

24 ✓
CHLP.2003.4 | FR 114

Building on Understanding of Mental Health in the Community

Two Years Community Health Fellowship Programme

By

Dr. Shabana Khan

Mentor

Sri Prasana Saligaram

Field Mentor

Seena Deshmuk

CHC-SOCHARA 2003

समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य की समझ बनाना

CMLP-2003-4/FR114

दो वर्षीय सामुदायिक स्वास्थ्य फेलोशिप कार्यक्रम



che
SOCHARA

2003

Shaban

मार्गदर्शक -

प्रस्तुतिकरण

मार्गदर्शक

श्री प्रसन्ना सालिग्राम

डा. शबाना खान

सीमा देशमुख

स्वयं का परिचय-

सन् 1995 में अपना होम्योपैथिक कोर्स खत्म करने के बाद प्रैक्टिस करना शुरू किया। घर पर अपना क्लिनिक भी खोला। जिससे कई साल पहले से मेरे पिता चलाया करते थे। होम्योपैथिक प्रैक्टिस में मेरा उतना मन नहीं लग पा रहा था। जैसे-जैसे समय बीता कुछ और करने की चाह बढी जिसमें मेरी यह सोच बनी कि मनोविज्ञान में एम.ए. किया जाए जिससे इंसान के व्यवहार, मन को समझने में मदद मिले इसलिए मेने मनोविज्ञान में एम.ए. किया फिर उसके बाद एम.फिल. क्लिनिकल सायकोलॉजी से किया।

एम.फिल. करने के बाद 1 साल तक "अमरज्योति" मानसिक व शारीरिक पुर्नवास स्कूल में क्लिनिकल सायकोलॉजिस्ट के पद पर कार्य किया। इसके बाद एन. एच. आर. सी. का एक प्रोजेक्ट जिसको कि एक्शन-एड इण्डिया नाम के संगठन ने प्रारम्भ किया। यह प्रोजेक्ट ग्वालियर मानसिक आरोग्यशाला में लम्बे समय से पुर्नवासित न हो पा रहे मरीजों के लिए चलाया गया और समुदाय आधारित पुर्नवास की सोच पर आधारित था। इस प्रोजेक्ट में 2003 फरवरी - 2007 दिसम्बर तक मैंने समन्वयिका के पद पर कार्य किया। सन् 2007 के अंत में कमला नेहरू चिकित्सालय, भोपाल में राज्य स्तरीय किशोरावस्था अनुसंधान एवं संसाधन केन्द्र में काउन्सलर के पद पर कार्य करना शुरू किया। 2 साल कार्य करने के बाद सी.पी.एच.ई. की फेलोशिप के अन्तर्गत 2 साल के लिए कार्य करना शुरू किया। दो साल के कार्य के दौरान जहाँ कई पुराने अपने ही किए हुए कार्य को समझने के लिये नई सोच मिली वहीं दूसरी ओर यह भी समझने में मदद मिली कि समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य में और क्या-क्या कार्य करने की जरूरत है तथा समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य के कार्य को कैसे परिपूर्ण किया जा सकता है। अपने किए कार्य को रिसर्च का रूप कैसे दिया जा सकता है। इसके साथ ही यह समझ और भी साफ हुई कि सामुदायिक स्वास्थ्य, समुदायिक मानसिक स्वास्थ्य से कैसे जुड़ा हुआ है यानि स्वास्थ्य को सम्पूर्णता के साथ ही देखना चाहिए साथ ही यह भी समझ बनी कि मानसिक स्वास्थ्य समुदाय का हिस्सा कैसे बन सकता है और समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य की समझ कैसे बन सकती है व क्यों जरूरी है ?

आभार—

मैं शुक्रिया अदा करना चाहूंगी मध्य प्रदेश भारत ज्ञान विज्ञान समीति का जिसकी तरफ से मैं दो साल की फैलोशिप का हिस्सा रही जिसके बाद मैं शुक्रिया अदा करना चाहूंगी अपने परिवार के सभी सदस्यों का जिन्होंने मुझे भावनात्मक रूप से सहयोग देकर इस फैलोशिप को पूरा करने में मदद की। टीम साथ ही साथ मैं शुक्रिया अदा करना चाहूंगी सेचारा खासकर थेलमा व रवि जी का और सैंटर फार पब्लिक हेल्थ एण्ड ईक्विटी का पूरी टीम का जिन्होंने समय-समय पर मेरे काम को सहारा और उसे आगे बढ़ाने में मेरी मदद की। फिर मैं बहुत-बहुत शुक्रगुजार हूँ। अपने दोनो ही मेंटर्स (सुदीपा और प्रसन्ना) की जिन्होंने मेरे स्वयं के अन्दर और मेरे कार्य के अन्दर बहुत सारे सकारात्मक बदलाव लाने में मेरी मदद की। और तकनीकी प्रशिक्षण देकर मुझे अपनी फैलोशिप की जिम्मेदारियों को बखूबी निभाने में मेरी मदद की और आगे आने वाले समय में मुझे अपनी टीम से जुड़े रहने की सहमति दी। फिर मैं शुक्रिया अदा करना चाहूंगी अपनी दोनो संस्थाओं (मुस्कान, संभावना) से शिवानी और सथ्यू जी का जिन्होंने अपनी संस्थाओं में मुझे प्लेसमेंट देकर समुदाय में कार्य करने का मौका दिया। मैं अपनी दोनो फील्ड मेंटर (सीमा व तबस्सुम) के साथ-साथ संस्थाओं के अन्य साथियों का भी मैं शुक्रिया अदा करती हूँ जिन्होंने मेरे साथ समुदायिक कार्य में मेरी सहायता की और समय-समय पर दिशा निर्देश देकर कार्य को आगे बढ़ाने में मेरी मदद की और हर कदम मेरे साथ रहे। साथ ही मैं अभारी हूँ अपने सभी 19 फैलो साथियों की जिन्होंने मुझे और मेरे कार्य को सहारा व उसे आगे बढ़ाने में मेरा हौसला बढ़ाया।

विषय सूची

1. प्लेसमेंट की गई संस्थाओं के साथ कार्य—

1.1 संभावना संस्था के साथ कार्य—

A- गैस आपदा क्षेत्र के पानी पीड़ित 3 से 14 साल के बच्चों के साथ कार्य। पेज (1 से 3)

B- संभावना टीम की मानसिक स्वास्थ्य पर क्षमतावृद्धि। पेज (4 से 5)

C- संभावना टीम के साथ समुदाय में नशा विरोधी संवेदनशीलता बढ़ाने का कार्य।

1.2 मुस्कान संस्था के साथ कार्य—

A- मुस्कान कार्य क्षेत्र में किशोरियों के साथ जीवन कौशल का कार्य। पेज (6 से 7)

B- स्वयं सहायता समूह की महिलाओं को मानसिक स्वास्थ्य पर संवेदनशील बनाने का कार्य।
पेज (8 से 10)

C- मुस्कान में कार्य कर रहे साथियों की मानसिक स्वास्थ्य पर समझ बनाना व मानसिक स्वास्थ्य पर संवेदनशीलता बढ़ाने का कार्य। पेज (11 से 12)

D- कटारा हिल्स के हॉस्टल में रह रही किशोरियों के साथ सकारात्मक बदलाव के लिए कार्य।

पेज (13 से 14)

1.3 मुस्कान एवं संभावना ट्रस्ट के साथ मिले-जुले कार्य—

मानसिक रोगियों के साथ किए गए कार्य व उनके द्वारा समुदाय और मुस्कान टीम को संवेदनशील बनाना। पेज (15 से 17)

2. विकलांग व्यक्तियों के पुर्नवास व सरकार द्वारा दी जाने वाली सुविधाओं की जानकारी से जोड़कर लाभान्वित होने की प्रक्रिया चलना। पेज (18)

3. भोपाल जिले में मानसिक स्वास्थ्य तंत्र की स्थिति का पता लगाना। पेज (19 से 20)

4. कमला नेहरू अस्पताल में वर्तमान में किए जाने वाले कार्यों व अनुभवों के बारे में। पेज (21 से 22)

5. अन्य संस्थाओं के साथ किए गये कार्य

- 5.1 भारत ज्ञान विज्ञान समिति के साथ कार्य। पेज (23 से 24)
 - 5.2 सुधार संस्था के साथ कार्य। पेज (25 से 26)
 - 5.3 सौसर विजिट पेज (27 से 28)
 - 5.4 चेतना संस्था के साथ कार्य के अनुभव। पेज (29)
 - 5.5 फेथ हीलिंग स्टेशन के अनुभव। पेज (30 से 31)
6. लेखन कार्य के अनुभव—
- 6.1 आर्टिकल लेखन के अनुभव। पेज (32 से 33)
 - 6.2 अनुसंधान के लेखन कार्य की प्रक्रिया के अनुभव। पेज (34 से 35)
 - 6.3 दो साल की फ़ैलोशिप का स्वाट आंकलन। पेज (36 से 37)
- 7 संलग्नक—
- 1.1 भोपाल जिले में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति का फारमेट
 - 1.2 ससर वी रिपोर्ट
 - 1.3 आर्टिकल
 - 1.4 रिप्रोडक्शन में महिला मानसिक स्वास्थ्य

1. प्लेसमेंट की गई संस्थाओं के साथ कार्य

1.1 संभावना संस्था के साथ कार्य—

A- 3 से 14 साल के पानी पीड़ित बच्चों के साथ कार्य।

पृष्ठभूमि :-

यूनियन कार्बाइड फैक्ट्री से रिसाव हुई मीथाइल आइसो साइनेट (CH_3NCO) जो कि सन् 1984 में भोपाल जिले की एक घनी आबादी में हुआ यह जान और माल की हाने की दृष्टि से बड़ा नुकसान था इसमें लगभग 25000 जाने गई तथा लाख से ज्यादा लोग गंभीर रूप से घायल हुए। इसके अलावा यूनियन कार्बाइड का बचा हुआ (कचरा) जिस गड्ढे में डाला गया उसने उस क्षेत्र के आसपास के 3 कि.मी. के दायरे का मिट्टी व पानी को संक्रमित कर दिया जिसकी वजह से उस एरिया के लोगों व बच्चों में संक्रमित पानी से होने वाली बीमारियाँ व जन्मजात विकृतियाँ सामने होने लगी है। 'संभावना ट्रस्ट इन्हीं लोगों के मानसिक स्वास्थ्य के स्वास्थ्य के लिए कार्य करती है। यह एक सेवा संस्था है गैस पीड़ित व पानी पीड़ितों के ईलाज के साथ-साथ संभावना ट्रस्ट स्वा. शिक्षा व शोध प्रकाशन का काम भी करती है'। इस संस्था की एक विशेषता यह भी है कि यहाँ पर कई पद्यतियों द्वारा ईलाज किया जाता है और चिकित्सा पद्यतियों के साथ-साथ जड़ीबूटियों से उपचार पर विशेष ध्यान दिया जाता है। यहाँ महिलाओं व बचा बच्चों के लिए विशेष ध्यान दिया जाता है। यहाँ महिलाओं तथा बच्चों के लिए विशेषज्ञ अपनी सेवाएँ प्रदान करते हैं। संभावना सामुदायिक स्वास्थ्य की भावना वा. लेकर कार्य करता है। इसलिए समुदाय में स्वा. कार्यकर्ता बनाए हुए हैं जिनको कि सामान्य स्वा. का प्रशिक्षण दिया गया है। और वे छोटी मोटी बीमारियों का समुदाय में ही ईलाज कर लेते हैं। और हर्बल गार्डन भी समुदाय में ही उपलब्ध है जिनकी देखरेख भी जिम्मेदारी भी समुदाय व स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की है यह संस्था बाफना कॉलोनी बैरसिया रोड़ भोपाल में संचालित है। संभावना के अपने कार्य के दौरान यह पाया है कि गैस रिसाव ने लम्बे समय की बीमारी व (जैनेटिकली चैन्ज) गुणसूत्र परिवर्तन मानव जीवन पर छोड़े है।

उद्देश्य :-

संक्रमित पानी पीड़ित बच्चों में मानसिक मन्दता का पता लगाना व संक्रमित पानी पीड़ित बच्चों में व्यवहारिक परेशानियों का पता लगाना, संभावना ट्रस्ट के साथ मिलकर समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य पर समझ बनाना तथा संभावना की टीम को मानसिक स्वास्थ्य के लिए संवेदनशील बनाना।

क्या किया :-

- संभावना के कार्यक्षेत्र के संक्रमित पानी के क्षेत्र के 3 से 14 साल के बच्चों में से व्यवहार का आंकलन (वैकलिस्ट द्वारा) कर 35 व्यवहारिक परेशानी वाले बच्चों को चयनित किया।

- उन 35 बच्चों को समुदाय में जाकर व सम्भावना में बुलाकर उनकी काउन्सिलिंग की ओर व्यवहार से जुड़ी अन्य परेशानियों को सुना।
- समुदाय में जाकर उनके माँ-बाप तथा परिवार के अन्य सदस्यों की भी बच्चों के इस व्यवहार को लेकर काउन्सिलिंग की।
- बच्चों के माता-पिता को उनकी बुद्धि लब्धि का स्तर पता लगाने के लिए हमीदिया अस्पताल, क्षेत्रीय पुर्नवास केंद्र खजूरी कला व भोपाल मेमोरियल गैर राहत अस्पताल जाने के लिए प्रेरित किया।
- बुद्धि लब्धि के जाँच से आए परिणामों के आधार पर उन्हें "चिंगरी" पुर्नवास केंद्र में रजिस्ट्रेशन कराने व स्कूली शिक्षा लेने हेतु प्रेरित किया।
- चिंगारी में समय-समय पर फालोअप किया।
- सम्भावना में कार्य कर रहे शिशु रोग विशेषज्ञ द्वारा उनकी विकास एवं वृद्धि का भी आंकलन कराया तथा उस पर बच्चों के माता-पिता से चर्चा की।
- बच्चों के माता-पिता को विकलांगता के आधार पर मिलने वाली सुविधाओं को प्राप्त करने के लिए प्रेरित किया। इसी के साथ अन्य विकलांग बच्चों के माता-पिता को प्रेरित किया।

परिणाम:-

- पानी पीड़ित चयनित बच्चों की परामर्श तथा उनके परिवार जनों की परामर्श करने से बच्चों के प्रति तथा उनके व्यवहार के प्रति माता-पिता तथा अन्य परिवार जनों का रवैया बदला।
- माता-पिता ने उनके विकास व व्यवहार को सुधारने का प्रयास करना शुरू किया।
- उनकी नियमित चिकित्सक जाँच पर ध्यान दिया।
- उनमें से ज्यादातर माता-पिता ने बच्चों का वृद्धि परीक्षण भी कराया 20 बच्चों में से 7 बच्चों को "चिंगारी" पुर्नवास केंद्र में दाखिला दिलवाया व उनकी अन्य गतिविधियों को भी सुधारने का प्रयास किया।
- मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी भ्रान्तियों को दूर किया। कुछ बच्चों के माता-पिता ने 8 बार तक फेलोअप किया।

विश्लेषणात्मक अध्ययन:-

	बच्चे
-- कुल व्यवहारिक परेशानी वाली बच्चे	35
-- त्रिस्तरीय फालोअप :-	
सम्भावना में	16
चिंगारी में	07
बस्ती में	35
एस.क्यू./आई.क्यू.	20
बच्चों को परामर्श	10
पारिवारिक सदस्यों को परामर्श	35
फालोअप 8-10 वार	08

निष्कर्ष :-

हमारे द्वारा यह पाया तो गया कि पानी पीड़ित बच्चों मानसिक मन्दता थी पर परीक्षण द्वारा यह सिद्ध नहीं हो पाया कि खून में रसायनो की कितनी मात्रा है।

- व्यवहारिक परेशानी के इन बच्चों की तुलना किसी दूसरे नियंत्रित समूह से यह नहीं की जा सकी।
- गरीबी के कारण मुआवजे की चाह भी कार्य में बाधक रही।

B -संभावना टीम की मानसिक स्वास्थ्य पर क्षमतावृद्धि -

मैंने संभावना की उस टीम के साथ कार्य करना शुरू किया जो टीम गैस पीड़ित समुदाय में स्वास्थ्य का कार्य करती है। समुदाय में संभावना की क्लिनिक्स भी हैं। जड़ी-बूटियों द्वारा उपचार के लिए हर्बल प्लांट के बगीचे भी सभी समुदायों में लगभग लगे हुए हैं। सामुदायिक स्वास्थ्यवर्मी वहीं पर प्राथमिक उपचार की दवायें दे देते हैं। खून में लाल रक्त कणिकाओं व मलेरिया की जांच भी वहां की जाती है। मैंने इसी कार्य को अपने कार्य के साथ में जोड़कर कार्य करना इसलिए निश्चित किया कि सामुदायिक स्वास्थ्य में मानसिक स्वास्थ्य की भी अहम भूमिका है। इसी के साथ विकलांग व्यक्तियों की भी हम मिलकर मदद कर पायें। स्वास्थ्य कार्यकर्ता अपने कार्य के साथ-साथ समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य, नशा आदि को जोड़कर कार्य कर सकें।

उद्देश्य -

संभावना की स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं की टीम को मानसिक स्वास्थ्य के प्रति संवेदनशील बनाना व समुदाय में मानसिक रोगियों व विकलांग व्यक्तियों की मदद करना।

क्या-क्या किया-

संभावना में शुरूआती कार्य के साथ मैंने सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं के साथ मिलकर मानसिक स्वास्थ्य पानी पीड़ित बच्चों के साथ तथा विकलांग व्यक्तियों के लिए सरकार जो सहूलियतें प्रदान कर रही है जैसे विकलांग प्रमाण पत्र बनवाना तथा पेंशन योजना की जानकारी देना इत्यादि के बारे में कार्य करते हुए संभावना की टीम को मानसिक स्वास्थ्य के प्रति संवेदनशील बनाया।

समुदाय में रह रही पानी पीड़ित बच्चे, नशा कर रहे लोग, मानसिक रोगी, विकलांग लोगों को संभावना की टीम के साथ समुदाय में चर्चा की व संभावना ट्रस्ट के अंदर भी चर्चा की। टीम के सदस्यों ने मानसिक स्वास्थ्य की सीपीएचई की ट्रेनिंग में भाग लिया। मानसिक स्वास्थ्य पर सीपीएचई द्वारा मिले मटेरियल को टीम के सदस्यों को पढ़ने के लिए दिया तथा उस पर चर्चा की, विकलांग व अन्य रोगियों के इलाज में उनकी भागीदारी बढ़ाई जिससे उनकी मानसिक स्वास्थ्य पर समझ बढ़े। समुदाय आधारित पुनर्वास प्रक्रिया में उनकी सहमति ली व उनकी भागीदारी से लिए निर्णय को ही उचित निर्णय माना। मानसिक अस्वस्थता तथा मानसिक मंदता के कारकों व कारणों पर भी चर्चा कर टीम की समझ बढ़ाने में मदद की।

परिणाम-

टीम के सदस्यों की पानी पीड़ित बच्चों के मानसिक स्वास्थ्य, सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य में समझ बढ़ी व मानसिक बीमारियों की पहचान पर समझ बढ़ी, उनके फॉलोअप में भागीदारी बढ़ी, व मानसिक

बीमारियों कारकों व कारणों पर ध्यान देने पर जानकारी बढ़ी। सामान्य स्वास्थ्य व मानसिक स्वास्थ्य में सम्बन्ध पर नजरिया बदला। मानसिक रोग से सम्बन्धित धारणाओं पर समझ बनी।

निष्कर्ष –

अगर समुदाय आधारित पुनर्वास या समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य की बात की जाये तो हम स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं को प्रशिक्षित कर उनके द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य को बेहतर बना सकते हैं उसी प्रकार मानसिक स्वास्थ्य, विकलांगता पर भी कार्यकर्ताओं की समझ बना सकते हैं तथा इससे जुड़ी भ्रांतियों को दूर कर सकते हैं जिससे समुदाय आधारित मानसिक स्वास्थ्य को बेहतर बनाया जा सके।

C- संभावना के साथ-नशा विरोधी कार्य

उद्देश्य : संभावना की बस्तियों में नशा मुक्ति पर कार्य –

क्या-क्या किया – टीम के साथ समुदाय में गए वहां पर ऐसे लोगों का एक समूह बनाया जो कि किसी प्रकार का नशा लेते हैं। चार्ट व चर्चा के माध्यम से बताया कि नशा हमारे स्वास्थ्य के लिए कितना नुकानदायक है नशे से पैसे की कितनी हानि होती है। वह हमारे शरीर को कैसे नष्ट करता है और हमारी पारिवारिक व सामाजिक छवि को कैसे खराब करता है। जैसे तम्बाकू, पाउच का नशा हमारे माशित्क से लेकर छोटे से छोटे अंग को कैसे हानि पहुंचाता है। आजकल लोग किस-किस प्रकार के नशों से ग्रसित हैं। फिर उन लोगों के इस समूह में कईबार समूह चर्चा कर उनसे जुड़े सवाल जवाब व भ्रातियों को दूर करने का प्रयास किया संभावना में बुलाकर परामर्श दी, डॉ० से स्वास्थ्य परीक्षण करवाकर उन्हें सेहत का ध्यान रखने की सलाह दी। आपसी सम्बन्धों में सुधार आया। (थोड़ा)

