वह विवाह जैसे महत्वपूर्ण पारिवारिक मामलों में राय प्रकट करता/करती है ?
8. यदि उसे कोई काम सौंपा गया है या स्वयं ही वह कोई कार्य करने का फैसला करता / करती है तो वह इसे पूरा करता/करती है ?
9. क्या उसे होली, दीवाली जैसे महत्वपूर्ण त्योहार याद रहते हैं ?
10. यदि उसे कोई संदेश देने के लिए कहा जाए तो क्या वह इसे याद रख पाता/पाती है?
11. क्या वह विवाह, आपदा, राजनीति जैसी स्थानीय/क्षेत्रीय घटनाओं पर समुचित रूप से चर्चा करता/करती है ?
12. क्या वह कभी गांव में अपना रास्ता भूला/भूली है ?
13. क्या वे गणना करने और धन संभालने में सक्षम हैं ?
14. क्या व्यवहार या व्यक्तित्व में कोई परिवर्तन हुआ है ?
15. क्या नए सिरे से अवसाद हुआ है ?

सभी प्रश्न हां/नहीं के प्रारूप में हैं। नहीं के लिए 1 अंक दिया जाता है। 4 से अधिक अंक का अर्थ है कि आगे मूल्यांकन किया जाना है।

याद रखने योग्य बिंदु :

- **ये सभी लक्षण या संकेत नए होने चाहिए जो कुछ महीनों या वर्षों पहले व्यक्ति में मौजूद नहीं थे।**
- **यह विवरण देखभाल करने वाले ऐसे करीबी व्यक्ति से लिया जाना चाहिए जो संबंधित व्यक्ति के साथ लक्षण दिखाई देने से भी पहले से रह रहा हो।**

अनुलग्नक I: प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र/शहरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में चिकित्सा अधिकारी द्वारा उपयोग किए जाने वाले मनोभ्रंश निदान टूल[9]



रैपिड टैस्ट द्वारा मनोभ्रंश आकलन

(डीएआरटी)

भारतीय जनसंख्या के लिए मनोभ्रंश जांच टूल

लेखक : स्वाति बाजपेयी, मंजरी त्रिपाठी और आशिमा नेहरा
क्लीनिकल स्नायु मनोविज्ञान एवं स्नायु विभाग
स्नायु विज्ञान केंद्र, एम्स, नई दिल्ली, भारत

1. असमान शब्द दोहराए जाएं

व्यक्ति से तीन शब्द दुहराने के लिए कहें

Elephant/हाथी, Paper/ कागज़, Bottle/ बोतल

(यदि 2 या 3 शब्द सही तरह से बताए जाएं तो 0 अंक)

...../1

2. मौखिक प्रवीणता

व्यक्ति से कहें कि उसे जितने याद हों उन सब्जियों के नाम बताए

(यदि 1 मिनट में 12 से अधिक नाम बताए तो 0 अंक)

...../1

3. घड़ी का चित्र बनाना

व्यक्ति से कहें कि हाथ से एक घड़ी बनाए जिसमें 8 बजकर 10 मिनट हुए हों

(यदि सही समय और घड़ी की सुई बनाए तो 0 अंक)

...../1

4. असमान शब्द याद करना

व्यक्ति से कहें कि कोई तीन शब्दों का उच्चारण करे जो उसने पहले बोले हों (चरण 1)

(यदि 2 या 3 शब्द सही याद कर ले तो 0 अंक)

...../1

व्याख्या

- ❑ *यदि सभी परिणाम सही हैं (0 / 4) = बोधात्मक गड़बड़ी की आशंका नहीं*
- ❑ *यदि कोई परिणाम गलत है (1–4/4) = बोधात्मक गड़बड़ी की आशंका है*

USE WITH PERMISSION ONLY. © ALL RIGHTS RESERVED

9. स्वाति बी, श्रीनिवास वी, मंजरी टी, आशिमा एन (2015) रैपिड टैस्ट द्वारा मनोभ्रंश (डी.ए.आर.टी.): मनोभ्रंश के लिए भारतीय जांच टूल जे अल्जाइमर्स डिस पार्किन्सनिज्म 5: 198. डी.ओ.आई.: 10.4172/2161–0460–1000198

