



## वर्तमान भारतीय परिदृश्य में बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं और चुनौतियों का अध्ययन

राजेश कुमार श्रीवास्तव<sup>1</sup>, अनुज कुमार पाण्डेय<sup>2</sup>

<sup>1</sup>शोधार्थी,

इंदिरा गांधी राष्ट्रीय जनजातीय विश्वविद्यालय अमरकंटक मध्य प्रदेश

<sup>2</sup>शोधार्थी,

इंदिरा गांधी राष्ट्रीय जनजातीय विश्वविद्यालय अमरकंटक मध्य प्रदेश

Corresponding Author: राजेश कुमार श्रीवास्तव

DOI - 10.5281/zenodo.15281685

### सारांश:

भारत में स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में उल्लेखनीय सुधारों को देखते हुए, दीर्घायु और जीवन प्रत्याशा लगभग दोगुनी हो गई है। नतीजतन, महत्वपूर्ण जनसांख्यिकीय परिवर्तन हो रहा है, और देश में वृद्ध वयस्कों की आबादी तेजी से बढ़ रही है। महामारी विज्ञान संबंधी सर्वेक्षणों से बड़े वयस्कों (60 वर्ष और उससे अधिक आयु के) में भारी मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता का पता चला है और भारत में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास की तत्काल आवश्यकता है। वृद्ध वयस्कों की वर्तमान आबादी का उपयोग रिपोर्ट किए गए महामारी विज्ञान के आंकड़ों के आधार पर मनोरोग रुग्णता की गणना करने के लिए किया गया था। जनसांख्यिकीय और सामाजिक परिवर्तन, स्वास्थ्य देखभाल योजना, उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं और रुग्णता डेटा की गंभीर रूप से जांच और विश्लेषण किया गया। सेवा अंतर की गणना देश के लिए उपलब्ध मानदंडों और औसत मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता के आधार पर की गई थी। हाल के एक महामारी विज्ञान अध्ययन के आंकड़ों ने वृद्ध वयस्कों में औसतन 20.5% मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता का संकेत दिया। तदनुसार, यह पाया गया कि वर्तमान में, भारत में 17.13 मिलियन वृद्ध वयस्क (कुल जनसंख्या, 83.58 मिलियन) मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं से पीड़ित हैं। मनोवैज्ञानिक रूप से बीमार वृद्ध वयस्कों द्वारा उत्पन्न चुनौतियों का सामना करने के लिए देश के लिए दो मानदंडों के आधार पर मानव संसाधन और बुनियादी ढांचे की आवश्यकताओं के बारे में एक अलग, लेकिन कई पहलुओं में समान, तस्वीर सामने आई। उपलब्ध साक्ष्य के आधार पर एक निरंतर टिप्पणी प्रदान की गई है और आवश्यकताओं को पूरा करने और अंतर को कम करने के लिए रणनीतिक विकल्पों की रूपरेखा तैयार की गई है। भारत में विषय और जरा चिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को विकसित करने की तत्काल आवश्यकता है।

**मुख्य शब्द:** बुजुर्ग लोग, महामारी विज्ञान, कार्मिक, भावनात्मक, आर्थिक, सामाजिक समर्थन

### प्रस्तावना:

बुजुर्गों के बीच मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दों को एक महत्वपूर्ण सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंता के रूप में तेजी से पहचाना जा रहा है, विशेष रूप से भारत में, जहां उम्र बढ़ने वाली आबादी तेजी से बढ़ रही

है। शोध इंगित करते हैं कि वृद्ध वयस्कों का एक बड़ा हिस्सा मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों का अनुभव करता है, फिर भी कई का निदान नहीं किया जाता है और उनका इलाज नहीं किया जाता है। बुजुर्ग लोगों की कई जरूरतों को समझना अधिक महत्वपूर्ण हो