परिणाम –

परामर्श के लिए लोग आए, कुछ लोगों ने गुटखा खाना कम किया; परिवार के लोगों में नशे के बारे में जागृति आई जो लोग नशा नहीं लेते थे उन्होंने माना कि हम कभी नशा नहीं लेंगे।

निष्कर्ष – समाज में अगर नशे के बारे में जागृति फैलाई जाए तो लोग उसे लेना शुरू नहीं करेंगे या दूसरों को लेने से रोकेंगे। नशे के विरुद्ध कार्य के लिए लोग मन से तैयार होंगे जो जीवन पर्यन्त चलने वाली प्रक्रिया है।

1.2 मुस्कान संस्था के साथ किये कार्य

A- मुस्कान के कार्य क्षेत्र में किशोरियों के जीवन कौशल का कार्य-

प्रस्तावना :- मुस्कान एक ऐसा ऑर्गनाइजेशन है जो कि बच्चों व महिलाओं पर कार्य करता है। मुस्कान का कार्यक्षेत्र 17 ऐसी बस्तियों में है जो स्लम है, माईग्रेटेड लोग वहाँ रहते हैं। कार्य के तौर पर वे कचरा धीनने का कार्य करते हैं। जिसमें मुख्यतः कंजर, झारेवाला, गौड़, भील, इत्यादि लोग रहते हैं। मुस्कान ने बच्चों की शिक्षा को लेकर कार्य शुरू किया मुस्कान का मानना है कि शिक्षा के द्वारा बच्चों के भविष्य के सुधारा जा सकता है और साथ-साथ ही इन बस्तियों में रहने वाले बच्चों की आर्थिक, सामाजिक, पारिवारिक, स्थितियाँ को भी सुधारा जा सकता है। तथा साथ-साथ उनकी स्वास्थ्य सम्बंधी समस्याओं को भी काफी हद तक कम किया जा सकता है और उनमें निर्णय लेने की क्षमता का विकास भी किया जा सकता है।

उद्देश्य :-

मुस्कान कार्य क्षेत्र के किशोर-किशोरियाँ समूह के बच्चों में जीवन कौशल प्रशिक्षण के माध्यम से उनके व्यक्तित्व में सकारात्मक बदलाव लाना।

क्या-क्या किया :-

- समूह को जीवन कौशल शिक्षा के माध्यम से प्रशिक्षित किया।
- प्रशिक्षण के लिए सेडपा का माड्यूल इस्तेमाल किया।
- माड्यूल के अलावा निम्न मुद्दों पर भी कार्य किया जो कि फोकस समूह चर्चा के माध्यम से किया जैसे वृद्धि एवं विकास, सैकेन्ड्री सैक्स करेक्टर, प्यूवर्टी, प्रजननकाल व गर्भावस्था में महिला, प्रजनन सम्बंधी अंगों के बारे में जानकारी, महावारी व उस दौरान साफ-सफाई, मनोरंजन वोकेशनल, पढ़ाई सम्बंधी, पेड़-पौधों को लगाने सम्बंधी, उनके उपयोग तथा महत्व के बारे में चर्चा की जिससे कि किशोरियों में पेड़-पौधों सम्बंधी जानकारी बढ़ी। यह प्रशिक्षण निम्न माध्यम से किया।

फोकस ग्रुप चर्चा, कहानी, प्रश्न उत्तर, स्वयं कर के देखना।

परिणाम:-

किशोरियों में निम्नलिखित परिवर्तन देखने को मिले

- उनके शैक्षणिक परिणाम में सकारात्मक बदलाव आया।
- निर्णय लेने की क्षमता में वृद्धि, कार्य करने व दिनचर्या में सकारात्मक बदलाव मिले।
- उनकी सोच में बदलाव आया वे सद्भावना की भावना के साथ रहने लगीं व दूसरों की मदद करने लगीं।
- उनमें सहानुभूति की भावना का विकास हुआ।

- उनके आपसी सम्बंध ठीक हुए व बातचीत करने के तरीके में बदलाव आया।
- उनमें स्वयं के प्रति जागरूकता में तथा साफ-सफाई के महौल में परिवर्तन आया।
- बीमारियों के बारे में जागरूकता व प्राथमिक उपचार के प्रति जागरूकता बढ़ी।
- रोजगार सम्बंधी कौशल की चाह में वृद्धि आई।

निष्कर्ष :-

अगर किशोर एवं किशोरियों में जीवन कौशल व अन्य स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारियों को बढ़ाने हेतु कार्य किया जात है तो वे जीवन में ज्यादा सफल व्यक्ति साबित हो सकते हैं तथा वे अपने सम्बंधों को मधुर बना सकते हैं, तथा इस उम्र में अनेक सकारात्मक प्रभाव पैदा किए जा सकते हैं जो उन्हें सफलता के साथ ही कई बीमारियों व परेशानियों से उन्हे बचा सकते हैं।

B- स्वयं सहायता समूह की महिलाओं को मानसिक स्वास्थ्य पर संवेदनशील बनाने का कार्य—

मुस्कान का कार्यक्षेत्र भोपाल जिले की 17 झुग्गी बस्तियां हैं इन बस्तियों के ज्यादातर महिलाएं एवं पुरुष कचरा बीनने का कार्य करते हैं। महिलाएं सुबह से पारिवारिक सदस्यों के लिए खाना बनाना व घरेलू कार्य के साथ बच्चों के पालन पोषण का कार्य भी करती हैं। फिर कचरा बीनने जाती हैं और वापस आकर वे गृहकार्य में लग जाती हैं। वे अपने तनाव से मुक्ति के लिए नशे का सहारा भी पुरुषों की तरह ही लेती हैं चाहे वह तम्बाकू का नशा हो या शराब का।

हम किसी बस्ती को झुग्गी बस्ती तभी कहेंगे जबकि उसमें –

- किसी कस्बे या शहर के ऐसे सभी विशिष्ट क्षेत्र जिनकी पहचान राज्य/स्थानीय शासन ने किसी अधिनियम जैसे झुग्गी बस्ती अधिनियम के अंतर्गत की हो।
- ऐसे सभी क्षेत्र जिन्हें कि राज्य/स्थानीय सरकार तथा हाउसिंग व स्लम बोर्ड ने स्लम की मान्यता दी है लेकिन जिन्हें औपचारिक तौर पर किसी एक्ट के अंतर्गत स्लम का दर्जा प्राप्त नहीं है।
- ऐसा संगठित सा क्षेत्र जहां की जनसंख्या कम से कम 300 हो या जहां लगभग 60 से 70 घर इकट्ठे हों ये घर कच्चे, कमजोर, अधूरे से हों तथा वातावरण साफ-सुथरा न हो, अधोसंरचना पूर्ण न हो एवं जहां निकास, शौच, साफ-सफाई व शुद्ध जल की व्यवस्था न हो।

इस प्रकार की झुगियों में रहने वाली महिलाओं की सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य स्थिति पर समझ बनाना, मानसिक विकलांग व्यक्तियों को मिलने वाली सुविधाओं का उपयोग करना व स्वयं के मानसिक स्वास्थ्य का ध्यान रखना। इत्यादि पर ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य तथा शहरी मानसिक स्वास्थ्य की तरह ही महत्वपूर्ण मुद्दा है।

उद्देश्य – मुस्कान के कार्यक्षेत्र में रहने वाली महिलाओं की मानसिक स्थिति को मजबूत करना व सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य पर एक समझ बनाना।

क्या-क्या किया – सबसे पहले बस्तियों का चयन किया – मोची मोहल्ला, बापू नगर, गंगा नगर, सरगम बस्ती।

मुस्कान के कार्यक्षेत्र में रहने वाली महिलाओं के स्वास्थ्य की स्थिति को समझने व उनके स्वास्थ्य सम्बन्धी अन्य मुद्दों को समझने के लिए मुस्कान के साथियों से चर्चा की जो उन महिलाओं के बीच लम्बे समय से स्वयं सहायता समूह को चलाने का कार्य व अन्य सामुदायिक कार्य कर रहे हैं। मैं भी उन साथियों के साथ महिला ग्रुप में शामिल हुई और धीरे-धीरे सभी से दोस्ताना व्यवहार बनाया व स्वास्थ्य के सामान्य मुद्दों पर चर्चा की। इसके बाद

मानसिक स्वास्थ्य क्या है? व इससे जुड़ी भ्रांतियां क्या-क्या हैं, समुदाय के लोग मानसिक स्वास्थ्य को किस दृष्टि से देखते हैं, वे विकलांगता को किस दृष्टि से देखते हैं, वे स्वास्थ्य तथा मानसिक स्वास्थ्य

के लिए क्या-क्या प्रक्रियायें अपनाते हैं। वे अन्य विकलांगता से मानसिक विकलांगता को किस प्रकार भिन्न करके समझते या देखते हैं, वे मानसिक मंदता व मानसिक बीमारी में कितना फर्क समझते हैं, मानसिक रोगी के प्रति समाज का नजरिया क्या रहता है। क्या वे शारीरिक स्वास्थ्य को मानसिक स्वास्थ्य से जोड़कर देख पाते हैं, स्वयं सहायता समूह के माध्यम से महिलायें क्या सिर्फ पैसों के लेन-देन के माध्यम से एक दूसरे की मदद करने का समूह समझती हैं या फिर भावनात्मक रूप से भी वे एक दूसरे से जुड़ी हैं या सथी हैं। वे समुदाय में नशे की प्रवृत्ति को किस नजरिये से देखती हैं। इन सभी मुद्दों पर स्वयं सहायता समूह के पैसे जमा करने के दौरान सामुहिक चर्चा की। (फोकस ग्रुप डिस्कशन), इन सभी मुद्दों पर उनकी समझ बनायी और साथ ही साथ यह भी बताया कि किसी भी मानसिक रोगी के लिए हमें कहां-कहां जाकर क्या-क्या स्वास्थ्य सुविधायें लेनी चाहिये, हमें अपने रोजमर्रा के तनाव से कैसे उबरना चाहिये, विकलांग व्यक्तियों के लिए सरकार क्या-क्या सुविधायें चला रही है तथा उनका सर्टिफिकेट कैसे और कहां बनवा सकते हैं इसकी जानकारी भी दी, पुनर्वास की सामुदायिक प्रक्रिया में स्वयं सहायता समूह की क्या भूमिका रहनी चाहिये, आप सब उसकी कैसे मदद कर सकते हैं इत्यादि।

परिणाम -

बस्ती में रहने वाली महिलाओं की मानसिक स्वास्थ्य पर समझ बनी। मोची मोहल्ले की महिलाओं में मानसिक स्वास्थ्य व मानसिक रोगियों के प्रति संवेदनशीलता बढ़ी, मानसिक रोग से जुड़ी भ्रांतियों के बारे में उनकी समझ साफ हुई, अपने रोजमर्रा के तनाव को कुछ हद तक उन्होंने कम पाया।

गंगा नगर, सरगम बस्ती, बापू नगर, मोची मोहल्ला में से मोची मोहल्ले के परिणाम सबसे अच्छे रहे क्योंकि वहां की महिलाओं में काफी लम्बे समय से मुस्कान काम कर रही है और स्वास्थ्य पर उनकी समझ काफी साफ है। वहां की कुछ महिलाएं ऊषा के तौर पर भी कार्य कर रही हैं।

उनकी जानकारी इस बात में बढ़ी की स्वयं सहायता समूह से पैसों की मदद या लेन-देन नहीं है इसी के साथ-साथ विचारों को साझा करने व भावनात्मक रूप से मदद करने का भी एक समूह है, समूह के सदस्यों में एकता हो तो समुदाय में मानसिक रोगी अथवा विकलांग व्यक्तियों की मेलजुलकर मदद की जा सकती है व कुछ हद तक जिम्मेदारी भी उठायी जा सकती है।

निष्कर्ष -

समुदाय आधारित ग्रामीण तथा शहरी महिला मानसिक स्वास्थ्य पर कार्य करने की तरह ही शहरी स्लम में रहने वाली महिलाओं के मानसिक स्वास्थ्य पर भी अलग कार्य किया जाए तो उनकी मानसिक समस्याओं को काफी हद तक कम किया जा सकता है, व मानसिक स्वास्थ्य पर समझ बन सकती है।

शहरी झुग्गी बस्तियों में रहने वाली महिलाओं की शारीरिक परेशानियों की तरह ही मानसिक परेशानियां भी गांव की अपेक्षा ज्यादा हैं।

महिलायें ज्यादा संवेदनशील होती हैं तथा परिवार की अन्य जिम्मेदारियों की तरह ही शारीरिक व मानसिक स्वास्थ्य की जिम्मेदारी का बोझ भी उन्हीं पर ज्यादा होता है। इसलिए उनके मानसिक स्वास्थ्य पर ध्यान देने की ज्यादा जरूरत है।

समय कम होने तथा कार्य में रुकावटें ज्यादा होने की वजह से सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य व पुनर्वास प्रक्रिया पर समझ बनाना आसान नहीं।

परिणाम - संस्था के सदस्यों ने महसूस किया कि उन्हें अच्छा रिसोर्स पर्यटन मिल गया है। समूह वर्गों के परिणाम स्वरूप 5 शिक्षिकाओं ने खुद अपनी परेशानियों के लिए परामर्श भी लिये हैं।

दौरान बताया।

सांसाध्यिक भागीदारी को कैसे निभाय व मानसिक रोगियों की मदद कैसे करें यह भी समूह वर्गों के वर्गों की शिक्षा के साथ-साथ समुदाय में मानसिक रोगियों को कैसे पहचानें व उनकी सहायता में

की शिक्षा में निर्णय लेने की क्षमता का विकास कैसे हो इस बारे में भी समूह वर्गों की

की परेशानियों और तनावों को कैसे अलग करें व उन्हें अलग करना क्यूँ जरूरी है इस बारे में भी वर्गों

परेशानियों को कैसे मैनेज करें इस पर वर्गों की उन्हें पारिवारिक जिम्मेदारियों के तनाव तथा कार्यस्थल

कैसे करें इस बारे में भी बताया इसके बाद समूह के सदस्य अपने कार्य में सम्बन्धित सामान्य

परेशानियाँ, बोलने सम्बन्धी परेशानियों को लक्षण सहित बताया और कैसे इन परेशानियों को पहचान

परेशानियों जैसे- बच्चों की व्यावहारिक परेशानियाँ, हिस्सेदारी, हिक्के, रोग, ध्यान सम्बन्धी

एक दिन समूह वर्गों की व उन्हें प्रशिक्षण दिया फिर उन सदस्यों को कार्य के दौरान आने वाली

प्रदान करने वाली टीम के साथ कार्य करना यादगिरी है उसके बाद मुस्कान टीम के सदस्यों से सलाह में

मुस्कान की संभावितिका से इस विषय पर वर्गों की और अपना प्रस्ताव रखा कि मुस्कान की शिक्षा

क्या-क्या किया -

परेशानियों के बारे में पर समझ बनाना व क्षमता वृद्धि करना।

मुस्कान टीम के साधियों की मानसिक स्वास्थ्य समुदाय के बच्चों के मानसिक विकास व उनसे जुड़ी

उद्देश्य -

सभी के लिए कार्य करना जरूरी है।

बच्चे लिये व काम करते हैं उनकी परेशानियाँ तथा उसके निदान के लिए वे क्या कर सकते हैं। इन

विन्ना से मुक्ति, अन्तर्वैयक्तिक सम्बन्ध ठीक रखना इत्यादि में वह अपनी मदद कैसे करें। इसी के साथ

स्थिति को संतुलित रखने के लिए क्या-क्या प्रयास कर सकते हैं। जैसे तनाव, व पठारों से निदान,

काम के साथ-साथ समुदाय के मानसिक स्वास्थ्य पर समझ कैसे बनाय तथा खुद अपनी मानसिक

मुस्कान के सेन्टर में ही पढ़ते हैं। बच्चों, महिलाओं तथा समय के अन्य मुद्दों पर कार्य करते हुए वे अपने

जिनमें मुस्कान के बच्चे शिक्षा ले रहे हैं वे समुदाय में बालवाड़ी चलते हैं। तथा डॉप आउट बच्चों को

शिक्षा पर कार्य करने वाली मुस्कान की टीम उन सरकारी स्कूलों में मिलकर (इंटीग्रेटेड) कार्य करती है

मुस्कान संस्था जो कि महिला एवं बच्चों के साथ शिक्षा तथा स्वयं सहायता समूह का कार्य करती है।

मानसिक स्वास्थ्य पर संवेदनशीलता बढ़ाने का कार्य-

C-मुस्कान में कार्य कर रहे साधियों की मानसिक स्वास्थ्य पर समझ बनाना व

कई सेशन लिए। एक शिक्षिका ने अपने परिवारिक सदस्य की मानसिक परेशानी के लिए सलाह लेकर इलाज शुरू किया।

निष्कर्ष -

बच्चों की शिक्षा में मानसिक स्वास्थ्य का बहुत महत्व है अगर शिक्षक शिक्षिकाएं जो कि तनाव की स्थिति में कार्य कर रहे हैं उनमें मानसिक स्वास्थ्य की समझ बनायी जाये तो वह उनके लिए, उनके परिवार के लिए, शिक्षा ग्रहण कर रहे बच्चों के लिए तथा समाज के लिए महत्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकती है।

सकारणिक बदलाव का कार्य मैंने अपनी किशोर बालिकाओं के समूह के साथ किया। इस समूह में कार्य करने से पहले उन किशोरियों में जीवन कौशल प्रशिक्षण पर मैं कार्य कर रही थी तथा साथ ही साथ उनकी स्वास्थ्य समस्याओं पर भी समझ बना रही थी। स्वास्थ्य समस्याओं में से कुछ प्रमुख समस्याएँ ये थीं जैसे कि धर व रसाई की साफ-सफाई, खाना बनाने के तरीके, मसाने तथा तेल इस्तेमाल करने के तरीके, शक्कर की खपत ज्यादा होना, पानी का खराब रख-रखाव तरीके से होना, खाना बनाने से पहले हाथों तथा खय की सफाई पर पर ध्यान देना खाना खाने से पहले हाथ न धोना, नाखून न काटना, बर्तनों को साफ न करना, जूँटा छोड़ना, दूसरों का जूँटा खाना, आधा खाना बच में रखना, बाजार से सामग्री आने पर ठीक से भंडारण न करना, सज्जियों का बचन ठीक प्रकार से न करना, गाजियों को बनाने की प्रक्रिया पर ध्यान न देना, दालों का चुनाव ठीक प्रकार से न होना, खाद्य सामग्री में सवुलन न बनाना, शारीरिक ऊर्जा खर्च करने के हिसाब से खाना न खाना, पानी पीने की खराब आदतों का होना, सवुलित शारीरिक व्ययम का न होना इत्यादि पर कार्य करने की जरूरत पहले ही महसूस हो रही थी। पर जैसे ही पीढ़ी हथ चलने की बात आयी तो मैंने 0 से 5 साल तक के बच्चों में शैशन चलाने का प्रयास किया पर वह प्रयास असफल रहा फिर मैंने सोचा कि किशोरी समूह में इस प्रक्रिया को किया जा सकता है और मैंने वही किया। पीढ़ी हथ की भरी प्रक्रिया लेख में लिखी प्रक्रिया व अन्य 19 लोगों की प्रक्रिया जैसी नहीं हो पायी। पर लगातार 12 दिन (रविवार को छोड़कर) रोज एक घंटा होस्टल की रसाई में अपनी निगरानी में कार्य करवाया। जिसमें तेल मिर्च मसाने कम इस्तेमाल करने पर ध्यान दिलाया। सज्जियों का बचन किस प्रकार किया जाये इस पर चर्चा की। दालों में सावुल दालें और मिक्स दालों को इस्तेमाल करना सिखाया, फलियाँ वाली सज्जियों के इस्तेमाल पर भी ध्यान दिया, नाश्ते में ठोस आहार जैसे दलिया, भीगी मूँग, चने, सज्जियाँ मिर्च पोहा इत्यादि को बनाने पर जोर दिया। एक दिन भरवा पराँ भी बनवाये। दाल-चावल के इस्तेमाल को कम किया। सस्ती व पौष्टिक भाजी जैसे मूँगी की भाजी और मुनगा भाजी भी बनवाई। रोख रसाई की सफाई व हर सामान को ढक्कर रखने पर जोर दिया। स्कूल में टिफिन ले जाने पर जोर दिया, खाना बचाव व वासी न हो इसलिए सवुलन बनाकर तैयार करने पर जोर दिया खाना बनाना सीखने की दृष्टि से अलग-अलग दिन अलग-अलग लड़कियों को खाना बनाने की जिम्मेदारी दी। जिससे उनकी सीख भी बढ़े।

परिणाम-बहुत आश्चर्यजनक परिणाम तो सामने नहीं आये पर खाने सामग्री कुछ आदतों में सुधार लकर आया। जैसे कमरे के बीच में बैठकर न खाना, बनाने से पहले हाथ धोना, पानी को ढक्कना, खाना

D-कटरा हिल्स के होस्टल में रह रही किशोरियों के साथ

सकारणिक बदलाव के लिए कार्य-

कम फेंकना इत्यादि। अगर ठीक प्रकार से फालोअप किया जाता तो ये सुधार लम्बे समय तक के लिए हो सकते थे। पर परिणाम ज्यादा अच्छे इसलिए नहीं आए क्योंकि व्यवहार परिवर्तित करना कोई आसान कार्य नहीं है।