अनुलग्नक J: रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली (पी.एच.क्यू.-9)

निर्देश – पी.एच.क्यू.–9 के अंक कैसे दें

बड़ा अवसादकारी विकार होने का सुझाव दिया जाता है यदि :

- कम से कम आधे से अधिक दिनों में 9 बार में से 5 या अधिक बार जांच की जाती है
- आइटम A या B पॉजिटिव है अर्थात कम से कम आधे से अधिक दिनों में

अन्य अवसादकारी सिंड्रोम होने का सुझाव दिया जाता है यदि :

- कम से कम आधे से अधिक दिनों में 9 बार में से B या C के रूप में जांच की जाती है
- आइटम A या B पॉजिटिव है अर्थात कम से कम आधे से अधिक दिनों में

यही नहीं पी.एच.क्यू.–9 अंकों को उपचार की योजना बनाने और निगरानी के लिए उपयोग किया जा सकता है। इन्स्ट्रूमेंट के अंक के लिए उत्तर वाले शीर्षक के अंतर्गत संख्या मान द्वारा प्रत्येक उत्तर का हिसाब लगाएं (बिल्कुल भी नहीं–0, कई दिन = 1, आधे से अधिक दिन = 2 और लगभग प्रत्येक दिन = 3)। प्रश्नावली के नीचे अंक का योग करने के लिए सभी अंकों को जोड़िए। नीचे दी गई गाइड के उपयोग से अंकों की व्याख्या करें :

पी.एच.क्यू.–9 अंकों की व्याख्या के लिए गाइड

अंक	अनुशंसित कार्रवाई
0-4	सामान्य सीमा या पूर्ण छूट। यह अंक सुझाव देते हैं कि रोगी को अवसाद के उपचार की आवश्यकता नहीं है।
5-9	मामूली अवसाद के लक्षण। सहायता करें, शिक्षित करें, लक्षण बिगड़ें तो कॉल करें, 1 महीने में वापस आएं
1 0-14	बड़ा अवसाद, मृदु तीव्रता। रोगी के लक्षणों की अवधि और कामकाज में त्रुटि के आधार पर उपचार के बारे में क्लीनिकल जजमेंट करें। अवसाद रोधी या साइकोथेरेपी से उपचार करें।
15-19	बड़ा अवसाद, सामान्य तीव्रता। अवसाद रोधी, साइकोथेरेपी या उपचार के संयोग के उपयोग से अवसाद के उपचार की आवश्यकता।
20 या अधिक	बड़ा अवसाद, प्रचंड तीव्रता। अवसाद रोधी और साइकोथेरेपी से उपचार की आवश्यकता, विशेषरूप से यदि मोनोथेरेपी से सुधार नहीं होता तो बार–बार फोलो करें।

कामकाजी स्वास्थ्य आकलन

इस इन्स्ट्रूमेंट में कामकाजी स्वास्थ्य आकलन शामिल किया गया है। इसमें रोगी से पूछा जाता है कि भावनात्मक कठिनाइयां या समस्याएं कार्य, घर में चीजों को या अन्य व्यक्तियों के साथ संबंधों को कैसे प्रभावित करती हैं। रोगी के उत्तर चार में से एक हो सकते हैं : कोई कठिनाई नहीं, कुछ हद तक कठिनाई, बहुत कठिनाई, अत्यधिक कठिनाई। अंतिम दो उत्तर सुझाव देते हैं कि रोगी की कामकाज करने की क्षमता त्रुटिपूर्ण हो गई है। उपचार शुरू होने के बाद रोगी में सुधार का आकलन करने के लिए कामकाज की स्थिति और अंकों को मापा जा सकता है।

रोगी स्वास्थ्य प्रश्नावली (पी.एच.क्यू.-9)

रोगी का नाम:_____दिनांक:_____

1. पिछले 2 सप्ताह से, आप कितनी बार निम्नलिखित समस्याओं से परेशान रहे ?