गया है क्योंकि वैश्विक जनसंख्या वृद्धावस्था में तेजी आ रही है। एक संपूर्ण ग्रंथसूची विश्लेषण और एक व्यवस्थित साहित्य समीक्षा आयोजित करके, इस पेपर का उद्देश्य बुजुर्गों के कल्याण में महत्वपूर्ण शोध अंतराल को पाटना है, विशेष रूप से भारत में यह समीक्षा बुजुर्गों के कल्याण को प्रभावित करने वाले अन्य आवश्यक लेकिन अनदेखे पहलुओं की पहचान करती है: भावनात्मक समर्थन, सामाजिक संबंध, पारंपरिक आय स्रोतों से परे वित्तीय सुरक्षा, आध्यात्मिक कल्याण, और पेंशन और स्वास्थ्य बीमा। समुदाय आधारित सामाजिक कार्यक्रमों, वित्तीय साक्षरता पहलों और सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील आध्यात्मिक सहायता को बुजुर्गों की देखभाल के लिए ढांचे में एकीकृत करने के लिए, यह रिपोर्ट कई विधायी सुझाव देती है। ये कार्य बुजुर्ग आबादी के समग्र स्वास्थ्य, वित्तीय स्वतंत्रता और भावनात्मक लचीलापन को बढ़ावा देते हैं। इसके अलावा, यह अध्ययन इस बात पर जोर देता है कि यह कितना महत्वपूर्ण है कि भविष्य के अध्ययन वरिष्ठ आबादी के भीतर उप समूहों पर ध्यान केंद्रित करें, जैसे कि सामाजिक-आर्थिक स्तर, शैक्षिक पृष्ठभूमि और भौगोलिक स्थिति द्वारा भिन्नता अंत में, यह अध्ययन स्थायी और समावेशी नीतियों के निर्माण का समर्थन करता है जो उम्र बढ़ने वाली आबादी की स्वतंत्रता, स्वास्थ्य और जीवन की गुणवत्ता को बढ़ाती हैं।<sup>1</sup>

अध्ययनों के अनुसार, भारत के वरिष्ठ नागरिकों में अवसाद आम है। उदाहरण के लिए, दक्षिण दिल्ली में वृद्धाश्रमों में किए गए एक अध्ययन

से पता चला है कि 41.9% निवासियों को गंभीर अवसाद था और 73.3% निवासियों में अवसाद के लक्षण थे। अवसाद की उच्च दर एक महिला होने, आय का एक स्थिर स्रोत न होने और रिश्तेदारों से न मिलने सहित कारकों से जुड़ी हुई थी। ग्रामीण क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य विकारों की व्यापकता और भी अधिक है। लखनऊ में महामारी विज्ञान अध्ययनों ने बताया कि शहरी क्षेत्रों में 17.3% की तुलना में 23.6% ग्रामीण बुजुर्ग व्यक्ति सिंड्रोम मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं से पीड़ित हैं। भारत पारंपरिक रूप से कृषि अर्थव्यवस्था के साथ संयुक्त परिवार में रहता था जहां हर कोई जिम्मेदारियों, वित्तीय लाभ, सामाजिक दायित्वों आदि को साझा करता था। और बड़ों को परिवार के कनिष्ठ सदस्यों से पूरा सम्मान मिलता था। पिछले 50 वर्षों के दौरान, आर्थिक और तकनीकी परिवर्तनों में इस तरह से तेजी आई है कि समाज को तेजी से शहरीकरण, औद्योगीकरण और सूचना और संचार प्रौद्योगिकी के विकास के अनुरूप बदलने के लिए मजबूर होना पड़ा। आर्थिक लाभ की तलाश में पुरतैनी आवासों से दूरदराज के स्थानों पर आबादी की तेजी से आवाजाही के कारण संयुक्त परिवार की स्थापना में विघटन हुआ है। इसके अलावा, जनसंख्या नियंत्रण जैसे राष्ट्रीय कार्यक्रम परिवारों के आकार को और कम कर रहे हैं।<sup>2</sup> बच्चों की संख्या कम होती जा रही है, और वे शिक्षा और आजीविका के लिए दूर भी जाते हैं। नतीजतन, एकल परिवार तेजी से उभर रहे हैं जहां वृद्ध वयस्कों को पैतृक घरों में छोड़ दिया जा रहा है, जिनके पास बहुत कम या कोई व्यक्तिगत, कार्मिक, भावनात्मक,