निष्कर्ष – समुदाय में कार्य के द्वारा यह तो सिद्ध हो चुका है कि अगर 0 से 5 साल के बच्चों पर स्तन पान की आदतों व खान-पान सम्बन्धी आदतों पर अगर परिवार के लोग ध्यान दें तो बच्चों की स्वास्थ्य की स्थिति व कुपोषण में सुधार लाया जा सकता है ठीक उसी प्रकार यह भी माना जाता है कि किशोरावस्था स्वास्थ्य की दृष्टि से वह अवस्था है जिसमें अगर आहार एवं पोषण पर ध्यान दिया जाये तो विकास एवं वृद्धि की पुरानी कमियों को तो पूरा किया ही जा सकता है साथ ही साथ आगे आने वाली जिन्दगी के लिए शरीर में ऊर्जा संरक्षण कार्य भी किया जा सकता है जिससे आगे की जिन्दगी के लिए बीमारियों से बचाव व चुस्त शरीर व मन को तैयार किया जा सकता है।

1.3. मुस्कान एवं संभावना ट्रस्ट संस्थाओं में मिले-जुले कार्य-

मानसिक रोगियों के साथ किए गए कार्य व उनके द्वारा समुदाय और मुस्कान टीम को संवेदनशील बनाना-

मुस्कान के कार्यक्षेत्र में गंगा नगर, राजीव नगर में 3 मानसिक रोगियों के लिए कार्य किया-

केस - 1

उद्देश्य - मानसिक रोगियों के पुनर्वास के लिए कार्य -

गंगा नगर - में एक महिला के बारे में पता चला कि वह महिला यूं ही इधर-उधर घूमती रहती है उसे उसके परिवार वाले व 3 बच्चों ने घर से निकाल दिया है। वह कभी-कभी बीनने का कार्य करती है तथा वहां से मिलने वाले पैसों से शराब पीती है, तम्बाकू, गुटखा खाती है, अन्य नशे भी करती है। कभी-कभी मंदिर पर ही सो जाती है कभी शहर से बाहर चली जाती है, कभी-कभी वह ऐसे अन्य कार्य भी करती है जिससे कमाई होती है। उस महिला से कई बार बात की तो यह पता चला कि उसका मानना है कि वह पति के पास रहना चाहती है पर पति उसे रखता नहीं है उसने यह भी बताया कि उसके पति का दूसरी औरत के साथ चक्कर है।

पति व बच्चों से समुदाय के लोग कई बार बात कर चुके हैं पति व बच्चों का मानना है कि यह घर में बहुत परेशान करती है लड़ती-झगड़ती है। किसी की सुनती नहीं है; पैसा हाथ आने पर दारू पीकर पड़ी रहती है, हम इसके साथ नहीं रहना चाहते बच्चों का भी यही मानना है। वे भी अपनी मां से कोई वास्ता नहीं रखना चाहते हैं।

परिवार वालों से बहुत बात की कि घर की उस सदस्य को सहानुभूति, प्यार और दवा की जरूरत है। पर परिवार के लोगों का कहना है कि हम त्रस्त हो चुके हैं, और उसे हमने घर से निकाल दिया है। अब हमें उससे कोई मतलब नहीं है। खुद उस महिला से बात करने पर कि वह अपनी ओर ध्यान दे मुस्कान सेन्टर पर रोज आए वहीं पर कार्य सीखे और करे और शाम को किसी मुस्कान के कार्यकर्ता के घर सो जाए कई बार उसे परामर्श देने के बाद भी वह न तो मुस्कान में आने के लिए तैयार हुई और न नशा छोड़ने के लिए वह। इसी तरह खुद का नुकसान करके जीना चाहती है या फिर चाहती है कि उसका पति उसे घर में रखे।

केस- 2

मुस्कान के सदस्यों ने राजीव नगर में एक सदस्य के बारे में बताया कि एक 30-35 साल का लड़का है। वह लड़कियों को छेड़ता है और लोग उसकी मार-पीट करते हैं। मुस्कान के सदस्यों से इस व्यक्ति के बारे में बात की तो वह बोले वह लड़ा ऐसा नहीं है वह तो अच्छा लड़का है। पर जब हम उसे मिलने उसके घर गए तो वह टूटे घर की दीवार पर बैठा था उससे बात की तो समझ में आया कि वह गंभीर मानसिक रोग (मैनिया) का शिकार है। आस-पास के लोग उसकी हंसी उड़ा रहे थे। उसके

नहीं क्या-क्या ख्याल मुझे रोक रहे थे। फिर क्षण भर में हिमाल जुट गई मैं बौद्धी हुई उसके पास पहुँची मुझे समझ नहीं आ रहा था कि पास तक जाकर उसे रोकूँ और पूछूँ ऐसा क्या कर रही है। पर पता कि हम नहीं जानते, हमें नहीं मालूम थे हमारे बस्ती की नहीं है हम नहीं रोकते।

को रोकना और कहा कि आप लोग मिलकर इसे रोकते क्या नहीं, इसे रोकें तो उन्होंने मना कर दिया मैं समझता था खिचता है क्या करूँ क्या नहीं मैं सम्मलकर उसके पास गई, उसके आस-पास की भीड़ रोक ही था कार बिल धड़कता है कि अब कुचली-अब कुचली पर बवली जाती है ऐसे नजर से दिमाग पर फैल जाती है हाड़ब होने से गाड़ियाँ जूँ... जूँ... करके उसके आस-पास से गुजरती जाती है। चाहे पर कूदती है फिर जमीन पर गिर जाती है। फिर उठती है फिर पटखनी खाकर गिर जाती है। सड़क अपने हाथों से पीट रहा है वह अपने मुँह को नाखूनों से चीरती है हाथ गालों पर मारती है सड़क को धीरे धीरे मैं व सम्मलने में मुझे थका वकल लगा, नजारा यह था कि एक महिला अपने आपको से यह नजारा देख रही है मुझे पकीन नहीं हो पा रहा था कि यह क्या हो रहा है अंदर से अपने आप का नजारा साफ था मुझे समझ नहीं आ रहा था कि मैं फिलम कोई सीन देख रही हूँ। या अपनी आँखों पीछे मुँहकर देखा तो थोड़ी भीड़ तमाशा देखती पीछे हटती सी प्रतीत हुई एक ही क्षण में मेरे सामने का पुल पार करते ही जैसे ही रचनागर की एक टुकान के आगे हम गाड़ी खड़ी कर रहे थे तभी मैंने सीता की कहानी - मुस्कान कार्य के दौरान मैं और मेरी साथी-राजीव नगर जा रहे थे एम.पी. नगर

कस - 3

गालियर में ही है।

मानसिक आरोग्यशास्त्र में भर्ती करा जाए पहले भी एक बार वह उसे भर्ती करा चुके थे। अभी वह की वजह से वह बहुत परेशान था और फिर कुछ दिन बाद पता चला कि वह किसी तरह गालियर करा दो। हमारे बहुत समझाने पर भी उस मानसिक रोगी का पिता कुछ नहीं समझ नहीं पा रहा था। वह बोला हम बहुत परेशान है तुम गए कर्जदार हो गए। किसी तरह इसे गालियर पगलखाने में भर्ती फिर ठीक होने पर वापस ले आया और पैसों में जंजीर जालकर गली में जाल दिया हमारे समझाने पर गया और उसे एक नर्सिंग होम में ले गया जहाँ 4 दिन में 5-6 हजार रुपया खर्च कर आ गया और इसे जिलाकर अस्पताल में भर्ती करा दोगे और बासी-बासी से अस्पताल में रहेंगे पर उसका पिता धरना सम्बन्धित जानकारी दी आस-पास के लोगों ने उसकी परेशानी को समझा और जिम्मेदारी ली कि हम बीच रखा और मानसिक रोग के बारे में जानकारी दी उसके परिवार के लोगों को उसके इलाज छोटी बहन है जो आँखों से देख नहीं सकती। इसके बाद मैंने उसकी बीमारी को विस्तार से समझी के लड़कियों को छेड़ता है और किसी की बात नहीं मानता। उसके घर में बूढ़ा पिता है और माँ है एक ही चुकी है इसकी बीबी छोड़कर चली गई और तब से धीरे-धीरे इसकी यह हालत हो गई अब यह परिवार वालों से तथा पड़ोसियों से उसकी परेशानी विस्तार से पूछी तो उन्होंने बताया कि इसकी शादी

उसका हाथ पकड़ा और पूछा ऐसा क्या कर रही हो ऊको। रोकने पर वह लक गई एक दूसरी महिला ने उसे पानी पिलाया उस मानसिक रोगी ने पानी पीया फिर हमने सोचा क्या करना चाहिए 108 न. की गाड़ी से बात की 15-20 निमिट बाद 108 आई डॉ. ने गाड़ी से बाहर आकर देखा और बोला कि हमारी निरत में ऐसे मरीजों की मदद के कोई प्रावधान नहीं है उनसे जहाँ-जहाँ कर रहे हैं महिला कहीं आगे निकल गई। पत्नी मिनतें करने पर वे उसे ले जाने को तैयार हुए पर अब महिला नहीं थी 108 वालों ने कहा कि मैडम अब तो ठीक है महिला को ढूँढना हमारी जिम्मेदारी नहीं है। मैं और मेरी साथी आगे तक इधर-उधर ढूँढने गए पर वह नहीं दिख रही थी और आगे जाकर देखा तो पुल की बाउंडरी के पास मुँह पैरों के अंदर झुकाए वह बैठी थी। फिर उसे गाड़ी में बंधाने के लिए कोई तैयार नहीं था 108 के डॉ. ने कहा मैडम यह हमारा काम नहीं है। राहगीरों से मदद मांगी पर उन्होंने मना कर दिया फिर मैं और मेरी साथी ने उसके दोनों तरफ से हाथ पकड़े और गाड़ी में बिठाया गाड़ी में मैंने उसके जख्मों को साफ कर दवा लगाई। गाड़ी वाले ने गाड़ी को 1250 जे.पी. अस्पताल में ले जाकर खड़ा कर दिया वहाँ के डॉ. ने बोला यहाँ मनोरोग विभाग नहीं है आप इसे हमीदिया ले जाओ। 108 वालों ने कहा हमारी ड्यूटी खत्म अब आप दूसरी 108 जाएगी जेपी की 108 कर्मचारियों से मदद मांगी तो उन्होंने माना कर दिया मैडम अस्पताल से अस्पताल हम नहीं ले जाते फिर पहले के 108 वालों से मिनतें की कि क्या गुन्ही छोड़ दो तो उनका कहना था कि मैडम ऐसे रोगी तो रोज आते हैं। आप हमें बेकार परेशान कर रही है ये हमारी ड्यूटी में नहीं इतने वक्त में हमारी कहीं और जाकर हो तो हम वहाँ नहीं पहुँच पायेंगे। उन्होंने हमीदिया अस्पताल छोड़ दिया। आकस्मिक विभाग में दिखाने पर उन्होंने कहा हम नींद का इंजेक्शन लगा देते हैं। फिर आप ले जाइये। ऐसे रोगियों के लिए यहाँ एमएच नहीं था मनोरोग विभाग ले जाइये पर वह 1 बजे के बाद बन्द हो गया होगा अब हमारे सामने यह स्थिति थी कि क्या करें कोई सारे लोगों को इस बीच फोन लगाया कि कोई महिला संरक्षण गृह बना दो जिसमें इसे भर्ती करा जा सके पर कहीं से कोई जवाब नहीं आया। फिर क्या करते हमीदिया के कैम्पस में उसे यूँही छोड़ना मजबूरी थी हमारी। क्योंकि सबसे सुरक्षित जगह वही समझ में आ रही थी। चूंकि वर्तमान में मैं हमीदिया में अपनी सेवाएँ दे रही थी इसलिए उस महिला को सुरक्षा गार्ड के हवाले कर हम वापस आए दूसरे दिन सुबह जाकर पूरे हमीदिया कैम्पस में देखा लेकिन वह महिला कहीं दिखाने नहीं दी मैं अफसोस मनाकर रह गई पर तीसरे दिन ड्यूटी के बीच से किसी काम के लिए जब मैं अस्पताल से निकली तो वह रास्ते में एक तरफ लेटी सी रही थी मैंने हिलाकर पूछा सीता कैसा है, यहाँ क्या सी रही है उसने बोला ठीक हूँ मैंने कहा यही रहना मैं अभी आती हूँ। मैं काम कर जल्द वापस आई पर वह दूसरी जगह पहुँच गई थी मैं समझे लाई थाय लाई उसे सगुम कामसेक्स में नहलवाया उससे कहा यही रहना कहीं मत जाना यह सिलसिला 4 दिन चला फिर पांचवें दिन से वह दिखाने नहीं दी।

2 विकलांग व्यक्तियों के पुनर्वास व सरकार द्वारा दी जाने वाली सुविधाओं की जानकारी से जोड़कर लाभांविता होने की प्रक्रिया चलना—

- प्रस्तावना— संभावना व मुस्कान के कार्यक्षेत्र ऐसा कार्यक्षेत्र है जहां गरीब और अशिक्षित लोग निवास करते हैं। जहां तक संभावना ट्रस्ट का सवाल है वहां पर गैस पीड़ित इलाका और यह माना जा रहा है कि उस इलाके के लोगों में जन्मजात विकृतियाँ पाई जा रही हैं तो ऐसे में दोनों ही समुदायों में विकलांगता मिलने की संभावनाएं भी बढ़ जाती हैं फिर चाहे वह शारीरिक हो या मानसिक।
- उद्देश्य — संभावना तथा मुस्कान कार्यक्षेत्र में विकलांग व्यक्तियों के पुनर्वास के लिए कार्य करना।
- क्या-क्या किया — मुस्कान तथा संभावना के कार्य क्षेत्र में अपने कार्य के साथ-साथ जो भी विकलांग व्यक्ति मिले उनको तथा उनके परिवारजनों को, समुदाय को तथा मुस्कान व संभावना में कार्य करने वाले साथियों को विकलांगता के बारे में बताया उनके कार्यों के बारे में बात की; विकलांग व्यक्तियों तथा उनके परिवार वालों को परामर्श दिया, विकलांग व्यक्तियों की विकलांगता से आने वाली कमियों के बारे में बताया, और यह भी बताया कि विकलांगता के साथ भी व्यक्ति एक इन्सान है। उसकी इच्छाएं हैं, भवनाएं हैं, रूपने हैं, रिश्ते हैं आदि। यह भी बताया कि ऐसे व्यक्ति व बच्चे भी पढ़ लिखकर समुदाय और देश के विकास में भागीदारी निभा सकते हैं इस बारे में भी बताया। विकलांग व्यक्तियों के लिए अलग-अलग प्रकार की सुविधाएं सरकार व एन.जी.ओ. ने दी हैं जिनके बारे में विस्तृत जानकारी दी जैसे विकलांग सर्टिफिकेट बनाना, पुनर्वास केन्द्र में बच्चों को पहुंचाना जिससे उनकी विकलांगता में कुछ हद तक कमी आ सके और बाकी जिन्दगी सहायता के साथ वे कैसे जियें। जैसे शारीरिक विकलांगता में व्हील चेयर, जेपुरी फुट इत्यादि, उनको यह भी बताया कि विकलांगता प्रमाण पत्र व अन्य सुविधाएँ जैसे पेंशन, स्कूल अस्पताल आदि कहां-कहां हैं। कई बच्चों को स्कूल में भर्ती करवाया (चिंगारी) तथा कई बच्चों को क्षेत्रीय पुनर्वास केन्द्र, 1250 अस्पताल, हमीदिया अस्पताल, आरुषी आदि जगहों पर जाने की सलाह दी, उनका फॉलोअप किया, प्रमाण पत्र कहां से और कैसे बनवा सकते हैं। आदि की जानकारी दी और संभावना व मुस्कान के सदस्यों से फॉलोअप करने को कहां! स्कूल में भी जाकर उनका फॉलोअप किया।
- परिणाम — परिवार के लोग बच्चे व व्यक्ति के प्रति संवेदनशील हुए। पुनर्वास की प्रक्रिया समझ आने पर पारिवारिक सदस्यों के व्यवहार में परिवर्तन आया। संभावना में उनका फॉलोअप बना लगभग सभी ने विकलांग प्रमाण पत्र बनावाए कुछ के पास पहले से थे। उन्होंने निराश्रित पेंशन के लिए भी अर्जी दे डाली बच्चों की स्कूल में उपस्थिति बढ़ी। इतने कम समय में समाज परिवार व स्वयं विकलांग व्यक्ति का नजरिया बदलना बहु मुश्किल बात है। इसलिए थोड़े ही सकारात्मक परिणाम मिले! कई विकलांग लोगों में इतनी हताशा आ चुकी है कि उन्होंने इन सब चीजों से कुछ नहीं होता कहकर कोई जिज्ञासा नहीं दिखाई, ना सकारात्मक परिवर्तन आए।
- विश्लेषण — विकलांगता चाहे शारीरिक हो या मानसिक उसके प्रति समाज की धारणाएँ, रवैया ठीक नहीं है। सामाजिक जागरूकता से समाज के रवैये में सुधार लाया जा सकता है। उनमें पुनर्वास की पूर्ण प्रक्रिया को अपनाकर समाज व देश के विकास में सहायक बनाया जा सकता है।

- विकलांग व्यक्तियों में अगर सहूलियतें और अधिकार समता के आधार पर मिले तो भी सामान्य जीवन गुजार सकते हैं। जाग्यकता कके साथ सरकार पर दबाव बनाने की जरूरत है।

3 भोपाल जिले में मानसिक स्वास्थ्य तंत्र की स्थिति का पता लगाना—

उद्देश्य — भोपाल जिले में मानसिक स्वास्थ्य तंत्र की स्थिति का पता लगाना,

क्या-क्या किया — सबसे पहले डीएमई से मिलने गये जिससे कि उनसे ऐसा आदेश प्राप्त कर सके जिसकी सहायता से अस्पतालों से मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी लेने में सहायता मिले। वहां से जानकारी न मिल पाने के बाद हर अस्पताल के मनोरोग विभाग से कौन-कौन सी जानकारी चाहिये इसके लिए एक फार्मेट तैयार किया। भोपाल जिले में स्थित जितने भी सरकारी व गैर सरकारी अस्पतालों में मनोरोग विभाग हैं सभी में साक्षात्कार द्वारा जानकारी ली जो कि विभागाध्यक्ष अथवा विभाग के अन्य सदस्यों द्वारा ली गई। जानकारी एकत्र करने के बाद फार्मेट में जानकारी को भरा। उन सभी फार्मेट का आंकलन किया जिससे परिणाम निकाले जा सकें। उन परिणामों को टेबल का रूप दिया।

- द्वितीय डाटा संकलन किया व उससे इन आंकड़ों की तुलना की।
- डाटा कम्पाइल कर देखा कि कितने संसाधन भोपाल के स्तर पर उपलब्ध हैं।

परिणाम —

- अस्पतालों की संख्या —5, अस्पतालों का नाम— हमीदिया, जेपी अस्पताल, कस्तूरबा, भोपाल मेमोरियल, पीपुल्स,
- मनोरोग विशेषज्ञ — 7, चिकित्सा मनोवैज्ञानिक—2, मनो सामाजिक कार्यकर्ता—1
- सायको डायग्नोसिस — 2 अस्पतालों में, परामर्श दाता—3, सायकोथेरेपी—2 अस्पतालों,
- कुल बिस्तरों की संख्या — 85,
- चिकित्सा मनोवैज्ञानिक—2, मनो सामाजिक कार्यकर्ता—1
- भोपाल जिले में भौतिक व मानव संसाधन मापदण्ड के अनुसार होना चाहिये—
- भोपाल जिले की कुल आबादी 18 लाख है तो और एक लाख की आबादी पर एक मनोरोगी विशेषज्ञ होना चाहिये इस तुलना में 18 लाख की आबादी पर 18। जबकि सिर्फ 7 मनोचिकित्सक हैं।
- एक लाख पर चिकित्सा मनोवैज्ञानिक होना चाहिये 1.5 तो 18 लाख पर 27 होने चाहिए जबकि वर्तमान में 2 हैं जिनमें से 1 डीएमएचपी, सीहोर में कार्यरत हैं और सप्ताह में सिर्फ 2 दिन हमीदिया में अपनी सेवायें देते हैं।

- एक लाख की आबादी पर 2 मनोसामाजिक कार्यकर्ता होना चाहिये।
- चिकित्सा मनोवैज्ञानिक-2, मनो सामाजिक कार्यकर्ता-1
- भोपाल जिले में भौतिक व मानव संसाधन मापदण्ड के अनुसार होना चाहिये -
- भोपाल जिले की कुल आबादी 18 लाख है तो और एक लाख की आबादी पर एक मनोरोगी विशेषज्ञ होना चाहिये इस तुलना में 18 लाख की आबादी पर 13। जबकि सिर्फ 7 मनोचिकित्सक हैं।
- एक लाख पर चिकित्सा मनोवैज्ञानिक होना चाहिये 1.5 तो 18 लाख पर 27 होने चाहिए जबकि वर्तमान में 2 हैं जिनमें से 1 डीएमएचपी, सीहोर में कार्यरत हैं और सप्ताह में सिर्फ 2 दिन हमीदिया में अपनी सेवायें देते हैं।
- एक लाख की आबादी पर 2 मनोसामाजिक कार्यकर्ता होना चाहिये तो 18 लाख पर 36 होने चाहिए वर्तमान में सिर्फ 1 है।
- 10 मानसिक रोगी के बिस्तरों पर 1 सायकायट्रिक नर्स होना चाहिये वर्तमान में 85 बिस्तर है और सायकेट्रिक नर्स एक भी नहीं।