	बिलकुल नहीं (0)	कई दिन (1)	आधे से अधिक दिनों तक (2)	लगभग रोजाना (3)
a. काम करने में कम रुचि या आनंद	❐	❐	❐	❐
b. उदास, अवसाद या असहाय अनुभव करना	❐	❐	❐	❐
c. परेशान होकर गिरना/सोते रहना, बहुत अधिक सोना	❐	❐	❐	❐
d. थकान अनुभव करना या जोश कम होना	❐	❐	❐	❐
e. भूख बिगड़ना या अत्यधिक खाना	❐	❐	❐	❐
f. स्वयं के बारे में बुरा अनुभव करना या स्वयं को असफल समझना या अपने आप को या परिवार को गिरा हुआ समझना	❐	❐	❐	❐
g. चीजों पर ध्यान लगाने में परेशानी, जैसे अखबार बढ़ने या टीवी देखने में परेशानी	❐	❐	❐	❐
h. इतने धीमे चलना या बोलना कि अन्य लोग गौर नहीं कर सकें। इसके विपरीत इतनी अधिक बेचैनी या उतावलापन होना कि आप सामान्य की तुलना में बहुत अधिक भागदौड़ करने लगते हैं।	❐	❐	❐	❐
i. ऐसे विचार कि आप मर जाते तो ज्यादा अच्छा रहता या स्वयं को किसी न किसी तरह से चोट पहुंचाना	❐	❐	❐	❐

2. यदि आपको इस प्रश्नावली में से कोई समस्या है, तो काम करने पर चीजों की देखभाल करने या अन्य व्यक्तियों के साथ वास्ता रखने में आपको कितनी कठिनाई होती है ?

0	कोई कठिनाई नहीं	0	कुछ हद तक कठिनाई	O	बहुत कठिनाई	0	अत्यधिक कठिनाई		

कुल अंक _____

पी.एच.क्यू. 9 फाइजर इंक का कॉपीराइट है। सर्वाधिकार सुरक्षित। अनुमति के साथ पुनःप्रस्तुत। PRI ME– MD – फाइजर इंक का ट्रेडमार्क है।

योगदान करने वालों की सूची

सी.पी.एच.सी. में मानसिक स्वास्थ्य के बारे में कार्य बल के सदस्य

1. डॉ. सुजीत कुमार सिंह, निदेशक, एन.सी.डी.सी., स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
2. डॉ. आलोक माथुर, अपर उप महानिदेशक, डी.जी.एच.एस., स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
3. डॉ. इंदु ग्रेवाल, अपर उप महानिदेशक, डी.जी.एच.एस., स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
4. डॉ. विजय के तिवारी, स्वास्थ्य शिक्षा अधिकारी, डी.जी.एच.एस., स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय
5. डॉ. संतोष के चतुर्वेदी, डीन, व्यवहारीय विज्ञान, निमहंस (चेयरपर्सन)
6. डॉ. हिमांशु भूषण, सलाहकार, जन स्वास्थ्य प्रशासन, एन.एच.एस.आर.सी., (सदस्य सचिव)
7. प्रोफेसर सुरेश बाडा मठ, समुदाय साइकैटरी प्रमुख, निमहंस
8. डॉ. आर. थारा, निदेशक, शिजोफ्रेनिया रिसर्च फाउंडेशन (एस.सी.ए.आर.एफ.)
9. डॉ. विक्रम पटेल, सह–संस्थापक और प्रबंध समिति सदस्य, संगत
10. डॉ. अभिजीत नाडकर्णी, निदेशक, एडिक्शन्स रिसर्च ग्रुप, संगत, माननीय कनसल्टेंट साइकैट्रिस्ट, साउथ लंदन एंड मॉड्सली एन.एच.एस. फाउंडेशन ट्रस्ट, यूके
11. डॉ. उर्विता भाटिया, रिसर्च फेलो एवं कनसल्टेंट साइकोलोजिस्ट, संगत
12. डॉ. राहुल शिधाये, एसोसिएट प्रोफेसर, पी.एच.एफ.आई.
13. श्री वैभव मुरहर, परियोजना निदेशक (प्राइम एंड एसेंस) , संगत

14. डॉ. अतुल आंबेडकर, प्रोफेसर नेशनल ड्रग डिपेंडेंस उपचार केंद्र (एन.डी.डी.टी.सी.), एम्स