आर्थिक, सामाजिक समर्थन और देखभाल नहीं है। भारतीय अध्ययनों ने बताया है कि पारंपरिक समर्थन प्रणाली में टूटने के कारण एकल परिवारों के व्यक्ति संयुक्त परिवारों की तुलना में मनोवैज्ञानिक समस्याओं के विकास के लिए अधिक संवेदनशील होते हैं। इसके अलावा, आधुनिकीकरण के नाम पर बदलते सामाजिक परिदृश्य से पारस्परिक संबंधों पर नकारात्मक प्रभाव पड़ रहा है। पारंपरिक संयुक्त भारतीय परिवारों के सदस्य अपने बड़े वयस्कों का कर्तव्यनिष्ठा से सम्मान और देखभाल करते रहे हैं। एकल परिवारों का आधुनिकीकरण और उद्भव धीरे-धीरे इन पारंपरिक जीवन शैली को इस हद तक नष्ट कर रहा है कि भारत सरकार को अपने बच्चों द्वारा वृद्ध वयस्कों की देखभाल और सुरक्षा के लिए एक अधिनियम-"माता-पिता और वरिष्ठ नागरिक का रखरखाव और कल्याण अधिनियम, 2007" को शामिल करना पड़ा। जनसांख्यिकीय और सामाजिक परिवर्तन वृद्ध वयस्कों के स्वास्थ्य और देखभाल और उनके लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के विकास पर भी प्रतिकूल प्रभाव डाल रहे हैं।<sup>3</sup>

### **भारत में स्वास्थ्य देखभाल योजना और विकास का निरंतर परिदृश्य:**

वृद्ध व्यक्तियों को शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने की समस्या स्वास्थ्य देखभाल की योजना, विकास और प्रबंधन के साथ-साथ आयुर्वेदिक, योग, यूनानी, सिद्ध, होम्योपैथिक और अन्य (आयुष) सहित कई भारतीय स्वास्थ्य प्रणालियों में निहित है। भारत में स्वास्थ्य योजना के

इतिहास और स्वास्थ्य सेवा की प्रगति की जांच करने के लिए समय पर वापस जाना चाहिए। दुनिया की सबसे प्राचीन सभ्यताओं में से एक, भारत में सिंधु घाटी (मोहेनजो-दारो और हड़प्पा) की खुदाई में पर्यावरणीय स्वच्छता की अवधारणाएं थीं, लेकिन आर्यों द्वारा भारत में आक्रमण के बाद किसी भी प्रकार की स्वास्थ्य प्रणाली विकसित की गई थी लगभग 1400 B.C., और शायद इस अवधि के दौरान, आयुर्वेद और सिद्ध अस्तित्व में आए। स्वास्थ्य देखभाल की ये प्रणालियाँ भारतीय धार्मिक प्रणालियों और जीवन के शारीरिक, मानसिक और आध्यात्मिक पहलुओं की शिक्षित एकता में अंतर्निहित रहीं। सर्वे भावंतु सुखेश की अवधारणा (सभी रोग मुक्त हो सकते हैं और सभी स्वस्थ हो सकते हैं) भारतीय ऋषियों द्वारा प्रतिपादित की गई थी। वैदिक काल के बाद (600 B.C.-600 A.D.) बौद्ध धर्म और जैन धर्म का वर्चस्व था और इसी अवधि के आसपास, तक्षशिला और नालंदा के प्राचीन विश्वविद्यालयों द्वारा चिकित्सा शिक्षा शुरू की गई थी, जिससे प्राण आचार्य और प्रणवी शर की उपाधियाँ प्राप्त हुईं। पुरुषों, महिलाओं और जानवरों के लिए राहुल सांकृत्यान (बुद्ध के पुत्र) के शासनकाल के दौरान अस्पताल प्रणाली विकसित की गई थी, जिसे राजा अशोक द्वारा आगे बढ़ाया गया था। वृद्ध वयस्कों को अलग से वर्गीकृत नहीं किया गया था।<sup>4</sup>

भारत सरकार अधिनियम, 1935 ने 1919 के अधिनियम में संशोधन करके राज्यों को अधिक स्वायत्तता प्रदान की, 1937 में देश में सार्वजनिक