4. कमला नेहरू अस्पताल में किए कार्य –

1 फरवरी सन् 2011 से कमला नेहरू अस्पताल में किशोर अनुसंधान एवं संसाधन केन्द्र में मानसिक रोग विशेषज्ञ के पद पर कार्य करना शुरू किया यह अनुसंधान एवं संसाधन का कार्य शिशु एवं बाल रोग विभाग के अंदर तृतीय तल कमरा नं-317 में चलाया जा रहा है मैं और मेरे साथ दो साथी हैं एक काउन्सलर व दूसरा कम्प्यूटर ऑपरेटर हमारा कार्य बाह्य रोगी विभाग व आन्तरिक रोगी विभाग में कार्य करना वह आउटरीच प्रोग्राम करना और आईईसी मटीरियल चलाना –

- आन्तरिक रोगी विभाग के साथ कार्य --

वार्ड में जितने भी 9 साल से 19 साल तक के किशोर-किशोरियाँ भर्ती रहते हैं सभी बच्चों की उनके बिस्तर पर जाकर उनकी हिस्ट्री लेना उनकी बीमारी के बारे में पता लगाना उनका पूरा परीक्षण जैसे लम्बाई, वजन, इत्यादि देखना तथा उनके परीक्षणों के बारे में विस्तार से जानकारी लेना। उनके मांता-पिता तथा अन्य परिवार के सदस्यों को किशोर की स्थिति के बारे में पूरी जानकारी देना। अगर बच्चे की स्थिति इस प्रकार की है वह खुद अपनी अवस्था को पहनाच कर उससे उबरने में अपनी सहायता कर सकता है, उनका मनोवैज्ञानिक तौर पर आंकलन करना उन्हें भावनात्मक सहानुभूति प्रदान करना। जितने दिन किशोर-किशोरी भर्ती है। रोज उनके पास जाकर परामर्श प्रदान करना चाहें बीमारी से सम्बन्धित हों, आहार एवं पोषण से सम्बन्धित होह साफ-सफाई से सम्बन्धित हो या बीमारी के प्रति जागरूकता का कार्य हो। जब किशोर इस लायक हो जाए कि परामर्श केन्द्र में आ सके तो वहां पर परामर्श के लिए बुलाते हैं।

- बाह्य रोगी विभाग में कार्य – बाह्य रोगी विभाग में जितने भी किशोरावस्था के बच्चे आते हैं उन्हें उनमें से जितने भी बच्चों को परामर्श या परीक्षण की जरूरत है वे किशोर तथा उनके परिवार जनों को परामर्श देना। इसी के साथ ही आउटरीच प्रोग्राम भी किए – आंगनवाडी में, स्कूल में किशोर परामर्श तथा किसी मुद्दे के बारे में जानकारी देना, शिक्षक-प्रशिक्षण का कार्य, अगनवाडी कार्यकर्ताओं को किशोर मुद्दों पर प्रशिक्षण देने का कार्य। नवजात शिशुओं की माएं जिनकी उम्र 24 वर्ष तक है तथा वे वहां भर्ती हैं उन्हें स्तनपान के बारे में जानकारी देना।

- किशोर-किशोरियों में निम्न मुद्दों पर जानकारी देना तथा उनकी परेशानियों को दूर करना। विकास एवं वृद्धि, आहार एवं पोषण, सैकण्डरी सेक्स के बारे में जानकारी देना। महावरी से सम्बन्धि, उन दिनों में

साफ-सफाई सम्बन्धित, शारीरिक बीमारियों सम्बन्धित, प्रजनन एवं स्वास्थ्य सम्बन्धित, स्तनपान सम्बन्धित, मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धित व बीमारियों सम्बन्धित, शारीरिक व्यायाम सम्बन्धित, पढ़ाई सम्बन्धित इतहान की तैयारी से सम्बन्धित, दोस्तों के दबाव सम्बन्धित, सम्यन्नों से सम्बन्धित शरीर की बनावट से सम्बन्धित, सैक्स सम्बन्धित भविष्य सम्बन्धित जीवन कौशल, नशा से सम्बन्धित व्यवहार सम्बन्धित, विकलांगता सम्बन्धित एवं एड्स से सम्बन्धित।

- इन्हीं के साथ-साथ दिवस के तौर पर भी स्कूल तथा आंगनबाड़ी में प्रोग्राम करना जैसे एड्स दिवस, किशोर समूह, स्तनपान सप्ताह मंगल दिवस, तम्बाकू निषेध दिवस इत्यादि। इन्हीं सब मुद्दों पर उनके परिवार के सदस्यों को भी परामर्श देना। स्कूल से आने वाले बच्चों को फॉलोअप करना आंगनबाड़ी से आने वाले बच्चों का फॉलोअप, आंगनबाड़ी तथा स्कूल के बच्चों को फॉलोअप अस्पताल में तथा आंगनबाड़ी और स्कूल में आई.ई.सी, मटीरियल तैयार करना— आने वाले किशोर-किशोरियों की जागरूकता के लिए लिए पिछले दिनों में प्रश्नावली तथा जागरूकता के लिए मटीरियल तैयार किया जैसे मानसिक स्वास्थ्य, नशा मुक्ति, मोटापा, अनीमिया, चिंता, महावरी से सम्बन्धित अवधारणायें, प्रजनन स्वास्थ्य की जानकारी।
- मानसिक चिकित्सा देना — किशोर-किशोरियों को विशेषकर मानसिक स्वास्थ्य से सम्बन्धित विषयों पर चिकित्सा देना — रिलेक्सेशन थैरेपी, योग थैरेपी आदि।
- शिक्षक प्रशिक्षण स्कूल के टीचर्स को किशोर-किशोरियों के लिए इन्हीं सब मुद्दों पर प्रशिक्षण प्रदान करना। स्तनपान सप्ताह मनाना। हमीदिया अस्पताल के नवजात शिशु विभाग व सुल्तानिया अस्पताल के नवजात शिशु विभाग में नवजात शिशुओं की मांओं को स्तनपान की सलाह दी। सप्ताह के अंतिम दिन यूनिसेफ द्वारा आयोजित प्रोग्राम में भाग लिया जिससे स्तनपान से सम्बन्धित जानकारी को और बढ़ाने में मदद मिली। किशोरों के साथ समूह के कार्य में बच्चों को परामर्श देने के साथ-साथ जिन अन्य विशेषज्ञों की सलाह की जरूरत होती है वहां पर भेजना व विशेषज्ञों को बुलाकर परीक्षण कराना तथा फॉलोअप कराना— सुल्तानिया अस्पताल में टीवी विभाग में, मनोरोग विभाग, त्वचा रोग सम्बन्धी विभाग इत्यादि। जिन परेशानियों से किशोर-किशोरियों अस्पताल में ज्यादातर हमारे पास आए उनमें से बिस्तर गीला करने से सम्बन्धित समस्या, कन्वल्सिव डिस्ऑर्डर, चिन्ता अवसाद, महावरी से सम्बन्धित समस्या सफेद पानी की शिकायत से सम्बन्धित समस्या, खून की कमी से सम्बन्धित, विकास एवं वृद्धि से सम्बन्धित, कुपोषण से सम्बन्धित, मानसिक विकलांगता से सम्बन्धित, व्यवहार सम्बन्धित ही ज्यादा मरीज हमारे पास आते हैं।
- केन्द्र अस्पताल के अंदर होने से वहां बाहर से किशोर-किशोरी ज्यादा नहीं आ पाते तथा फॉलोअप भी कम किशोर-किशोरियों का होता है। मनोरोग विशेषज्ञ होते हुए भी हमारे यहां कार्य की सुविधाएँ ज्यादा न हो पाने के कारण कार्य में बांधा आती है। समुदाय में भी हमारा सीधा कार्य नहीं है इसलिए ज्यादा जागरूकता समाज में नहीं ला पा रही हैं।

5 अन्य संस्थाओं के साथ कार्य

5.1 भारत ज्ञान विज्ञान समिति के साथ किये गये कार्य—

भारत ज्ञान विज्ञान समिति जो कि राष्ट्रीय स्तर का जन विज्ञान आंदोलन है जिसके साथ मेरी संलग्नताएँ विगत लगभग 10 वर्षों से रही है। इसकी मध्य प्रदेश राज्य इकाई के साथ फ़ैलोशिप की अवधि के दौरान भी कई गतिविधियों से मेरा जुड़ाव रहा है। भारत ज्ञान विज्ञान समिति मूलतः विज्ञान के लोकव्यापीकरण, साक्षरता, शिक्षा, स्वास्थ्य, पर्यावरण, पंचायत, महिलाओं के मसलों के साथ-साथ अन्य मुद्दों पर विगत दो दशकों से भी अधिक समय से कार्यरत है।

दो वर्षों की सीपीएचई की सामुदायिक स्वास्थ्य पर फ़ैलोशिप में काम करते हुए मैंने भारत ज्ञान विज्ञान समिति के अन्तर्गत विभिन्न गतिविधियों में भी हिस्सेदारी की। इनमें से प्रमुख निम्न हैं—

1. भारत ज्ञान विज्ञान समिति की कटनी इकाई के द्वारा बहोरीबन्द विकासखण्ड में एक नेत्ररोग निवारण शिविर एवं मोतियाबिन्द के एक ऑपरेशन शिविर का आयोजन विगत 28 जनवरी 2010 को किया गया था। इसकी आरम्भिक बैठक में नेत्र समस्याओं पर सामुदायिक जागरूकता फ़ैलाने के उद्देश्य से मेरे द्वारा कटनी जिले का भ्रमण किया गया एवं वहाँ पर जागरूकता कार्यक्रम में हिस्सेदारी की।
2. जन स्वास्थ्य अभियान जिसका कि भारत ज्ञान विज्ञान समिति भी महत्वपूर्ण हिस्सा है जिसके अन्तर्गत विगत 9 मार्च 2010 को समिति के राज्य कार्यालय में आयोजित बैठक में हिस्सेदारी की। इसमें राजस्थान की प्रयास सस्था से डॉ. नरेन्द्र गुप्ता ने मुफ्त दवाओं की उपलब्धता के विषय पर बातचीत की।
3. सर दोराव जी टाटा ट्रस्ट द्वारा भारत ज्ञान विज्ञान समिति को सामुदायिक लामबन्दी पर चलाये जा रहे कार्यक्रमों में सहयोग प्रदान किया था इसके अन्तर्गत भिण्ड जिले में संगठन के किशोरी मंच की बैठक का आयोजन 29 मार्च 2010 को किया गया था। मेरे द्वारा इसमें भागीदारी कर तकनीकी सहयोग प्रदान किया गया और किशोरी स्वास्थ्य की समस्याओं पर चर्चा की गई।
4. भिण्ड मध्यप्रदेश का एक ऐसा जिला है जहाँ बालिका भ्रूण हत्या की समस्या सर्वाधिक है। इसके साथ साथ मुरेना जिले में भी इसी प्रकार की समस्या काफी बहुतायत में है। अतः भारत ज्ञान विज्ञान समिति द्वारा इस समस्या पर अपने सतत शिक्षा केन्द्रों के एवं किशोरी, महिला मंचों के माध्यम से गांवों में समय-समय पर बैठकें एवं कार्यशालाएँ आयोजित की जाती हैं। अपने फ़ैलोशिप कार्य के दौरान बीच-बीच में इन कार्यशालाओं की तैयारी, सामग्री निर्माण एवं ज्यादातर रविवार को आयोजित होने वाली बैठकों एवं कार्यशालाओं में मेरी भी हिस्सेदारी रही है।
5. लोकसभा एवं विधान सभाओं में महिलाओं हेतु 33 प्रतिशत आरक्षण के विषय पर भी भारत ज्ञान विज्ञान समिति कसमता इकाई ने भी देशव्यापी अभियान में अपनी हिस्सेदारी की थी। इसके अन्तर्गत "कारवां" नामक आरक्षण एक्सप्रेस का कार्यक्रम मध्यप्रदेश के कई जिलों में "समता" के ही सहयोग से सम्पन्न हुए थे। "कारवां" नामक यात्रा देश के कई भागों में गई थी जिनमें से मध्यप्रदेश एक था। यह यात्रा 25 मई 2010 को भोपाल आई इस यात्रा के कार्यक्रम का

आयोजन मुख्य रूप से समता की जिम्मेदारी थी । इसके ही अन्तर्गत आयोजित हुई विभिन्न बैठकों व गतिविधियों में मेरी सक्रिय हिस्सेदारी रही थी।

इसी मुद्दे पर जुलाई माह में प्रदेश के कई जिलों में चलाए गए हस्ताक्षर अभियान में भोपाल में मेरा सक्रिय योगदान रहा था ।

6. भोपाल गैस पीड़ितों के विरुद्ध आये भोपाल जिला अदालत के फैसले के खिलाफ भारत ज्ञान विज्ञान समिति ने कई कार्यक्रम के आयोजन किये एवं कई सांझा कार्यक्रमों में हिस्सेदारी की थी । इनमें से एक महत्वपूर्ण धरना जोकि 13 जून 2010 के भोपाल में दिया गया था । इस धरने में मेरी भी उपस्थिति रही थी ।

इसके अतिरिक्त 2 जुलाई 2010 को इसी मुद्दे पर सांझा रूप से एक रैली एवं अधिवेशन का आयोजन भोपाल में ही किया गया था इस आयोजन की तैयारियों एवं इसमें हिस्सेदारी कर भोपाल गैस त्रासदी के मुद्दे पर लड़ रहे संगठनोंके साथ एक जुटता प्रदर्शित की गई जिसमें की मेरी भी भागीदारी रही थी ।

7. महिला आरक्षण बिल के समर्थन में जन्तर मन्तर पर एक दिवसीय धरने का कार्यक्रम आयोजित किया गया था। इसमें भाग लेने के लिए मैं दिल्ली तो न जा सकी लेकिन भोपाल की बस्तियों में इस धरने में भाग लेने हेतु लोगो को तैयार करने उनकी बैठके लेने में मेरा योगदान रहा है।

8. राम जन्म भूमि बाबरी मस्जिद के मुद्दे पर विगत 30 सितम्बर 2010 को इलाहबाद उच्च न्यायालय का फैसला आया था । इस फैसले के पूर्व व उपरान्त शहर क महौल न विगडे इस हेतु भारत ज्ञान विज्ञान समिति द्वारा कई अन्य समान विचार के संगठनों द्वारा धर्मनिपेक्षता के पक्ष में एवं शहर में शान्ति बनाए रखने को मुद्दा बनाते हुये कई कार्यक्रमों के आयोजन किये गये थे। इन सभी में समता की ओर से मेरी भी समान रूप से हिस्सेदारी रही।

9. मध्यप्रदेश भारत ज्ञान विज्ञान समिति राष्ट्रीय स्तर पर सक्रिय अखिल भारतीय जन विज्ञान नेटवर्क का महत्वपूर्ण भाग है । इस नेटवर्क की प्रत्येक दो वर्षों के उपरान्त राष्ट्रीय कांग्रेस का आयोजन होता है । इस बार दिसम्बर माह 2010 में केरल के त्रिशूर जिले में 11वीं अखिल भारतीय जन विज्ञान कांग्रेस का आयोजन किया गया था । यह कांग्रेस 26-31 दिसम्बर 2010 तक आयोजित थी तथा इस कांग्रेस में मेरे द्वारा भाग लेकर स्वास्थ्य की कार्यशालाओं व महिला मुद्दों पर आयोजित कार्यशालाओं में भाग लिया गया।

10. मध्यप्रदेश भारत ज्ञान विज्ञान समिति द्वारा विगत दो वर्षों से अधिक समया से शिक्षा का अधिकार कानून पर विभिन्न गतिविधियों को सतत तौर पर आयोजित किया जा रहा है । अप्रैल 2010 से प्रमुखतः मानव संसाधन विकास मन्त्रालय , भारत सरकार के सहयोग से देश के सात राज्यों में शिक्षा का अधिकार कानून पर जन लामबन्दी अभियान चलाय जा रहा है। इन सात राज्यों में मध्यप्रदेश भी एक राज्य है । मध्यप्रदेश के चार जिलों में सीहोर , शिवपुरी , कटनी व झाबुआ में यह अभियान जारी है। इसके अन्तर्गत कला जत्था कार्यक्रम शिक्षा का अधिकार पर कार्यशालाएं अधिवेशनों के आयोजन हुए है। इनमें मेरे द्वारा भी यथासम्भव रूप से भागीदारी की गई है।

मध्यप्रदेश के उपरोक्त चार जिलों के 20 विकास खण्डों की 1556 पंचायतों में आगामी माह में पंचायत स्तरीय शिक्षा योजना एवं शाला विकास योजना के निर्माण किए जाने है। इनके आयोजन पूर्व गतिविधियों से भी मेरी संलग्नता वर्तमान में बनी हुई ।

11. मध्यप्रदेश भारत ज्ञान विज्ञान समिति की सिहोर जिले में सशक्त इकाई है। यहाँ की 499 पंचायतों में समिति द्वारा कार्य किया जा रहा है। समिति के इन पंचायतों में स्वयं सहायता समूह , किशोरी बालिका एवं महिला मंच है। इनके अन्तर्गत समय -समय पर कई गतिविधियों के आयोजन किये जाते है जैसे महिलाओं में नेतृत्व कारी क्षमता का निर्माण स्वयं सहायता

समूहों में विभिन्न प्रशिक्षण कार्यशालाएँ स्वास्थ्य एवं स्वच्छता पर प्रशिक्षण कार्यक्रम इत्यादि । मेरे द्वारा यथा संभव तौर पर समय-समय पर इन गतिविधियों में हिस्सेदारी कर बच्चों के मानसिक स्वास्थ्य , महिलाओं पर होने वाली हिंसा से होने वाली मनो-शारीरिक समस्याये इत्यादि पर विभिन्न प्रशिक्षणों में सत्र लिये गये है।

5.2 सुधार संस्था के साथ किए कार्य

01. सुधार नामक संस्था जेल में रह रही महिलाओं के पुर्नवास के लिए कार्य करती है सुधार संस्था का मानना है। कि जो महिलाएँ लम्बे समय से कारावास में रह रहीं है उनके सामाजिक, अर्थिक परिवारिक और कानूनी मुद्दे इतने ज्यादा होते है कि पुर्नवास की लम्बी प्रक्रिया के दौरान उनकी शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य बहुत ज्यादा प्रभावित होता है।
02. तथा महिला होने के नाते भी उनकी शारीरिक और मानसिक समस्याएँ पुरुषों से अलग और ज्यादा होती है। पूरे जीवन काल में थोड़े-थोड़े अन्तराल के बाद महिलाओ में मानसिक व शारीरिक बदलाव के कारण भी महिलाओं को स्वास्थ्य सम्बन्धी देखभाल को ज्यादा जरूरत होती है। जैसे प्यूवर्टी के समय गर्भावस्था के समय प्रजनन काल एवं बच्चा के पालन पोषण के समय रजोनिवृति के समय जिस प्रकार ये शारीरिक बदलाव महिलाओं में तथा उनके व्यवहार में अलग-अलग परिवर्तन लाते है ठीक उसी प्रकार अलग-अलग समय पर उसकी पारिवारिक व सामाजिक जिम्मेदारियां और अपेक्षाएँ भी उसके व्यवहार में परिवर्तन लाती है। परिवर्तनों का महिला अक्सर सहन कर सामान्य रहती है परन्तु कभी-कभी शारीरिक व मानसिक परिवर्तन इतने तेजी से और इतना ज्यादा होते है कि महिला को शारीरिक या मानसिक बीमारियों के प्रकोप में फसा लेते है हमारे समाज का नजरिया कैदियों के लिए वैसे भी ठीक नहीं रहता और अगर वह कैदी महिला हो तो और भी ज्यादा घृणा भरा हुआ होता है। और इन महिलाओं की जरूरतो सुविधाओं की सोच विभाग व समुदाय कि दृष्टि से परे ही रहती है। जिसके परिणाम स्वरूप ये महिलाएँ अपनी भावनाओं और परेशानियों को किसी से व्यक्त नहीं कर पाती । सुधार एसी ही महिलाओं के बीच कार्य करती है और उनकी इन सभी समस्याओं का सम्पूर्णता वा समग्रता के साथ देखती है। इसी वजह से वे इन महिलाओं से जुड़े सभी मुद्दो पर कार्य करती है वर्तमान में सुधार भोपाल जेल और होशंगाबाद जेल दोनो ही जगह पर कार्य कर रही है । संस्था महिला कैदियो के जेल के अंदर के मुद्दे तथा बाहर के मुद्दे जैसे उनके बच्चों की देखरेख बच्चो की पढ़ाई कानूनी प्रक्रिया इत्यादि पर कार्य करती है
03. उद्देश्य :- होशंगाबाद जेल में रह रही महिलाओं की प्रजनन स्वास्थ्य रजो निवृति एवं मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धो समस्याओ जागरूकता प्रदान करना