15. डॉ. मंजरी त्रिपाठी, प्रोफेसर न्यूरोलॉजी, एम्स, दिल्ली

16. डॉ. नवीन कुमार, अपर प्रोफेसर साइकेट्री, साइकेट्री विभाग, निमहंस

17. डॉ. एन मंजुनाथ, सहायक प्रोफेसर साइकेट्री , साइकेट्री विभाग, निमहंस

18. डॉ. शशिधरा एच एन, स्पेशलिस्ट ग्रेडे साइकेट्री, साइकेट्री विभाग, निमहंस

19. डॉ. विनय बी, स्पेशलिस्ट ग्रेडे साइकेट्री, साइकेट्री विभाग, निमहंस

20. डॉ. आनंद राज ई एसोसिएट प्रोफेसर साइकेट्रिक सामाजिक कार्य, साइकेट्री विभाग, निमहंस

21. डॉ. अरुणा रोज मैरी कपानी, एसोसिएट प्रोफेसर, क्लीनिकल मनोविज्ञान, समुदाय मानसिक स्वास्थ्य इकाई, निमहंस

22. डॉ. राधा कृष्णन, सहायक प्रोफेसर, नर्सिंग, समुदाय मानसिक स्वास्थ्य इकाई, निमहंस

23. डॉ. पल्लब के मॉलिक, उप निदेशक, जॉर्ज इन्स्टीट्यूट ऑफ ग्लोबल हेल्थ

24. डॉ. अत्रेयी गांगुली, विश्व स्वास्थ्य संगठन

25. प्रोफेसर एस के देउरी, दिनेशक, एलजीबी क्षेत्रीय मानसिक स्वास्थ्य संस्थान

26. द बनयान, चेन्नई

27. डॉ. एच सुंदरशन, करुणा ट्रस्ट एंड वी.जी.के.के.

28. डॉ. राजेश सागर, प्रोफेसर साइकेट्री, एम्स

29. डॉ. रजनी पार्थसारथी, राज्य नोडल अधिकारी, कर्नाटक

30. डॉ. सुनील चौहान, कार्यक्रम अधिकारी, मानसिक स्वास्थ्य और चिकित्सा विज्ञान, गुजरात

32. डॉ. किरण पी एस, राज्य कार्यक्रम प्रबंधक, केरल

33. डॉ. रणिता अथोकपम, राज्य नोडल अधिकारी, मानसिक स्वास्थ्य, मणिपुर

34. डॉ. बिमल कुमार, राज्य नोडल अधिकारी, बिहार

उप समूह, मिर्गी और मनोभ्रंश

1. डॉ. मंजरी त्रिपाठी, प्रोफेसर न्यूरोलॉजी, एम्स, दिल्ली
2. डॉ पी सतीश चंद्र, कार्यकारी निदेशक, निमहंस
3. डॉ. सुवासिनी शर्मा, प्रभारी, पेडियाट्रिक न्यूरोलॉजी, एल.एच.एम.सी.
4. डॉ. दीपिका जोशी, प्रोफेसर एवं हेड बीएचयू, न्यूरोलॉजी
5. डॉ. समहिता पांडा, एम्स – जोधपुर न्यूरोलॉजी
6. डॉ. प्रदीप नायर, एचओडी – न्यूरोलॉजी जे.आई.पी.एम.ई.आर., पांडिचेरी
7. डॉ. निरेंद्र राय, एम्स– भोपाल–न्यूरोलॉजी

उप समूह, मानसिक स्वास्थ्य में आयुर्वेद

1. डॉ. डी. सी. कटोच, सलाहकार, आयुष विभाग, आयुष मंत्रालय
2. डॉ. एस. एन. ओझा, प्रोफेसर एवं निदेशक, आयुर्वेद, जम्मू–कश्मीर
3. डॉ. सुरिंदर कटोच, आयुर्वेदिक साइको–काउंसलर
4. डॉ. पार्वतीय, मेडि सुपरिंटेंडेंट, सरकारी आयुर्वेदिक मानसिक अस्पताल

स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रलय से योगदानकर्ता

1. श्री मनोज झालानी, विशेष सविच और मिशन निदेशक
2. सुश्री वंदना गुरनानी, अपर सचिव और मिशन निदेशक (एन.एच.एम.)
3. डॉ. मनोहर अगनानी, संयुक्त सचिव (आर.सी.एच.), एन.एच.एम.
4. श्री विकास शील, संयुक्त सचिव (नीति), एन.एच.एम.
5. डॉ. एन. युवराज, निदेशक एन.एच.एम.–1, एनएचएम
6. डॉ. रक्षिता खानिजोउ, कनसल्टेंट, एन.एच.एम.