04. क्या-क्या किया :- सुधार संस्था के साथ कैदी महिलाओं के विषय में विस्तार से चर्चा की विषय का चयन किया होशंगाबाद जेल की जेलर से प्रोग्राम का समय निर्धारित किया और फिर सुधार संस्था के दो साथियों के साथ जेल में प्रोग्राम किया ।
05. 38 महिलाओं का एक समूह बना जिसमें महिलाओं के प्रजनन अंगों के बारे में, महावारी व गर्भावस्था के बारे में हार्मोनल बदलाव तथा उससे होने वाले शारीरिक परिवर्तनों के बारे में बताया उन्हें यह भी बताया कि मानसिक स्वास्थ्य भी इन सभी से सीधा-सीधा जुड़ा हुआ है। और फिर महिलाओं से जुड़ी मुख्य मानसिक बीमारियां व उनके लक्षण जैसे अवसाद, चिन्ता , तथा साइकोटिक बीमारियों के लक्षणों के बारे में बताया तथा यह भी बताया की इन किन्हीं परिस्थितियों में रह रही महिलाओं का इन बीमारियों से कैसे बचना चाहिए।
06. परिणाम :-जेल की जेलर तथा कैदी महिलाओं में जननागों व उनके कार्य के बारे में जानकारी बढ़ी। महिलाओं में रजोनिवृत्ति के बारे में जानकारी बढ़ी। महिलाओं ने अपनी स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याओं को बताया और उनके समाधान पूछे जेलर ने यह महसूस किया कि यहाँ महिला एवं मानसिक रोग विशेषज्ञ की समय-समय पर जरूरत है जिससे इन महिलाओं को उनकी सेवाएँ समय-समय मिलती रहे सुधार अन्य संस्था के लोगो ने भी माना कि हमारे कार्यों के साथ स्वास्थ्य (मानसिक तथा शारीरिक) का कार्य भी महत्वपूर्ण है।

5.3 सौसर विजिट

मध्यप्रदेश में छिन्दवाड़ा जिले के अन्दर सौसर नाम का एक जगह है। जहाँ पर लेटे हुए हनुमान जी का मन्दिर है इस मन्दिर पर लोगों को आस्था इसलिए ज्यादा है।, क्योंकि पूरे भारत देश में सिर्फ आठ जगह ऐसे हनुमान मन्दिर है जहाँ पर लेटे हुए हनुमान है। यह मन्दिर लगभग 3 कि. मी. के परिसर में फैला हुआ है।, इस मन्दिर की एक और खासियत ये है कि इसमें लगभग 150 मानसिक रोगी निवास करते है। इन रोगियों में कुछ पूरी तरह से वही के निवासी हो गए है तथा कुछ रोगी अपने परिवार के सदस्यों के साथ यहाँ अपनी बीमारी से मुक्ति के लिए आते और निदान मिलने पर वापिस चले जाते है तथा बीमारी उभसे पर यहाँ आती है। इन्ही के साथ-साथ कुछ मानसिक रोगियों के पारिवारिक सदस्य कुछ समय के लिए जैसे 8 दिन-15 दिन या फिर महीना भर के लिए यहाँ छे ड जाते है फिर पुनः वापस ले जाते है। जो मरीज पूरी तरह से वही के हो गए है उनमे से ज्यादातर गभीर मानसिक रोग से पीड़ित रोगी है। और जो रोगी समय-समय पर आने वाली है उनमें से ज्यादातर मैं गम्भीर मानसिक परेशानी नहीं है। वे स्वेच्छा से अपनी बीमारी के इलाज के लिए यहाँ आते है। और आराम की अवस्था में आकर वापस घर चले जाते है। भारत में एसी कई जगहे है जहाँ पर इस प्रकार से मानसिक रोगियों के पुर्नवास के लिए प्रक्रियाए चलती है और वह धार्मिक स्थल पर ही अक्सर होती है। चाहे वह जावरा शरीफ की दरगाह हो वालाजी मन्दिर हो या दिल्ली की जामा मस्जिद हो पर सौसर की एक विशेषता और की मिली कि यहाँ पर कोई भी साधू, ओझा, भूत प्रेत या स्वतः ही आते है बीमारी में आराम मिलने पर वहाँ से चले जाते है। जो वहाँ लम्बे समय के लिए रहते है। उन्हें शाम को आरती के वक्त प्रसाद के तोर पर भोजन मिलना है वही उनका भोजन होता है। जिससे पूरे दिन का तो क्या एक वक्त का भी पेट भरना मुश्किल होता है। थोड़ा बहुत अन्य दशनीर्यो भी कभी-कभी प्रसाद दे जाते है। सौसर में "आदिवासी कल्याण" समीति के नाम से एक संस्था काफी लम्बे समय से वहाँ के आदिवासी लोगों व विकलांगता पर कार्य कर रही है। यहाँ के मरीजो के पुनर्वास के लिए भी उस संस्था ने पहल की और लगभग 3 साल पहले मन्दिर के ट्रस्ट के लोगों से बात की कि इन मरीजों को चिकित्सक सुविधा के साथ-साथ समुदाय आधारित पुर्नवास की भी अच्छी सुविधाएँ मिलनी चाहिए। लगातार 2 साल के कार्य के बाद ट्रस्ट के लोग इसके लिए तैयार हुए कि मानसिक रोगियों को इसप्रकार की सुविधा मिले। संस्था के संचालक श्री श्यामराव 6 वले जी के माध्यम से मैं उस मन्दिर की भ्रमण (चकर) करने गई। ये और मेरे दो सी. पी. एच. ई के साथी भी मेरे साथ थे हमने मन्दिर में आने वाले रहने वाले रोगियों क्रियाकलापो को देखा फिर परिसर घूमा तथा वहाँ के ट्रस्टी लोगो से भी बात की परिसर के एक और मरीजो के रहने के लिए शेड की थोड़ी बहुत व्यवस्था है। जहाँ जाकर रात में वे डधर उधर सो जाते है या सरसी मंदिर के इर्दगिर्द रहते है यह सबकुछ देखने के बाद हम वापस आए पूरे यात्रा में मेरे दिमाग में प्रोटेक्टेटेड कम्प्यूनिटी का खयाल आता रहा जिसके बारे मैं ग्वालियर मानसिक अरोग्य शाला में कार्य के दौरान हमने पढ़ा व उसकी रुपरेखा तैयार की थी पर वास्तव में एसी कई जग ह पर जाने का मौका

या कार्य करने का मौका मुझे अभी तक प्राप्त नहीं हुआ था वह सब सिर्फ पढी और समझी हुई चीज भर थी इसमें उससे मिलती जुलती कई चीजे साकार थी तथा कई चीजे निराकार जैसे प्रोटेक्टेड कम्युनिटी शहर के बीचोबीच होनी चाहिए या दूर, जैसे उस कम्युनिटी की कितनी कितनी जिम्मेदारी सरकार, समुदाय, व एन. जि. ओ. की होगी। एन. जी. ओ. को इसमें शामिल किया जाएगा कि नही उसके संचालन की जिम्मेदारी किस की होगी। मरीजों के पारीवारिक सदस्य भी क्या उनके साथ रहेंगे या सिर्फ मरीज (कुटुंब रोगियों के पूरे परिवार के सदस्य वही रहते हैं) मरीज घर वापस जा सकेगे या नही। इस समुदाय में सिर्फ मानसिक रोगी ही रहेंगे या मिलेगले अन्य विकलांग व्यक्ति भी इसमें शामिल होंगे। चूकि ये मानसिक रोगी हैं इसलिए समुदाय की कितनी जिम्मेदारियों को उन्हें दिया जा सकेगा या और कितनी नहीं इत्यादि सवाल मेरे मन में आए और यह सब सोचकर बहुत मजा आया बड़े स्तर पर कुछ करने का खयाल भी मेरे मन में आया जिसकी सोच लेकर मैं यहाँ आई थी सौरा के इस मन्दिर में दुसरी बार मेरा जाना ठीक 1 साल पहले 10 अक्टूबर 2010 विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के दिन । जबकि उस मन्दिर के परिसर में ही प्रोग्राम मनाया जा रहा था और वहाँ पर कलेक्टर के साथ एक नागपुर से मानसिक रोग चिकित्सक भी आए थे। सभी ने मिलकर 10 अक्टूबर को हर्षोउल्लास से मनाया तथा उन मरीजों के लिए क्या किया जासकता है इसपर अपने अपने विचार रखे फिर कलेक्टर साहब ने कहा दवा का इन्तजाम हम करवा देंगे, मनोरोग चिकित्सक ने कहा कि मैं हर 15 दिन में एकवार अपनी सेवाएँ दूंगा। ट्रस्ट के लोगो ने श्यामराव ठवले जी की संस्था को पहले ही 2 बड़े हाल कार्य करने के लिए दे दिए। मानसिक रोगियों के लिए समुदाय के लोगों ने एक वक्त के भोजन के इन्तजाम की जिम्मेदारी ली और श्यामराव जी की संस्था ने रोगियों का रजिस्ट्रेशन करने के साथ ही 3 समुदाय स्वास्थ्य कार्यकर्ता भी पुर्नवास के कार्य के लिए वहाँ नियुक्त किए हुए हैं।

परिणाम :- मन्दिर की ट्रस्ट, श्यामराव जी की संस्था आदिवासी कल्याण समीति, मनोरोग चिकित्सक व कलेक्टर साहब ने और समुदाय के लोगों ने मिलाकर कुछ कुछ कार्य करना शुरू किया । और बहुत कुछ करने का आदा किया है पर प्रक्रियाएँ इतनी धीमी है कि कार्य को गति नहीं मिल पा रही है तथा सभी एकसाथ मिलकर कार्य नहीं कर पा रहे हैं। सरकार मानसिक स्वास्थ्य में अपनी जिम्मेदारियों को ठीक से नहीं उठा पा रही है। जागरूकता की कमी से मानसिक स्वास्थ्य के प्रति समुदाय के लोगों की सोच सकारात्मक नहीं है। सरकार मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में अपनी जिम्मेदारियों को ठीक से नहीं उठा पा रही वही स्वयं सेवी संस्थाओं का रुख भी मानसिक स्वास्थ्य की दिशा में कार्य करने का उतना प्रबल नहीं है।

निष्कर्ष :- भारत एक ऐसा देश है जहाँ धर्म व संस्कृति का महत्व बहुत ज्यादा है ईश्वर पर लोगों की आस्था है। और अगर मानसिक रोग की बात कर तो यह पूर्वजन्मों के पाप या भगवान के दिए हुए श्रापों का नतीजा है। जब मानसिक रोगी परिवार में ठीक नहीं हो पाते या थोड़ी मोड़ी दवाइयों द्वारा ठीक नहीं हो पाते तो परिवार के लोग उन रोगियों के निदान के लिए ईश्वर का सहारा लेते हैं और जब रोग असाध्य सा लगने लगता है और पैसा भी काफी खर्च हो जाता है तो वे उस भगवान की बनाई हुई काय को उसी की शरण में छोड़ आते हैं। और यह मानते हैं कि उसी की दी हुई काया की रक्षा वही करेगा। उसी के हवाले वे रहेंगे अगर ऐसे स्थलों पर पुर्नवास की प्रक्रिया का कार्य किया जाए तो आस्था के साथ-साथ ही मरीजों को पुर्नवास की बेहतर सेवाएँ मिलेगी जिससे वे अपने परिवार या समुदाय में बेहतर जीवन गुजार सकेंगे।

5.4 चेतना संस्था के साथ कार्य के अनुभव—

प्रस्तावना—चेतना ऐसी संस्था हैं जो कि युवाओं के लिए सामान्य स्वास्थ्य व प्रजनन स्वास्थ्य पर कार्य करती हैं। यह संस्था अहमदाबाद में संचालित हैं। इस संस्था को किशोर व युवाओं के साथ कार्य करने का काफी लम्बे समय का अनुभव हैं। संस्था ने एक 3 दिवासीय कार्यशाला का आयोजन किया था जिसमें किशोर-किशोरियों को बुलाया तथा साथ ही कॉडीनेटर के तौर पर संस्था के साथियों को बुलाया था जिससे चर्चा के माध्यम से यह तय हो सके कि सन् 2012 की युवा नीति में युवाओं के क्या मुद्दें होंगे। युवाओं के मुद्दे युवाओं की जुबानी सामने आएँ, वे अपने मुद्दों को स्पष्ट रख सकें। इस 3 दिवसीय कार्यशाला में जेण्डर पर भी चर्चा की गई।

उद्देश्य—अगली युवा नीति में किशोर व युवाओं के क्या मुद्दें होंगे इस विषय पर तीन दिवसीय कार्यशाला में भाग लिया तथा उसमें किशोर कैसे शामिल हों तथा उनका क्रियाव्ययन कैसा हो।

क्या-क्या किया—भारत ज्ञान विज्ञान समीति व म.प्र.विज्ञान सभा में यह जानकारी आई कि चेतना एक कार्यशाला का आयोजन कर रहा है जिसका उद्देश्य अगली युवा नीति में युवाओं के मुद्दें क्या हों रखा गया है। इस कार्यशाला में भारत के अलग-अलग जिलों के अलग-अलग संस्थाओं से एक किशोर या युवा तथा उनके साथ में एक समन्वयक को बुलाया गया। चूंकि उस समय मुस्कान में मेरा प्लेसमेंट था और इत्तेफक से मैं किशोरियों पर सैकेण्डरी सैक्सकैरेक्टर जनननांगों व उसके कार्य व जीवन कौशल पर प्रशिक्षण देने का कार्य कर रही थी इसलिए मेरे लिए मौका अच्छा था। हम में और मुस्कान की किशोरी ग्रुप की एक सदस्य भी मेरे साथ अहमदाबाद गए वहां पर पहले दिन प्रजेन्टेशन थे जिसमें भारत की जनसंख्या वृद्धि के बारे में बात की व जेण्डर पर समूह चर्चा हुई। दूसरे दिन फिर से समूह चर्चा के माध्यम से मुद्दों को निकाला गया तीसरे दिन नीति को लिखित रूप दिया गया। जिसमें पिछले दो दिन में हुई चर्चाओं के प्राप्त परिणामों को सिलसिलेवार लिखा गया तथा यह तय हुआ कि इस कार्यशाला के बाद जो मुद्दें निकलकर आए हैं, उन पर एक दिवासीय बैठक के माध्यम और चर्चा होगी, बाद में नीति बनकर तैयार होगी।

परिणाम—युवाओं को बुलाकर अलग-अलग एक्टिविटी के माध्यम से उनके मुद्दों के बारे में चर्चा की। एक पेड़ व उसके पत्तों को बनाकर युवाओं की जिज्ञासाओं को लिखवाया इस माध्यम से भी युवा मुद्दों की जानकारी ली। युवाओं को शामिल करने से उनके मुद्दे खुलकर सामने आए, बाद में हमारे द्वारा कोई फोलोअप नहीं हो पाया।

युवाओं के इतने मुद्दे निकलकर आए जिससे नीति बनाने में आसानी मिली होगी। इसबार पहली बार नीति बनाने से पहले मानसिक स्वास्थ्य का मुद्दा नीति के लिए उठाया गया। युवाओं ने बड़-बड़ कर भाग लिया और अपने मुद्दों को बताने में खुशी जाहिर की।

5.5 फेथ हीलिंग स्टेशन पर कार्य

मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में लिखी पुस्तक साधु, ओझा, संत में डॉक्टर सुधीर कक्कड़ ने लिखा है कि भारत के मानसिक रोग विशेषज्ञ पंडित और मौलवी होते हैं। हमारे यहां मानसिक बीमारियों का काफी हद तक इलाज पीर-फकीरों द्वारा दरगाहों और मंदिरों पर हो जाता है। इसी सिलसिले में सौसर के साथ ही भोपाल के स्तर पर भी दरगाहों और मंदिरों पर मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी जानकारी एकत्र करने की सोच बनाई जिसके चलते भोपाल में बरकतुल्लाह विश्वविद्यालय के पास रायसेन रोड पर एक दरगाह है जो काफी प्रसिद्ध है। मंगल और जुमेरात के दिन लोग यहां सुबह से ही आने लगते हैं। लोगों से पूछने पर पता चला कि उन दो दिनों में ये गिनती 1500 के लगभग होती है

भी दरगाहों और मंदिरों पर मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी जानकारी एकत्र करने की सोच बनाई जिसके चलते भोपाल में बरकतुल्लाह यूनीवर्सिटी के पास रायसेन रोड पर एक दरगाह है जो काफी प्रसिद्ध है। मंगल और जुमेरात (गुरुवार) के दिन लोग यहाँ सुबह से ही आने लगते हैं। लोगों से पूछने पर पता चला कि उन दो दिनों में ये गिनती १५०० के लगभग होती है बाकि दिनों में गिनती काफी कम होती है। दूर दूर से लोग यहाँ अपनी परेशानियों से निजात के लिए यहाँ आते हैं। आनेवालों में महिलाओं की संख्या ज्यादा होती है लोग यहाँ १५-१५ साल से बिधा नागाह किए यहाँ आते हैं। मुख्य दरवाजे से अंदर जाने पर आँगन और उसके सामने कमरा दिखाई देता है। आँगन के चिन तरफ भी एक कमरा है। दोनों कमरों के बीच से गुजरकर लंबा रास्ता है जहाँ मैदान में घास लगी है रास्ते के आखिर में एक कमरे में दरगाह बनी है दरवाजे से लेकर इस दरगाह के रास्ते में अलग अलग जगह ५ खम्बे गड़े हैं। दरवाजे से घुसते समय ही आँगन में लोगों की भीड़ दिखाई देती है कुछ खिडकियों से झूलते कुछ जमीन पर गिरते उठते कुछ गुलांट लगाते और कुछ खम्बों के चारोतरफ खम्ब्या पकड़े झूलते शाम को लगभग ६ बजे आँगन में भीड़ कतारों में बदलगाई फी यहाँ से लोग पीछे की दरगाह की तरफ चलेगे इस आखरी दरगाह के सामने जो चबूतरा है तो रंग मंच की तरह दिख रहा था। महिलाएँ जोर जोर से चीख रहीं थीं गलियां देराहीथी चिल्ला चिल्ला कर हाय तोवा मचा रहीं थी लगभग पौन घंटे ये द्रश्य चला फिर बाबा के फातिहा का वक्त हुआ सब शांत कतार में खड़े होगये एक शख्स हाथ में धुनी का बर्तन लेकर आया और सबने बारी बारी से तबूख लिये और रिलेक्स होकर धीरे धीरे बहार निकल गए।

एक विशेषता मुझे पहलीबार दिखाई दी की नई उम्र की लड़किया भी बड़े लोगों को देखकर यह सब सीख रहीं थी वे थोड़ीदेर एसी महिला को ऑब्सर्व करतीं फिर थोड़ी देर पले करतीं, थक कर बैठती फिर कोशिश करतीं !

इसी प्रकार से नूतन कॉलेज भोपाल के ठीक पीछे हनुमानजी का मंदिर है और उस मंदिर के पीछे सैय्या का दरवार हर गुरुवार को भरता है लोग शाम ९ बजे के आसपास आना शुरू कर देते हैं फिर एक बन्दा साईबाबा की पोशाक पहने बहार आता है मुंह में पान हाथ में सिगरेट और दूसरे हाथ में मोरपंख से बनी झाड़ू। लोग बबरी बरी से खिसककर उनके पास आते हैं अपनी परेशानी बताकर सवाल पूछते हैं बाबा अपनी अधखुली आँखों से देखते हुए जवाब देते हैं पास में रखे प्रशाद से हाथ बढ़ाकर प्रशाद उठाते हैं उनके बगल में बैठा व्यक्ति कागज में प्रशाद लेकर फरियादी को देता है और आगे बढ़ने का इशारा करता है !

इन तीनों ही जगह की अपनी अलग अलग विशेषता है। जैसे सौसर के मंदिर में कोई साधू या ओझा इलाज करता दिखाई नहीं दिया और वहाँ गंभीर व समान्य दोनों प्रकार के मानसिक रोगी वहाँ दिखाई दिए ठीक इसी प्रकार रायसेन रोड वाली दरगाह पर भी मिला दोनों ही जगह अपनी आस्था से मरीज नै उर्जा लेकर यहाँ से जाते हैं और जब दोबारा परेशानी होती है तो फिर वापस आते हैं। पर साई दरवार में फैथहीलर समस्याओं से उबारने के लिए बैठता है

6. लेखन कार्य के अनुभव—

6.1 आर्टिकल लिखने का अनुभव —

कलेक्टिव टीचिंग के दौरान जब ये बताया गया कि हम सभी को आर्टिकल लिखना है और उस आर्टिकल को लिखने के लिए कोई भी ऐसा विषय चयन करना है जिस पर आपका इन दो वर्षों में किया गया कार्य हो या कोई अन्य स्वास्थ्य का मुद्दा जिसमें की आपकी रुचि हो। या फिर यह भी हो सकता है कि आगे की बची हुई फ़ैलोशिप के दौरान उस विषय पर आप अनुसंधान का कार्य करना हो जिसमें ये आर्टिकल मदद करे।

सीपीएचई की ओर से शर्त यह थी कि आर्टिकल के लिए सम्बन्धित लेखों को अच्छी प्रकार से पढ़ा गया हो और उसका संदर्भ आपके लेखन कार्य में झलकता हो। आप जो भी लिखें संदर्भ सहित लिखें।

मेरे दिमाग में पूर्व अनुभव दोहराने लगे। मैंने एम.ए., एम.फिल. के दौरान भी अपना डिजिटेशन का कार्य किया था इसलिए इसप्रकार के कार्य का अनुभव था। पर वहां इस प्रक्रिया से बिल्कुल उल्टी प्रक्रिया अपनाई गई थी। पहले अपने अनुसंधान का सारा काम किया था साथ में जब कार्य करना शुरू कर दिया साथ ही साथ रिव्यू करना भी शुरू कर दिया था। और दोनों कार्य लगभग बराबर ही हो रहे थे। बल्कि कार्य के बाद लिखते समय हमें रिव्यू की और ज्यादा जरूरत महसूस हुई थी। पर आर्टिकल लिखने अभी जो कार्य करना था वह यह था कि पहले विषय का चयन करें फिर रिव्यू करें साथ ही साथ उस मुद्दे के बारे में जो अपनी समझ या अनुभव हैं उनको आधार बनाते हुए इसी क्षेत्र में किए गये कार्यों का हवाला देते हुए लेखन कार्य पूरा करें। यूं तो मैं भी स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य व महिला स्वास्थ्य से सम्बन्धित कई लेख लिखने का काय पहले भी कर चुकी हूँ और वह भी लोगों द्वारा लिखे हुए अनुभव ही थे। उसी के आधार पर पढ़कर ही लेख लिखे थे पर उनमें कहीं भी संदर्भ के आधार पर मैंने लेख नहीं लिखा था सिवाय के एम.ए. और एम फिल की थीसिस के। इसलिए अब चुनौती यह थी कि सबसे पहले विषय का चयन इस प्रकार का हो कि आपके कार्य से मिलता हो, आपका रूझान उस कार्य के प्रति हो, आपको उस कार्य का अनुभव हो, उस पर कुछ विचार रखने की समझ हो, यानि पढ़ा भी हो। अपनी बात को मजबूती देने के लिए कई सारे आर्टिकल पढ़ें हों। जिनमें आपकी बात या उनसे मिलती-जुलती बात की सहमति हो। आर्टिकल लिखने से पहले मुझे ऐसा भ्रम हाता था कि मानसिक स्वास्थ्य पर इतना लिटरेचर मिलना तो मुश्किल ही है। तो मैं अपनी बात का ठीक और पूरी तरह से रखने में असमर्थ ही रहूंगी। इसलिए कई सारे सरल और कठिन विषयों का विचार एक साथ मन में आने लगा। फिर मुझे यह भी याद आया कि थैलमा जी ने मुझसे जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम की वर्तमान स्थिति पर लेख लिखने के लिए कहा था। मैंने उसी विषय पर लिखने का विचार बनाया। सीपीएचई की टीम ने मुझे उससे जुड़े आर्टिकल्स व लिटरेचर ढूंढने में मेरी बहुत मदद की। मैंने उन लिटरेचर व अन्य किताबों से पढ़कर एक ढांचा (फ्रेमवर्क) बनाया और अपनी बात को रखते हुए अन्य

आर्टिकल का सहारा लेकर लिखना शुरू किया। यहां मेरी यह बात गलत सिद्ध हुई कि मुझे मानसिक स्वास्थ्य पर लोगों के अनुभव व लेख कम ही मिलेंगे। मुझे इतने सारे लेख मिले कि घबराहट महसूस होने लगी कि इतने कम समय में इतना कैसे पढ़ पाऊंगी और उन्हें जोड़ते हुए लेख को कैसे पूरा कर पाऊंगी। लिखने में एक और परेशानी मुझे दिखाई देने लगी कि सारे मिले हुए लेख अंग्रेजी में थे और मैंने उन्हें हिन्दी में समझकर अपनी बात को रखते हुए हिन्दी में ही लिखा। फिर मुझे इस लेख को अंग्रेजी में ही लिखना था। क्योंकि मुझे इस लेख के माध्यम से जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम की जानकारी कई लोगों तक पहुंचानी थी। और मुझे वह माध्यम अंग्रेजी ही ज्यादा पसंद आ रहा था। इसलिए मैंने इस पूरे लेख को पहले हिन्दी में लिखा और अपने एक दोस्त को मदद से उसे अंग्रेजी में अनुवादित किया। लेख को लिखने में काफी मशक्कत करनी पड़ी पर पूरी प्रक्रिया में बहुत मजा आया। चूंकि इससे पहले एक ही विषय पर एक साथ इतने सारे लेखों को पढ़ने का मौका बहुत कम बार मिला था और इतना सलीके और सिलसिलेवार भी शायद यह दूसरा मौका रहा। इस लेख को लिखने के इस अनुभव ने मुझे अनुसंधान के कार्य को आगे बढ़ाने के लिए प्रेरित किया। और मैंने तय किया कि मैं भोपाल जिले में समुदाय आधारित पुनर्वास पर अपने अनुसंधान का कार्य करूंगी। जिसे फिर आगे कभी यदि मौका मिला तो मध्यप्रदेश के स्तर पर भी लेकर जाऊंगी।

6.2 अनुसंधान कार्य लेखन के अनुभव

इन दो साल की फ़ैलोशिप के दौरान शुरुवाती दौर से ही सी. पी. एच. ई द्वारा इजाजत पर जोर दिया गया कि जोभी कार्य किया जाए उसे अनुसंधान कार्य का रूप दिया जाए जिससे कि जब हम अपने काम को दूसरों के सामने रखें तो उसका कोई ठोस आधार हो और वह कार्य एता हो जिसपर कोई कार्य पहले से किया गया हो और अगर उस मुद्दे पर कार्य न भी किया गया हो तो उससे मिलते-जुलते मुद्दे पर कार्य किया गया हो जिसके पुरबता सुबूत तथा अनुभवों के बारे में हमारे पास कुछ तथ्य हों जिनके आधार पर हम अपने अनुसंधान के कार्य को पूर्ण कर सकें और अपने इस अनुसंधान के कार्य द्वारा जिन परिणामों पर पहुंचे उन्हें रिव्यू तथा आकड़ों के आधार पर लोगों के बीच प्रस्तुत कर सकें। प्रस्तुत करने के इस तरीके का अनुसंधान कार्य में बड़ा महत्व होता है। मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में इसतरह के अनुसंधान का काम स्वास्थ्य के अन्य क्षेत्रों से कम ही किए गए हैं। और समुदाय आधारित तो और भी कम। काम तो बहुत किए गए होंगे पर उन्हें अनुसंधान का नाम नहीं दिया जा सका जिसकी वजह से आगे होने वाले कार्य के लिए उन्हें पुरबता आधार नहीं माना जा सकता और उन अनुभवों के आधार पर अनुसंधान कार्य को आगे नहीं बढ़ाया जा सकता है।

इन्ही बातों को ध्यान में रखते हुए मैंने सी. पी. एच.ई. ने मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में एक छोटे अनुसंधान कार्य को करने की सोच बनाई जिसको कि मरी फील्ड (मुस्कान) के कार्य क्षेत्र में मुझे करना था। मैं पूरी प्रक्रिया मेरे लिए खास सीख थी।

क्या क्या किया :-

स्वसे पहले अपने टापिक का चयन किया रिव्यू तथा लिटरेचर किया फिर रिसर्च स्टेटमेंट बनाया। आर्टिकल लिखने के बाद उतना समय नहीं बचा था कि इस क्षेत्र में कार्य किया जा सके इसलिए फ़ैलोशिप के बाद की इस कार्य को जारी रखने के बारे में सोचा तथा मुस्कान का कार्य क्षेत्र चुना।

परिणाम :- मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में समुदाय आधारित पुर्नवास पर और अधिक पढ़ने को मिला मेरी समझ और साफ हुई।

फ़ैलोशिप के खत्म हो जाने पर भी इस क्षेत्र में सीख बढ़ाने को मिलेगी जो मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में हमेशा ही मेरे काम आने वाली होगी।

समुदाय आधारित पुर्नवास चाहे वह मुस्कान कार्यक्षेत्र में हो, सासार में हो या मध्य प्रदेश के अन्य जगहों पर उसमें कुछ ठोस कार्य कर पाऊंगी। और उन्हें अनुसंधान का नाम दे सकूंगी जिससे सुबूतों के साथ मैं अपनी बात कह सकूँ और उस कार्य को आगे बढ़ाने का मौका मिले।

निष्कर्ष :-

शुरू से ही अपनी पढ़ाई और सामुदायिक कार्य के साथ-साथ अनुसंधान के कार्य को भी उतनी ही शिद्दत से करना चाहिए।

अगर हम हमेशा ही इस तरीके से अपने कार्य को करेंगे तो हमें हर कार्य इसी प्रकार से करने की आदत हो जाएगी और हमें उतना कठिन नहीं लगेगा तथा अनुसंधान कार्य भी होगा।

2. साल की फैलोशिप का स्वाट आकलन

इन दो सालों की फैलोशिप के लम्बे सफर के दौरान मैंने जो भी कार्य किए उन्हें करने के दौरान स्वयं के स्तर पर तथा कार्य स्तर पर जहाँ एक और मेरी कुछ मजबूतियाँ रही, जैसे मुझे नए कार्य के काफी अवसर मिले वहीं दूसरी और कुछ कमियाँ भी रहीं तथा कुछ चुनौतियों का सामना भी मुझे करना पड़ा जहाँ एक और मेरी मजबूतियों और अवसरों ने मेरे उत्साह को आगे बढ़ाया और मेरे कार्य को गति प्रदान की वहीं दूसरी और मेरी कमियों ने और चुनौतियों ने मेरे मनोबल को गिराया और मेरे कार्य की गति में अवरोध उत्पल किया। कार्य के दौरान जो भी कमियाँ और खामियाँ रहीं वह ये रहीं

मजबूतियाँ

दोनों ही संस्थाओं को समुदाय में कार्य का अनुभव बहुत ज्यादा था जिसकी वजह से समुदाय में कार्य करने में मुझे कोई परेशानी नहीं आई, संक्रमित पानी पीड़ित बच्चों में काम इसलिए भी आसान हुआ क्योंकि मैंने गैस पीड़ितों में पहले काम किया हुआ था, मेरे लिए समुदाय में काम करना भी नया नहीं था, दोनों मैन्टर्स का भावनात्मक व तकनीकी अनुभव बहुत ज्यादा था, मानसिक स्वास्थ्य पर कार्य की उमीद ने भी मेरे कार्य को आगे बढ़ाया, प्रसन्ना व थेलमा जी ने मानसिक स्वास्थ्य के प्रति सकारात्मक नजरिया रखा, नया टोपिक होने से सभी की जिज्ञासा ज्यादा रहीं और कार्य के दौरान मजा भी आया, मानसिक स्वास्थ्य एसा विषय है जिसके माध्यम से अपने आपको, अपने रिश्तों को, अपने काम को समझने का मौका ज्यादा मिलता है इसलिए मेरे काम को तरजीहत मिली, मेरे काम से संस्था के कार्य को गति मिली जैसे किशोरी मानसिक स्वास्थ्य पर किया गया कार्य | मानसिक स्वास्थ्य पर पहले किये कार्य के अनुभव ने भी कार्य व आत्मविश्वास को बढ़ाया, इसके अलावा स्वास्थ्य के मुद्दों पर समझ भी होने से संस्था के दूसरे कार्य की भी समझ व तालमेल बनाने में आसानी हुई । समुदाय आधारित कार्य का अनुभव व शौक ने भी मेरे कार्य आगे बढ़ाया और मुझे सन्तुष्टी प्रदान की मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दे को जिन लोगों ने भी समझा उन सभी ने व्यक्तिगत व स्वयं पर भी इसे अमल किया व लाभ प्राप्त किया। फैलोशिप से पहले और फैलोशिप के दौरान मुझे जो प्रशिक्षण मिला उनके माध्यम से मेरे आने वाले भविष्य में मानसिक स्वास्थ्य की संभावनाओं को मजबूत किया।

अवसर

मुझे सामुदायिक स्वास्थ्य की समझ बढ़ाने का एक नया मौका मिला साथ-साथ समुदाय की सहभागिता स्वास्थ्य के क्षेत्र में कैसे बढ़ाएं पर भी नया अनुभव मिला, स्वास्थ्य तंत्र जमीनी स्तर से ऊपर की और कैसे चलता है को भी समझने का मौका मिला। संक्रमित पानी से पीड़ित बच्चों में काम करने का मौका मिला। शहरी झुग्गी बस्तियों में काम करने का मौका मिला इन दो सालों में विभिन्न प्रकार के अनुभव प्राप्त हुए जैसे सोसर के हनुमान मन्दिर में मानसिक स्वास्थ्य पर काम का मौका, होशंगाबाद जेल की महिला कैदियों में स्वास्थ्य का कार्य, फेथ हीलिंग स्टेशन पर मानसिक रोगियों का विश्वास तथा रोग निदान के अनुभव, मानसिक स्वास्थ्य तंत्र के साथ कार्य का अनुभव इत्यादि। संभावना संस्था से थेराप्यूटिक कम्यूनिटी का अनुभव, स्वास्थ्य पर ढेर सारा मटीरियल पढ़ने से मेरी समझ और साफ हुई। तकनीकी प्रशिक्षण मिलने से रिपोर्ट बनाना, कम्प्यूटर टायपिंग, पावर प्वाइन्ट प्रजेन्टेशन, अनुसंधान कार्य

करना, लेख लिखना इत्यादि में प्रशिक्षण प्राप्त हुआ। स्वास्थ्य के क्षेत्र में समता की दृष्टि रखना क्यों जरूरी है इसकी भी समझ बढ़ी। 20 फैलो ने मिलकर मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य के कार्य को आगे बढ़ाने के लिए एम. पी. चैन का निर्माण किया जिसमें कार्य करने का मुझे मौका मिला। इन सभी चीजों ने मेरे आत्मविश्वास को बढ़ाया जिससे मैं अपने काम को ज्यादा विश्वास से कर सकूंगी।

चुनौतियों व कमियां

संभावना कार्य के दौरान कार्य में आने वाली परेशानियों का सामना करना पड़ा। राज्य अनुसंधान एवं संसाधन केन्द्र में चिकित्सा मनोवैज्ञानिक के पद पर कार्य करने के साथ-साथ फैलोशिप को कैसे जारी रखा जाए की भी चुनौती मेरे सामने आई। एक ऐसे मानसिक रोगी के पुर्नवास की चुनौती भी मेरे सामने आई जिसका कोई परिवार नहीं था। इसके अलावा जल्दी-जल्दी कार्य के परिवर्तन ने भी कार्य की गति को धीमा किया। मानसिक स्वास्थ्य तंत्र, समुदाय, संस्था के स्तर पर कार्य में ज्यादा मदद न मिल पाने की बजह से कार्य की गति धीमी रही। तकनीकी प्रशिक्षण में मेरी लगन कम होने से उन्हें अच्छी तरह से नहीं सीख पाई।

लक्ष्य- मुस्कान के कार्यक्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य पर समुदाय आधारित पुर्नवास का कार्य करना।

उद्देश्य-

1. मुस्कान कार्यक्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति का पता लगाना।
2. मुस्कान के कार्यक्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य के प्रति समुदाय को जागृत करना।
3. रोगियों को समुदाय आधारित पुर्नवास के लिए प्रेरित करना।

विशिष्ट उद्देश्य -

1. कार्यक्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति की जानकारी लेना।
2. वर्तमान कार्यक्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति का पता लगाना।
3. समुदाय में विभिन्न लोगों की मानसिक स्वास्थ्य क्षमता वृद्धि करना।
4. समुदाय में जागृति का कार्य काना समुदाय में।
5. समुदाय आधारित पुर्नवास प्रक्रिया करना।

विशिष्ट उद्देश्य

1. समुदाय के लोगों में मानसिक स्वास्थ्य की जानकारी के बारे में पता लगाना।
गतिविधियां
फारमेट बनाना।
समूह चर्चा
फोकस ग्रुप डिस्करसन
डेटा एनालिसिस करना।
2. मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति का पता लगाना।
फारमेट बनाना
समूह चर्चा करना
फोकस ग्रुप डिस्करसन
डेटा एनालिसिस काना।
3. समुदाय के लोगों की क्षमता वद्धि करना।
समूह चर्चा के द्वारा
प्रशिक्षण के द्वारा
कार्शशाला के द्वारा
कंस प्रस्तुति के द्वारा
प्रचार प्रसार सामग्री द्वारा

सांस्कृतिक गतिविधियों द्वारा

3. समुदाय आधारित प्रक्रियाएँ

मानसिक रोगियों एवं उनके परिवारजनों की मदद करना।

मरीजों को इलाज के बारे में जानकारी देना एवं इलाज के लिए प्रेरित करना।

परिवार व मरीज को साइको एजुकेशन देना जिससे कि मरीज की ठीक प्रकार से देखभाल की जा सके एवं पुर्नवास प्रक्रिया पूर्ण हो सके

मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में पुर्नवास से हमारा तात्पर्य होता है। कि समस्याग्रस्त व्यक्ति के हित में एक इसप्रकार की प्रक्रिया का प्रयास करना जिससे कि उसकी मानसिक या व्यवहारिक समस्याओं में सामाजिक भ्रांतियों में तथा व्यक्तिगत संबंधों में जो नकारात्मक किस्म के बदलाव आए हैं, उनमें सुधार किया जा सके एवं समस्याग्रस्त व्यक्ति को उसके परिवार सुदाय एवं कार्यक्षेत्र में पुर्नस्थापना दी जा सके पुर्नवास का उद्देश्य यह भी होता है कि समस्याग्रस्त व्यक्ति मानि रोगी को उसकी समस्या प्रारंभ होने से पहले की स्थिति अतः सामान्य स्थिति में फिर से लाया जा सके तथा उसकी योग्यताओं, विश्वास एवं आत्मविश्वास को मजबूती दी जा सके जिससे वह अपने सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक भूमिकाओं का सफलतापूर्वक निर्वहन कर सके, पुर्नवास के विभिन्न क्षेत्रों में से निम्नलिखित 3 क्षेत्रों का बड़ा महत्व है।

1. घरेलू पुर्नवास
4. सामाजिक पुर्नवास

2. व्यवसायिक पुर्नवास

यह तीनों प्रकार के पुर्नवास आपस में

साह संबंधित रहते हैं। तथा एक प्रकार का पुर्नवास अन्य दो प्रकार के पुर्नवास की प्रक्रिया का आवश्यक तत्व यह होता है कि सबसे पहले मानसिक समस्याग्रस्त व्यक्ति को एक व्यक्ति को एक व्यक्ति समझा जाये तथा उसके भी मानव अधिकारों को गैर समस्याग्रस्त व्यक्तियों के मानव अधिकारों के समान ही दर्जा दिया जाए। पुर्नवास की रणनीतियां बहुआयामी होती हैं इनमें प्रमुख तत्वों के समूह होते हैं जो कि मिलेजुले तौर पर तनाव तथा सबेदनशीलता से बचाते हुई मनोरोगियों के पुर्नवास में सहायक होते हैं। यह प्रमुख तीन तत्व है।.....