NHSRC से योगदानकर्ता

1. डॉ. रजनी वेद, ईडी, NHSRC
2. डॉ. गरिमा गुप्ता, सीनियर कनसल्टेंट, सी.पी. सी.पी.एच.सी. डिविजन
3. सुश्री शिवाजी राय, कनसल्टेंट, पी.एच.ए. डिविजन

4. श्री प्रसांत के. एस., सीनियर कनसल्टेंट, पी.एच.ए. डिविजन
5. डॉ. नेहा दुमका, सीनियर कनसल्टेंट, सी.पी. सी.पी.एच.सी. डिविजन
6. डॉ. निशा सिंह, कनसल्टेंट, जन स्वास्थ्य नियोजन मंडल
7. श्री अजित सिंह, कनसल्टेंट, पी.एच.ए. डिविजन
8. डॉ. आशिमा भटनागर, कनसल्टेंट, पी.एच.ए. डिविजन
9. डॉ. शुचि सोनी, कनसल्टेंट, पी.एच.ए. डिविजन
10. डॉ. कल्पना पावलिया, कनसल्टेंट, पी.एच.ए. डिविजन
11. डॉ. इशिता चौधरी, फेलो, पी.एच.ए. डिविजन
12. डॉ. सयाली, फेलो, पी.एच.ए. डिविजन
13. सुश्री अक्षिता सिंह, फेलो, पी.एच.ए. डिविजन

सचिवालयीय समर्थन, NHSRC

1. डॉ. उद्दीपन दत्ता, पी.ए.ओ.
2. सुश्री मंजू, सचिवालय सहायक
3. श्री गिरीश कुमार, प्रशासन सहायक
4. श्री भूपाल राम, सपोर्ट स्टाफ
5. श्री प्रकाश चेमजुंग, सपोर्ट स्टाफ
6. श्री रवि, सपोर्ट स्टाफ

संक्षिप्त शब्दों की सूची

ए.डी.एच.डी.	अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्विटी डिसऑर्डर
आयुष	आयुर्वेदिक, यूनानी, सिद्ध और होम्योपैथी
सी.एम.डी.	सामान्य मानसिक स्वास्थ्य विकार
सी. एंड ए.एम.एच.डी.	बचपन और किशोरवय मानसिक स्वास्थ्य विकार
डी.ए.एल.वाई.एस.	दिव्यांगता समायोजित जीवन वर्ष
डी.एम.एच.पी	जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम
आई.ई.सी.	सूचना, शिक्षा और संचार
MNS	मानसिक, स्नायु तंत्र और नशे का सेवन
एन.एम.एच.पी.	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम
एन.एम.एच.एस.	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण
ओ.सी.डी.	ऑबसेस्सिव कम्पलसन डिसऑर्डर
ओ.एस.टी.	ओपिओइड सब्सटीट्यूशन थेरेपी
पी.डब्ल्यू.ई.	पर्सन विद एपिलेप्सी (मिर्गी रोगी)
पी.डब्ल्यू.डी.	पर्सन विद डिमेंशिया (मनोभ्रंश रोगी)
एस.एम.डी.	तीव्र मानसिक स्वास्थ्य विकार

एस.टी.सी.	द्वितीयक/तृतीयक देखभाल केंद्र
एस.यू.डी.	मादक पदार्थ सेवन विकार
टी.ओ.टी.	प्रशिक्षकों का प्रशिक्षण
यू.एच.एन.डी.	शहरी स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस
वी.एच.एन.डी.	ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस
वाई.एल.एल.	इयर्स ऑफ लाइव्स लोस्ट

मुद्रकः विबा प्रेस प्रा. लि., 9810049515