1. फारमेको थेरेपी

2. कौशल विकास

3. सहयोगात्मक सामाजिक सेवाएँ।

जिनमें आवास, रोजगार, आर्थिक सहायता तथा अन्य तत्व शामिल होते हैं। यह समस्याग्रस्त व्यक्ति को उसके अपने समाज में स्थापनाएँ प्रदान करते हैं। इन तीनों तत्वों में सामाजिक पुर्नवास अथवा समुदाय आधारित पुर्नवास का बड़ा महत्व होता है। भारतीय समाज मानसिक समस्याओं के प्रति कई प्रकार की भ्रांतियों व गलत विश्वासों से युक्त है हमारे समाज में मानसिक समस्याओं को पूर्वजन्म का अभिशाप अथवा भूतप्रेतों का चक्कर इत्यादि माना जाता है। मानसिक समस्याओं पर वैज्ञानिक समझ की कमी के कारण समस्या ग्रस्त लोगों को अपने समुदाय में कई प्रकार की समस्याओं का सामना करना पड़ता है।¹

¹ Bhatia Ms A concised textbook on psychiatric nursing CBS publishers and distributors New delhi 1994

- अन्तरीणी विभाग
- बाह्य रोगी विभाग
- समुदाय आधारित कार्य।
- अन्तरीणी विभाग - अन्तरीणी विभाग में दवाओं के साथ-साथ मनोवैज्ञानिक, मनोचिकित्सा एवं जीवन कौशल शामिल होता है।
- बाह्य रोगी विभाग - बाह्य रोगी विभाग में दवाओं के साथ साथ मनोचिकित्सा करना, समस्याग्रस्त व्यक्ति की कार्यक्षमता का आकलन करना, उसके व्यक्तिगत, व्यवसायिक, सामाजिक तथा कौशलों का विकास करना एवं इसके साथ-साथ व्यक्ति को संज्ञानात्मक प्रशिक्षण प्रदान करना भी पुनर्वास प्रक्रिया का महत्वपूर्ण हिस्सा होता है।

परिवार आधारित हस्तक्षेप के द्वारा भी मानसिक समस्याग्रस्त व्यक्तियों के परिवारों को समस्याग्रस्त व्यक्ति की स्थिति को समझने योग्य बनाये जाने एवं उस व्यक्ति के प्रति सकारात्मक समझ बनाये रखने का प्रयास किये जाते हैं।

समुदाय आधारित पुनर्वास में डेकयर व आवासीय सुरक्षा जैसी व्यवस्थाओं के साथ-साथ समुदाय को स्वयं सहायता समूह, थैरेप्यूटिक ग्रुप एवं अन्य समूहों में मानसिक समस्याओं पर शिक्षित किया जाता है इसमें समुदाय में यह प्रमुखता के साथ मूल्यांकन करना है कि मानसिक समस्याग्रस्त व्यक्ति की जिम्मेदारी केवल उसके परिवार की ही नहीं बल्कि पूरे समुदाय की है। इसी आधार पर प्राटेन्टिड कर्मचारी तथा समुदाय आधारित पुनर्वास जैसे मॉडलों पर व्यापकता के साथ कार्य किया जाना लाजिम है।¹

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अन्तर्गत जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का उद्देश्य भी समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य पर जागरूकता पैदा करना है ताकि समस्याग्रस्त लोगों की देखरेख की जिम्मेदारी मिलजुल रूप में समुदाय स्वयं उठा सके।²

देखरेख की जिम्मेदारी मिलजुल रूप में समुदाय स्वयं उठा सके।³

समुदाय में विभिन्न मानसिक समस्याओं से ग्रस्त लोगों के समुदाय आधारित पुनर्वास हेतु राष्ट्रीय व राष्ट्रीय क्षेत्रों में कई सरकारी व गैरसरकारी संगठनों के द्वारा विभिन्न प्रयास किये जा रहे हैं। जिनमें मध्यप्रदेश के बड़वानी जिले में आशागाम ट्रस्ट का कार्य प्रमुख है। देश में समुदाय आधारित पुनर्वास का अर्न्त उदाहरण कर्नाटक के सकलबाठा में चल रहा गया जिसके मॉडल पर भारत सरकार ने जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को प्रारम्भ किया है इसी क्षेत्र में रायपुर रानी मॉडल को भी बड़ी प्रमुखता के साथ महत्व दिया जाता है। विभिन्न अध्ययनों में यह पाया गया है कि गंभीर मानसिक समस्याग्रस्त व्यक्तियों का समुदाय आधारित पुनर्वास उनके डिप्रिबिण्टीकरण में परिवर्तन लाता है यह एक सर्वस्वीकार्य तथा कियेगोष्ठित किया जाने योग्य प्रक्रिया है जिसके कि ज्यादातर गंभीर मानसिक समस्याओं से ग्रस्त लोगों के जीवन पर सकारात्मक प्रभाव देखे गये हैं। जिससे उन व्यक्तियों में विकलगाता की दर में कमी आई इस प्रक्रिया को वर्गीनिकल कार्यक्रमों को तथा सामाजिक नियंत्रकों के मिलजुल रूप में विकलगाता की कमी में सहायक देखा गया है यह जानने के लिये भारत के राष्ट्रीय क्षेत्रों के 256 लोगों पर

² Voyas J.N. Ahoja Neuroj-Textbook of post graduate psychiatric vol.2. second addition Jaypee publishers New Delhi 2000.
³ National Mental health programme website www.mohw/ NMHP.org.

जो कि गंभीर किस्म की मानसिक समस्याओं से ग्रस्त थे उनपर कोर्ट अध्ययन कर उपरोक्त निष्कर्ष प्राप्त किये गये थे।⁴

ऐसा ही प्रयोग हरियाणा के अम्बाला जिले के रायपुर रानी गांव में किया गया वह भी गरीब ग्रामीण इलाका है वहां की कुल आबादी 60,000 है वहां पर भी मानसिक स्वास्थ्य की समझ बनाने हेतु प्रशिक्षण कार्यक्रम चलाया गया जिसमें समुदाय के सामान्य लोगों को प्रशिक्षित किया गया। जिसके परिणाम स्वरूप यह पाया गया कि जहां मानसिक रोगियों में समुदाय आधारित पुर्नवास होता है वह लम्बे समय तक चलने वाला होता है और वह समुदाय सामान्य मानसिक रोगों को आसानी से समझने तथा मानसिक रोगियों की देखभाल सम्बन्ध जिम्मेदारी को बखूबी निभा पाता है इस कार्यक्रम की खासियत यह भी थी कि इसमें ग्रामीण समुदाय के नेताओं को भी समुदाय की जागरूकता व अन्य कार्यक्रमों में भी शामिल किया गया। जिसके परिणाम काफी अच्छे थे⁵

बड़वानी जिले में बौद्धिक विकलांगता की समस्या को लेकर सन 2009 में एक और अध्ययन हुआ इस अध्ययन में आदिवासी क्षेत्रों से 23 बच्चे लिये गये जिनमें बौद्धिक विकलांगता का स्तर माइल्ड से लेकर प्रोफाउन्ड तक था इन बच्चों पर खेल और एक्जोजर के प्रभावों को आंका गया इस समूह में बड़वानी जिले के 07 गांव लिये गये थे। पालकों तथा समुदाय पुर्नवास कार्यकर्ताओं के मिलेजुले प्रयासों से एक वर्ष तक इनके साथ कार्य किया गया और पाया कि बच्चें खेलना सीखते हैं तथा घरेलू कार्यों में प्रोफेशनल थेरेपिस्ट की सहायता से मदद करना सीखते हैं इन बच्चों को उनके घर में ही विभिन्न खेलों से जोड़ा गया जिससे कि आगे जाकर बच्चों के विकास के क्षेत्र में सकारात्मक बदलाव नजर आये⁶

lakhan. R, effect of play and exposure on development of children with intellectual disabilities through community based rehabilitation, IJPMR, 2009.

⁴ Chatarjee S et al. outcomes of people with psychiatric disorders, 2009.

⁵ N.N. WIG a model for rural psycratic services Raipur, Rani experience, 1981

Community Mental Health Program: A voice for voiceless population

-Dr. Shabana Khan*

Mental Health is an important component of the concept of health. This is reflected by the definition of health in the WHO Constitution as "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".^[1] Research conducted in recent years has brought to our attention that mental health inherently affects physical health and physical health affects mental health. The two are inseparable in terms of achieving a more complete state of wellness. The World Health Organization defines mental health as "a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community."^[2] In other words, mental health is the balance between all aspects of life- social, physical, spiritual and emotional. It impacts on how we manage our surroundings and make choices in our lives. It is an integral part of our overall health. Mental health is paramount to personal well-being, family relationships, and successful contributions to society. It is related to the development of societies and countries. Mental ill-health and poverty interact in a negative cycle: mental ill-health impedes people's ability to learn and to engage productively in their economies, and poverty in turn increases the risk for developing mental disorders, and reduces people's ability to gain access to health services.

It is estimated that at any given time about 10% of the population suffers from various mental and behavioural disorders. Out of these, approximately 10% suffer from severe mental disorders. And 10% of those suffering from severe mental disorders require long-term treatment. Severe mental disorders that include schizophrenia, bipolar disorder, organic psychosis and major depression affect nearly 20 per 1000 population.^[3] This is a population that needs continuous treatment and regular follow-up attention. Close to ten million severely mentally ill are in our country without adequate treatment by this estimate. More than half remain without treatment. Lack of knowledge on the treatment availability & potential benefits of seeking treatment are important causes for the above. Out of those requiring long-term treatment, approximately 10% require hospitalization. From these estimate about 10 crore population suffers from some mental ailment at any given time. Together these disorders account for 12% of the global burden of disease (GBD) and an analysis of trends indicates this will increase to 15% by 2020 (World Health Report, 2001). One in four families is likely to have at least one member with a behavioural or mental disorder (WHO 2001).^[4] These families not only provide physical and emotional support, but also bear the negative impact of stigma and discrimination. Most of them (>90%) remain un-treated. Poor awareness about symptoms of mental illness, myths & stigma related to it, lack of knowledge on the treatment availability & potential benefits of seeking treatment are important causes for the high treatment gap.

Mental or psychiatric illness is a main public health concern. It is considered that without mental health, there is no health. Mental illnesses adversely affect the day-to-day functioning, economic productivity, healthy relationships and families, physical health and the overall quality of life. They ignore racial, ethnic and socio-economic lines and affect a significant proportion of communities world-wide. Both genetic inheritance and environmental factors influence one's vulnerability to mental illness. Mental health disorders are determined by multiple social, cultural, economical, psychological and biological factors. The clear evidence is associated with the indicators of poverty including low levels of education, housing and income.^[5] The mentally ill are the most vulnerable members of our society and are most prone

to abuse, neglect and despair. Due to the very nature of illness, this in severe cases takes away the insight; these citizens form a voiceless population. A large number of people with mental problems do not seek help due to ignorance, stigma and lack of availability of services. However, most of these ailments could be treated at an outpatient basis and only a very small proportion requires hospitalization. This has led to acceptance of community-based treatment of mental disorders worldwide.☐

The approach of present health system is not holistic, it is monistic. So in our country faces an acute shortage of mental health professionals. With a large population in our country on one hand and very few psychiatrists being available on the other hand, less than one psychiatrist is available for every 3 lac population.☐ The psychiatrist population ratio in rural areas that account for 70% of country's population, could well be under one for every million. To address this huge burden, National Mental Health Programme (NMHP) was started in 1982 to provide comprehensive community mental health services fully integrated with general health care services and to change from custodial to therapeutic community care and community based rehabilitation (CBR).☐

Communitization of Mental Health Services:

Traditionally "Mental Health" is considered to be of relevance to the affluent societies. It is not surprising to note that there is very little recognition of the mental health needs of the population in the general health programmes of our country. The reasons behind this relative neglect are important to understand for the reorientation of the programmes and policies. The factors contributing to the relative neglect can be summarized as follows-

01. **Firstly**, until about a decade there was very little reliable epidemiological data relating to the distribution and prevalence of the mental disorders in India and other developing countries.
02. **Secondly**, in the past major efforts in planning the services were directed towards establishing mental hospitals and psychiatric clinics. These mental hospitals were more custodial than therapeutic.
03. **Thirdly**, there has been severe shortage of trained professionals and most of those available are working in metros.
04. **Fourthly**, the general public often views mental disorders from religious, superstitious and magical stand points. This has limited the effective utilization of the available modern psychiatric facilities.
05. **Fifthly**, there were no meaningful models for the provision of services suited to the rural community, utilizing alternative approaches other than through trained psychiatrists. The research efforts of professionals have only recently been directed to this area. Lastly the production and supply of psychotropic drugs have been limited in the developing countries and there are very few welfare agencies to undertake rehabilitative work.☐

The concept of Community Mental Health was borne in 1963. It is considered as the *Fourth Psychiatric Revolution*. In 1975, the World Health Organization strongly recommended the delivery of mental health services through primary health care system as a policy for the developing countries. In India, attempts to develop models of psychiatric services in the PHC (Primary Health Center) setting were made nearly simultaneously at PGI, Chandigarh in 1975 (Raipur Rani block of Ambala district, Haryana) and NIMHANS, Bangalore in 1976 (Sakalwara, in Karnataka).^[10] The basic model of community mental health was defined by Gerald Caplan in 1967. The predominant characteristics of community mental health are:

1. Responsibility to a population for mental health care delivery.
2. Treatment close to the patient in community based centers.
3. Provision of comprehensive services.
4. Multi-disciplinary team approach.
5. Providing continuity of care.
6. Emphasis on prevention as well as treatment.
7. Avoidance of unnecessary hospitalization.

It should be remembered that when we talk of the community mental health movement in India, it is in the context of modern psychiatric practices developed within the ambit of allopathic medicine. However, the abundant community based resources of the traditional mould, which still continue to flourish and which have been regarded as ineffective or indeed harmful without sufficient exploration and systematic examination, are being ignored.^[11]

The inspiration for the community health movement in India comes from three sources. The first source is the realization in Western countries that the treatment of mentally ill patients in mental hospitals might, in fact, be counterproductive. In the 1960s, American Psychiatrists discussed the Social Breakdown Syndrome, which resulted from long term hospitalization. This prompted the Kennedy administration to launch the American version of the community mental health programme. The second source is the realization that institution-based psychiatry through trained professionals can, in fact, be very expensive and the countries like India will not have the sufficient person power and facilities to deliver services through conventional methods, for many years. The third source was the happy discovery in other poor countries, that Para-professionals and non-professionals could, after undergoing simple and short innovative training, deliver reasonably adequate mental health care. All these three factors influenced the development of community-based mental health programmes in India.^[12]

In the context of exciting experiments in USA and other western countries, which consisted of closing the mental hospitals and transferring the responsibility of the care to general hospitals, community centers and keeping the patients right in the community, the situation in India remained almost Status quo, barring a few developments. The number of mental hospitals increased from 17 to 45, as new ones were established during five year plans. The last mental hospital was built in 1966 at Shahdara, Delhi. The number of total bed strength rose to 20,674.^[13] But, the conditions in all the mental hospitals, except a few, remained unsatisfactory because of paucity of funds, lack of trained mental health professionals, lack of training to the existing large number of basic staff, poor administration and lack of political will.

Though the first General Hospital Psychiatric Unit (GHPU) was started at Bombay and Calcutta way back in 1933, more and more such units and departments started working in 1960s and 1970s. Mudaliar Committee, in 1962, envisaged that within the next 10 years, psychiatric units would be setup in all the districts of the country. Even in 1998, except Kerala, Karnataka and Tamilnadu, majority of the districts in the country do not have such units. In 1954 NIMHANS (Previously it was All India Institute of Mental Health) was established. In 1957, Dr. Vidya Sagar, the then Superintendent of Amritsar Mental Hospital, involved the family members of the mentally ill in the management, by allowing them to stay with their patients in open tents pitched in the hospital campus. Based on this, the family wards were established in Bangalore Mental Hospital and CMC, Vellore. The decade of 1970 saw the third approach, the primary care approach, in the area of mental health. WHO brought out a technical report in 1974 and paved the way for community mental health program. Efforts were made to operationalize the primary care approach in the country. The noted ones are feasibility studies conducted in and around of Sakalwada village near Bangalore* and Raipur Rani Block of Ambala District of Haryana State.¹⁴

*NIMHANS, Bangalore and other institutions have developed other alternative to institutional care like-*¹⁵

01. Extensive use of out door services.
02. Extension programmes by "Satellite Clinics"
03. Domiciliary care program
04. Organizing care through private general practitioners
05. Training school teachers in mental health care and promotion of mental health through schools
06. Involvement of ICDS personnel in child mental health care
07. Trainings for lay volunteers
08. Training programmes for village leaders
09. Students volunteers
10. Student enrichment programmes
11. Involvement of NGOs.

National Mental Health Programme (NMHP)-

As we discussed before that the mental health is an integral part of health and its realization is depends upon the awareness of health service providers as well as community. With this aim in mind, an expert group was formed in 1980. The final draft was submitted to the Central Council of Health and Family Welfare on 18-20 August 1982, which recommended its implementation. The NMHP appeared almost simultaneously with the National Health Policy (1993). The objectives of National Mental Health Programme are:¹⁶

01. To ensure availability and accessibility of minimum mental health care for all in the foreseeable future, particularly to the vulnerable and underprivileged sections of population.
02. To encourage application of mental health knowledge in general health care and in social development.

03. To promote community participation in the mental health service development and to stimulate efforts towards self-help in the community.

Three **aims** are specified in the NMHP in planning mental health services for the country:

01. Prevention and treatment of mental and neurological disorders and their associated disabilities.
02. Use of mental health technology to improve general health services.
03. Application of mental health principles in total national development to improve quality of life.

Two **strategies** complimentary to each other were planned for immediate action:

1. **Centre to periphery strategy:** Establishment and strengthening of psychiatric units in all district hospitals, with outpatient clinics and mobile teams reaching the population for mental health services.
2. **Periphery to center strategy:** Treating of an increasing number of different categories of health personnel in basic mental health skills, with primary emphasis towards the poor and the under privileged, directly benefiting about 200 million people.

The mental health care service was envisaged to include three components or sub-programmes: Treatment; Rehabilitation and prevention.^[17]

1. **Treatment Subprogram:**

Multiple levels were planned-

- A. Village and sub-centre level: Multi-purpose workers (MPW) and health supervisor (HS), under the supervisor of medical officer (MO), to be trained for:
 - i. Management of psychiatric emergencies.
 - ii. Administration and supervision of maintenance treatment for chronic psychiatric disorders.
 - iii. Diagnosis and management of epilepsy, especially in children.
 - iv. Liaison with local school teacher and parents regarding mental retardation and behavioural problems in children.
 - v. Counselling in problems related to alcohol and drug abuse.
- B. Primary Health Center (PHC): MO aided by HS, to be trained for:
 - i. Supervision of MPW's performance.
 - ii. Elementary diagnosis.

- iii. Treatment of functional psychosis.
- iv. Treatment of uncomplicated cases of psychiatric disorders associated physical diseases.
- v. Management of uncomplicated psychosocial problems.
- vi. Epidemiological surveillance of mental morbidity.

C. District Hospital: It was recognized that there should be at least 1 psychiatrist attached to every district hospital as an integral part of the district health services. The district hospital should have 30-50 psychiatric beds. The psychiatrist in a district hospital was envisaged to devote only a part of his time in clinical care and greater part in training and supervision of non-specialist health workers.

D. Mental hospitals and teaching psychiatric units: The major activities of these higher centers of psychiatric care includes:

- i. Help in care of "difficult" cases.
- ii. Teaching
- iii. Specialized facilities like occupational therapy units, psychotherapy, counseling and behavior therapy.

2. Rehabilitation subprogram:

The components of this subprogram include maintenance treatment of epileptics and psychotics at the community levels and development of rehabilitation centers at both the district level and the higher referral centers.

3. Prevention Subgroup:

The prevention component is to be community based, with the initial focus on prevention and control of alcohol-related problems. Later, problems like addictions, juvenile delinquency and acute adjustment problems like suicidal attempts are to be addressed.

The approaches designed to achieve the objectives of the NMHP include:

- i. Integration of basic mental health care in to general health services.
- ii. Mental Health training of general medical doctors and paramedical health workers.

Goals of NMHP (1982)-18

- *Within one year, each state will have adopted the present plan of action in the field of mental health.*
- *Within one year, the Government of India will have appointed a focal point within the Ministry of Health, specifically for mental health action.*
- *Within one year, a National Coordinating Group will be formed comprising representatives of all states, senior health administrators and professionals from psychiatry, education, social welfare and other related professionals.*
- *Within one year, a task force will have worked out the outlines of a curriculum of mental health workers identified in the different states as the most suitable to apply basic mental health skills, and for medical officers working at primary health centers (PHCs) level.*
- *Within five years, at least 5,000 of the target non-medical professionals will have undergone a two-week training programme in mental health.*
- *Within five years, at least 20% of all physicians working in PHC will have undergone a two-week training programme in mental health.*
- *The creation of the post of a psychiatrist in at least 50% of the district within five years.*
- *A psychiatrist at the district level will visit all PHC setting regularly and at least once every month, for supervision of the mental health programme for continuing education. This programme will be fully operational in at least one district in every state and UT, and in at least half of all districts in some states within five years.*
- *Each state will appoint a programme officer responsible for the organization and supervision of the mental health programme within five years.*
- *Each state will provide additional support for incorporating community mental health components in the curricula of teaching institutions (within five years).*
- *On the recommendation of a task force, appropriate psychotropic drugs to be used at the PHC level will be included in the list of essential drugs in India.*
- *Psychiatric units with in-patient beds will be provided at all medical college hospitals in the country within five years.*

Barriers to the Reach NMHP Goals:19

- Poor funding
- Limited undergraduate training in psychiatry
- Inadequate mental health human resources
- Limited number of models and their evaluation
- Uneven distribution of resources across states.
- Non-implementation of the MHA-1987
- Privatization of health care in the 1990s.

Major Developments during the past two decades-20

- Increased range of treatments
- Greater recognition of the role of families
- Community mental health care
- Wide variety of care models
- Increased human resources, especially psychiatrists

- Person with disability act-1995
- Judicial activism
- Recognition of stigma and discrimination
- Worldwide focus on mental health on the occasion of the World Health Day, October 2001, with the WHO World Health Report 2001 being devoted to mental health.

Plan of action for mental Health care:²¹

1. Organizing services
2. Community mental health care facilities
3. Support to families
4. Human resource development
5. Public mental health education
6. Private sector mental health care
7. Support to voluntary organizations
8. Promotion and preventive interventions
9. Administrative support.

Priorities for the future:²²

1. Family as the focus of care
2. Public mental health literacy
3. Intersectoral Collaboration
4. Role of voluntary organization
5. Integration with general health care services
6. Human resource development
7. Enhancing funding for mental healthcare
8. Emphasis on prevention and promotion
9. Better administration.

Present components of NMHP:²³

Under the NMHP, following programmatic components are included.

- a. Develop the mental hospitals and department of psychiatry of medical colleges as a Centre of Excellence in mental health
- b. Increase the process of developing human resources in mental health like increase the number of seats in psychiatry, clinical psychology, psychiatric social work and psychiatric nursing. For achieving this, enhance the process of starting new courses in the mental health related areas and open the new department in medical colleges and mental hospitals also scheduled.
- c. Up-gradation of General Hospital Psychiatry Units (GHPU) in medical colleges/general hospitals.
- d. Modernization of state run mental hospitals
- e. Running District Mental Health Programmes (DMHP) in various districts of all states.

- f. Promotion of Information; Education; Communication (IEC) activities in the areas of mental health.
- g. Conducting researches in the different areas of behavioral science.

India was one of the first developing countries to develop and implement a national mental health programme. This year NMHP will complete 29 years. The programme is at a crucial stage of expansion to cover a large population of the country. "The 11th Five Year Plan will recognize the importance of mental health care and will concentrate on providing counselling, medical services, and establishing help lines for all, especially people affected by calamities, riots and violence". There are three aspects relevant to the 11th Five Year Plan that call for attention, (i) what is currently known about mental health/disorders and mental health interventions; (ii) what are the salient aspects of the first 25 yr of the NMHP; and (iii) what should be the focus of the 11th Five Year Plan. For effective reach and impact of mental illness programme, the NMHP was revamped and converted from a single-pronged to a multi-pronged programme in the Xth Five-Year Plan. The main strategies were expansion of District Mental Health Programme to 100 districts all over the country, modernization of mental hospitals, up-gradation of psychiatry wings of Government medical colleges/general hospitals, IEC improving the service delivery. Currently, the district mental health programme is under implementation in 123 districts throughout the country with inter-sectoral co-ordination and community participation approach. The National Mental Health Programme was implemented to provide services to rural as well as to urban population but 80 per cent of the people in rural areas cannot access its services. Grants have also been released for up-gradation of psychiatric wings of 84 Government medical colleges/general hospitals and modernization of 29 mental hospitals.^[24] The 10th plan could not meet the objectives of NMHP which necessitated adoption of revised national mental health programme in 11th Plan. During the 11th Five Year Plan, it has been proposed to decentralize the programme and synchronize with National Rural Health Mission for optimizing the results.^[25]

The XIth Five-Year Plan has allocated Rs. 1000 crore for the National Mental Health Programme. 11 institutions are designated as centers of excellence at the tertiary level. To initiate M. Phil. In Psychiatric Social Work and Psychiatric Nursing, 40 medical colleges will be funded every year for better mental health services in the country.

Mass media campaign through FM Radio and print and electronic media is on. A sum of Rs. 70 crore has been provided in 2008-'09 for the implementation of the NMHP. During the XIth Five-Year Plan (2007-2012), it has been proposed to decentralize the programme and synchronize it with the National Rural Health Mission for optimizing the results.^[26]

A national review of the NMHP was done in 2006-'07 which found that many states lacked psychiatrists, psychiatric social workers and clinical psychologists neither the states took any initiative to strengthen the programme. Besides, it reported that lack of coordination between the Department of Medical Education and Health Department at the state level leads to delays in the implementation of DMHP, and NGOs and civil society were not involved in DMHP. Under the XIth Five-Year Plan, collaboration with the Ministry of Social Justice and Empowerment is proposed to run rehabilitation services for the severely mentally ill and homeless mentally ill. It is also proposed to release funds for the programme through the State Health Societies to overcome the difficulty in flow of fund from the central Government to the districts.^[27]

NMHP & Madhya Pradesh:

According to a National Survey on status of mental health resources which was done in 2002 by Director General, Health Services (Ministry of Health & Family Welfare, Government of India) the situation of resources for mental health is very poor in the state of M.P. In this state 2 mental hospitals (In Gwalior & Indore) and 5 GHPU's is existed in all the Government Medical Colleges. Despite all of this M.P. is the only state in our country where Post Graduate course in Psychiatry is not running in any Government Medical Col'eges.

Government of India was provided the one time grant (Rupees 50 Lakhs for each Medical Colleges) for up-gradation of department of psychiatry to Indore and Jabalpur medical colleges and for Bhopal, Gwalior & Rewa medical colleges such grant is still awaited. Along with this the huge grant for modernization of mental health services also provided to Indore Mental Hospital & Gwalior Mansik Arogyashala.^[28]

District Mental Health Programmes (DMHP) also scheduled for 5 districts of M.P. but at present only one DMHP (In Sehore District) is running in proper manner and Shivpuri, Mandala & Dewas was stopped because of improper administration and other reasons and DMHP for Satna was never started. The over all budget for each DMHP is 1 Crore 15 Lakhs which is provides by Central Government but state of M.P. is unable to utilize such budget in proper manner. The main reason behind this situation is in active State Mental Health Authority and lack of political as well as administrative will.^[29]

Mental Health in M.P. State Health Policy (Draft):^[30]

IMPROVING MENTAL HEALTH OF STATE CITIZENS

Madhya Pradesh is characterized by low incomes, high prevalence of communicable diseases and life expectancy and a weak public health system. Mental health issues are often last on the list of priorities mortality is mostly the result of infectious diseases and malnutrition. Morbidity and mortality from mental ery little attention from the Government though anecdotal experience seems to suggest that mental illness ite is not low. The area of mental health is an important area which has been studied little and appropriate te mental health have been even less in the state. The policy aims to address issues related to mental health, reduce the prevalence of mental illness, and to provide the best cost effective care and support to patients with mental illness in the state.

STRATEGIES

Setting up an apex institute of Mental Health in the State to provide direction for an overall mental in the state in terms of policy towards mental health, services and research. This institute can be located in the crutilized State Institute of Health Management & Communication, Gwalior and associated with the Mental Hospital in Gwalior.

The following aspects of the NMHP require attention:³¹

“The overall effort should be to create structures that will meet the long term mental health programme development in the country, as against the focus on only rapid expansion of the current models of care. There is a need to recognize that no amount of progress in private psychiatry in India will take us to the goal of providing essential mental health care for the majority”.

- **Firstly**, there is a need for greater emphasis on development of mental health technology of community mental health care, in addition to the current emphasis on ideology.
- **Secondly**, there is a need for a national level initiative for human resource development for mental health care. This should include improving the psychiatric training in the undergraduate medical education, increasing the training for non-medical mental health professionals, utilizing to a larger extent and bringing clear guidelines for the different paraprofessionals like counselors, volunteers, family level carers, *etc.*, to be part of the mental health care programmes.
- **Thirdly**, there is a need for consolidating the different models of care by systematic evaluation, specifically the DMHP, the school-based interventions, the suicide prevention programme, substance abuse programmes, family support initiatives, rehabilitation needs of the chronic patients to enable the viable programmes to be implemented to cover a large population. A big challenge in India is that 70 per cent of health care contacts occur with the private sector. In an environment where the private sector is largely unregulated, there is a need to engage these stakeholders within the context of a national mental health programme.
- **Fourthly**, there is a need for integrating the mental health components in national level programmes like the ICDS, education system, and use of traditional systems like yoga, meditation, so that the mental health promotive activities become part of the programme.
- **Fifthly**, the areas not included in the earlier plan periods like support for families of the mentally ill persons, prevention of suicide, life skills education, disaster mental health care, care of the elderly, should be taken up to develop models during the 11th Plan, so that suitable expansion in the next Plan period can occur.
- **Sixthly**, there is a greater need to use the mass media and information technology to spread the mental health information to the total population. This effort of mass mental health literacy should be a continuous process and to be included in both the public and private sector initiatives.
- **Seventhly**, similar to the recent focus of HIV/AIDS programme targeting the migrant labor as a high risk group for interventions, there is a need for greater attention to the mental health impact of rapid social change, urbanization and changes in the family life and to develop corrective interventions to address these effects.

The way forward-32

The repeated failure of such programmes begs the question: "Why do national and international leaders and agencies regularly repackage and reintroduce failed programmes?" The answers seem to suggest that they mistake activity for accomplishment and advocacy for technical leadership and solutions.

The goal of mental health for all, a socialistic ideal struggling in today's capitalistic world, demands a reappraisal of past programmes. Medical education needs to be skill-based to produce competent practitioners. The strengthening of the general health infrastructure, to improve primary health care delivery, is mandatory for the effective integration of mental health into primary care practice. Leadership from politicians, administrators, health and mental health professionals is crucial. The changed reality in India demands new technical inputs, including the use of the private sector. Educating the population about mental illness using the mass media will erase stigma and increase the demand for services.

The availability of effective and affordable treatments and improved national finances have not closed the gap between mental health need and services. A "HIV/AIDS model" of activism, where users, families, interest groups, health professionals and scientists come together with the single aim of service provision, is required for transformation. Slick documents, scintillating launches, stirring speeches and shallow programmes, which repackage failed strategies, are no substitute for hard technical inputs for translating research evidence into primary care practice.

Knowing is not enough; we must apply

Willing is not enough; we must do

—GOETHE

References-

01. Park K.(2000) Text Book of Preventive & Social Medicine, 6th Edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, Jabalpur (M.P.)
02. World Health Organization.(2001) World Health Report 2001Mental Health; New Understanding, New Hope. Geneva.
03. National Institute of Health and Family Welfare.(2010)The Transcendence, Quarterly Newsletter, Mental Health Programme in India: Needs A Revamp, Vol. XII, No. 1, January-March.
04. World Health Organization.(2008) Mental Health Gap Action Programme. Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.
05. PIB Press release.(2007) Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India. Consultative Committees Of The Ministry Of Health And Family Welfare Discusses On The Subject National Mental Health Programme. Thursday, May 10.
06. Agarwal S.P. (2004) Mental Health - An Indian Perspective 1946-2003. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
07. Website of Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India. National Mental Health Programme (NMHP) <http://mohfw.nic.in>.

08. Website of Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India. Implementation of NMHP during 11th Five Year Plan. Letter No. V-150116/2007-PH (Pt2), Dated 24th April 2009.
09. Ahuja Niraj,(2005) A Short Text Book of Psychiatry. Fifth Edition. Jaypee Brothers. 241-42.
10. Wig N.N., R. Srinivasa Murthy & T. W. Harding (1981) A Model for Rural Psychiatric Services – Raipur Rani Experience, Indian Journal of Psychiatry. 23(4), 275-290.
11. Vyas J.N. & Ahuja Neeraj(2000), Text book of Post Graduate Psychiatry- Volume-2 Second Edition, Jaypee Brothers, New Delhi.
12. Ibid.
13. Ibid.
14. Wig N.N., Murthy R. Srinivasa & Harding T. W. A.(1981) Model for Rural Psychiatric Services – Raipur Rani Experience, Indian Journal of Psychiatry, 23(4), 275-290.
15. Anon. Innovations in Neuropsychiatric services. NIMHANS J 1983;1:1-14
16. Ahuja Niraj,(2005) A Short Text Book of Psychiatry. Fifth Edition. Jaypee Brothers. 241-42.
17. Ibid.
18. Agarwal S.P.(2004) Mental Health - An Indian Perspective, 1946-2003. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi 2004.
19. Ibid.
20. Ibid.
21. Ibid.
22. Ibid.
23. Website of Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India. National Mental Health Programme (NMHP) <http://mohfw.nic.in>.
24. Murthy R. Srinivas, (2007) Mental Health Programme in the 11th five year plan, Indian Journal of Medical Research 125, June 2007, PP 707-712.
25. Ibid.
26. National Institute of Health and Family Welfare, (2010)The Transcendence, Quarterly Newsletter, Mental Health Programme in India: Needs A Revamp, Vol. XII, No. 1, January-March, 2010.
27. Pathak Kangkan, (2010) Future of District Mental Health Programme, Eastern Journal Of Psychiatry, Vol. 13, Number 1&2, Feb-Aug-2010.
28. Sharma Rahul,(2007) Status & Challenges of Mental Health Services in Madhya Pradesh, Peoples Rural Health Watch Report (Year 2006-07), M. P. Jan Swasthya Abhiyan.
29. Agarwal S.P. (2004) Mental Health - An Indian Perspective 1946-2003. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi 2004.
30. Website of Government of M.P. <http://www.health.mp.gov.in/>
31. Murthy R. Srinivas, (2007) Mental Health Programme in the 11th five year plan, Indian Journal of Medical Research 125, June 2007, PP 707-712.
32. Jacob K. S.(2010) Repackaging Mental Health Programmes. "The Hindu"- New Delhi, 4th Novembe.

**Dr. Shabana Khan, Clinical Psychologist & Community Health Fellow in Center for Public Health & Equity (CPHE)E, Bhopal.*

STATUS OF MENTAL HEALTH SERVICES

01. NAME AND LOCATION OF HOSPITAL-

02. NAME OF INTERVIEWER -

03. STAFFING-

04. AVAILABILITY OF SERVICE-

O. P. D. / I. P. D.

PSYCHIATRISTS

PSYCHOLOGISTS

PSYCHIATRIC SOCIAL WORKER

PSYCHO-DIAGNOSIS

COUNSELING

PSYCHOTHERAPY

ANY OTHER

BEDS

05. HOW MANY ~~BADS~~ IN HOSPITAL FOR MENTALLY ILLS-

06. NUMBER OF O. P. D. PATIENTS PER DAY -

07. I.P.D. PATIENTS NUMBER PER DAY.-

08. COMM^DAN MENTAL PROBLEMS SEEN IN O.P.D./I.P.D PATIENTS -

09. REFERRAL RECEIVED FROM -

10. HOW MANY PATIENTS ARE COMING FROM FAITH HEALING
~~RELATIONS~~ PLACES

11. NUMBER OF PATIENTS BROUGHT BY POLICE FOR TREATMENT-

12. WAY OF TREATMENT: HOSPITAL / COMMUNITY ORIENTED

CHANNELS

13. CHANNELS OF REFERRAL

14. REHABILITATION-

FAMILY SUPPORT

SOCIAL SUPPORT

JOB POSIBILITIES

15. FOLLOW-UP IN HOSPITAL/ COMMUNITY

16. FOLLOW-UP OF OTHER TYPE OF ↔ TREATMENT

17. IEC WORK -

18. OUTREACH ACTIVITY (IF ANY)-

19. RUNNING ANY COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAMME-

20. ANY OTHER-

स्पताल

आयुक्तकारदाता का नाम

हर दिन ओपीडी में आने वाले रोगियों की संख्या

हर दिन भर्ती होने वाले मरीजों की संख्या

कौन कौन सी जगह से मरीज यहाँ आते हैं

गांधी ओझाओं के पास से कितने मरीज आते हैं

पुलिस के द्वारा कितने मरीज आते हैं

भर्ती होने के आंकड़े

आई में कितने पलंग हैं

दैनिक कितने मरीज भर्ती होने के लिए आते हैं

उपचार संबंधी

सलाहों संबंधी

एडुकेटिव

कॉन्सलिंग

कालीअप

उपचार का तरीका

स्पताल आधारित

समुदाय आधारित

रिफरल की कड़ियाँ कहाँ कहाँ से हैं

सुनिवास

परिवारिक मदद

सामुदायिक मदद

सामकाज संबन्धी

प्रत्यक्ष बीमारियों सम्बन्धि इलाज का फालोअप

आइ ई सी संबन्धि

जागरुकता संबन्धि

स्वाफ् संबन्धि जानकारी

Received from Shabana on 13th July 2019
Shabana

Mental Health in Pregnancy and Reproduction

Reproductive events and processes के बहुत गहरे, psychological effect होते हैं. इनमें से कई Psychopathological State के लिए जिम्मेदार होते हैं. Menarche, Menstrual Cycling, Pregnancy, Postpartum तथा Menopause जैसी Psysiological Processes के दौरान Women की Interpersonal life भी प्रभावित होती है, यही प्रक्रियाएं पूरी Adolescence young Adulthood, Middle life तथा late life में महिलाओं की Psychological functioning को प्रभावित रखती हैं.

Psychiatry and Reproductive Medicine के अंतर्गत उन तमाम प्रक्रियाओं को समझने का प्रयास जारी है जिनमें कि Female Psyche and Soma उसकी Gynaecological & Psychological functioning को निर्धारित करते हैं.

Psychology of Pregnancy : Pregnancy Women में कई प्रकार के Psychological changes होते हैं.

Pregnancy के प्रति महिला का जो Attitude है वह उसके Reproduction की समझ व विश्वासों से तय होता है. इसमें यह भी महत्वपूर्ण है कि Pregnancy planned है या unplanned या under pressure, pregnancy का यह भी प्रभावित करता है कि दंपति के आपसी सम्बन्ध किस तरह के हैं. गर्भावस्था की उम्र और महिला में sense of Identity भी उसकी गर्भावस्था के प्रति Attitude को तय करते हैं.

कई महिलाएं गर्भावस्था को self Realization भी मानती हैं. वे गर्भावस्था को Creative Act जो कि fundamental need को satisfy करता है के रूप में भी लेती हैं. कई महिलाएं गर्भावस्था को Faminity के प्रति self doubts का diminish होना समझती हैं. वे स्वयं को परिपूर्ण इंसान समझने हेतु भी गर्भधारण करना चाहती हैं. लेकिन कई महिलाएं गर्भावस्था को Negative भी लेती हैं. शायद वे Child Birth से डरती हैं या स्वयं को मातृत्व हेतु अयोग्य व अपूर्ण समझती हैं.

Pregnancy के प्रति नजरिया female के अपने previous environment, mother के प्रति अपने relation से भी निर्धारित होता है. Foetus के प्रति mother का psychological Attachment Uterus से ही शुरू हो जाता है.

'Psychiatric Aspects of Pregnancy'

1. Post partum Depression : कई महिलाएं post partum period में affective level पर problems feel करती हैं यह अवस्था delivery के बाद 4-6 हफ्ते तक मिल सकती है. इस तरह की परेशानी को 'Baby Blues' कहा जाता है. इसमें mood disturbances, sadness, dysphoria, subjective confusion and tearfulness जैसे लक्षण देखे जाते हैं. इस तरह की अवस्था कई दिनों तक रह सकती है क्योंकि इस period के दौरान Rapid Hormonal changes भी होते हैं.

इसमें किसी Professional Treatment की नहीं बल्कि education and counselling मां को दी जानी चाहिए. यदि यह लक्षण दो हफ्ते या इससे ज्यादा समय तक जारी रहे तो इसे Post Partum Depression के तौर पर Diagnose किया जाना चाहिए.

Post Partum Depression में Depressed Mood – Excessive Anxiety, Insomnia and changes in weight देखे जाते हैं. इन लक्षणों की शुरुवात delivery के बाद के 12 हफ्तों तक हो सकती है, बाद में इस तरह का Depression major form भी ले सकता है.

"Baby Blues" and post partum depression की हल्की और गहरी अवस्थाएं हो सकती हैं. हमारे देश में यह ढंग से नहीं आँका गया कि इनका incidence & Treatment की स्थिति क्या है.

"Baby Blues" 30-35 महिलाओं में होता है, जो स्वतः ही समाप्त हो जाता है. जबकि P.P.Dep. 20-40% महिलाओं को होता है, जिनको उपचार की आवश्यकता होती है.

2. Post Partum Psychosis : इसे Parpural Psychosis भी कहा जाता है. यह एक Syndrome है जिसमें mother को depression, delusion तथा स्वयं या बच्चे को नुकसान पहुंचने की तीव्र इच्छा देखी जाती है. यद्यपि यह suicidal intantisidal ideation कम ही देखे जाते हैं. Mood Disorder and post partum psychosis में close relation है हमारे देश में P.P.P. के incidence के स्पष्ट आंकड़े उपलब्ध नहीं हैं पर प्रति हजार (1000) 1-2 case इस समस्या के मिलते हैं.

ज्यादातर यह उन महिलाओं में देखा जाता है. जो first time pregnant होती है तथा इनकी family में mood disorder की history 50% तक पाई जाती है. P.P.P. के Symptoms delivery के तुरंत बाद ही या उसके कुछ दिनों बाद उभरने लगते हैं. यह delivery से लेकर 2-3 weeks या कभी कभी 2-8 हफ्तों तक उभर सकते हैं. इस दौरान महिला fatigue, insomnia and restlessness की शिकायत करती है, तथा उसे रोने के दौर पड़ते हैं व भावात्मक तौर पर महिला अनुपर्युक्त प्रतिक्रियाएँ देने लगती है.

बाद में वह suspicious, confused incoherent irritated हो सकती है तथा कुछ कुछ obsessive ideation भी देखे जा सकते हैं. उसे delusions होते हैं कि उसका बच्चा मर जायेगा या वह defective है वह इस बात से इनकार कर सकती है कि उसने इस इस बच्चे को जन्म दिया है. वह स्वयं को कुंवारा बताने लगती है और सोचती है कि लोग उसे परेशान कर रहे हैं. उसमें Auditory hallucinations मिलते हैं. जिसमें उसे खुद को या बच्चे को मार देने से सम्बंधित आवाज़ें आती हैं. P.P.P. में महिला अपने व बच्चे के लिए खतरा हो सकती है. यह उसके content of delusion and level of agitation पर निर्भर करती है. Good premorbid Adjustment & supportive family network एक प्रकार की psychiatric emergency है, इसमें Antipsychotic treatment and Lithium द्वारा Treatment किया जाता है. साथ ही Anti-depressive भी दी जाती है. यदि माँ breastfeeding करा रही हो तो यह दवाएँ माँ को नहीं दी जाती हैं. Mother – Child को close supervision में रखा जाता है. After the period of Acute Psychosis हम mother की psychotherapy भी कर सकते हैं. इसमें हम महिला की मदद करते हैं. जिससे कि वह अपने आप को माँ के रोल में Accept कर सके इसमें husband के साथ ही whole family के support की जरूरत है.