स्वास्थ्य गतिविधियों के समन्वय के लिए एक केंद्रीय समिति के रूप में एक केंद्रीय स्वास्थ्य सलाहकार बोर्ड की स्थापना की गई, जिसमें सार्वजनिक स्वास्थ्य आयुक्त सचिव के रूप में और विभिन्न राज्यों के सदस्य प्रतिनिधियों के रूप में थे। देश में स्वास्थ्य स्थिति और स्वास्थ्य संगठनों की मौजूदा स्थिति का सर्वेक्षण करने के साथ-साथ भविष्य के विकास के लिए प्रावधान करने के लिए 1943 में भोर समिति नियुक्त की गई थी। मुख्य रूप से, भोर समिति ने एक सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली के माध्यम से सभी प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं के एकीकरण की सिफारिश की, जिसमें उप-केंद्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र, ग्रामीण अस्पताल, जिला अस्पताल, विशेषज्ञ अस्पताल और शिक्षण अस्पताल शामिल हैं। स्वास्थ्य देखभाल की एलोपैथिक प्रणाली मुख्य रूप से देश में इन आधारों पर विकसित हुई है और आयुष जैसी दवाओं की स्वदेशी प्रणालियों पर भी इसी तरह का जोर दिया जा रहा है। स्वैच्छिक स्वास्थ्य एजेंसियां जैसे गैर सरकारी संगठन, राष्ट्रीय और राज्य स्वास्थ्य कार्यक्रम, पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी और आस्था और लोक चिकित्सक देश में अतिरिक्त स्वास्थ्य देखभाल सहायता प्रदान करते हैं। भारत ने अल्मा अता घोषणा पत्र 1977 पर हस्ताक्षर किए हैं और इस प्रकार वर्ष 2000 तक सभी को स्वास्थ्य प्रदान करने के लिए प्रतिबद्ध था। इसके अनुसरण में, बच्चों और किशोरों, वयस्क महिलाओं और पुरुषों के लिए स्वास्थ्य देखभाल को वर्गीकृत और विकसित किया गया था, लेकिन बड़े वयस्कों के

लिए स्वास्थ्य देखभाल को वर्गीकृत नहीं किया गया था और वयस्कों के लिए शारीरिक और मानसिक दोनों स्वास्थ्य देखभाल प्रदान की जाती रही<sup>5</sup>

### वृद्ध वयस्कों में मानसिक स्वास्थ्य के मुद्दों की रूपरेखा और महामारी विज्ञान:

लगभग एक दशक पहले तक, वृद्ध वयस्कों को वयस्क आबादी का विस्तार माना जाता था और इसके परिणामस्वरूप, अकेले वृद्ध वयस्कों पर ध्यान केंद्रित करने वाले अच्छे महामारी विज्ञान अध्ययन शायद ही भारत में किए गए थे। इसके अलावा, शायद ही किसी ने आबादी के इस वर्ग के लिए स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं को विकसित करने के बारे में सोचा हो। इस अहसास के साथ कि वे मनोवैज्ञानिक, जैविक और सामाजिक रूप से अलग हैं, वृद्ध वयस्कों के प्रति दृष्टिकोण अब देश में बदल रहा है। केंद्रित महामारी विज्ञान अध्ययन अब किए जा रहे हैं और रुग्णता के आंकड़े सामने आ रहे हैं। विभिन्न महामारी विज्ञान अध्ययनों की रिपोर्ट वृद्ध वयस्कों में मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता की एक परिवर्तनीय डिग्री का संकेत देती है। पांडिचेरी (दक्षिण भारत) में वृद्ध वयस्कों में मानसिक विकार 17.4 प्रतिशत पाए गए। उत्तर प्रदेश (उत्तर भारत) के एक अन्य महामारी विज्ञान अध्ययन ने बताया कि 43.3 प्रतिशत बुजुर्ग किसी न किसी मानसिक स्वास्थ्य समस्या से पीड़ित हैं, जबकि 4.7 प्रतिशत वयस्क हैं<sup>6</sup> इसके अलावा, यह बताया गया है कि निम्न और मध्यम आय वाले देशों (LMIC) में भारत में डिमेंशिया के मामले तेजी से बढ़ेंगे और

मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति रुग्णता और समय से पहले मृत्यु दर का एक महत्वपूर्ण कारण है। समाज के वंचित वर्ग में उच्च मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता की सूचना है। भारतीय चिकित्सा अनुसंधान परिषद (ICMR) के सहयोग से उत्तर भारत के शहरी और ग्रामीण लखनऊ में किए गए दो सबसे बड़े महामारी विज्ञान अध्ययनों के परिणामों से पता चला है कि 60 वर्ष और उससे अधिक आयु के 17.3% शहरी और 23.6% ग्रामीण वृद्ध वयस्क सिंड्रोम मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं से पीड़ित हैं और 4.2 शहरी और 2.5% ग्रामीण वृद्ध वयस्क उप-सिंड्रोमल मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं से पीड़ित हैं।<sup>7</sup> वृद्ध वयस्कों में अवसाद और मनोभ्रंश का व्यापक रूप से अध्ययन किया गया है। भारत में डिमेंशिया की व्यापकता 1.4% से 9.1% तक परिवर्तनीय बताई गई है। भारतीय अध्ययनों में, अवसाद उन्माद की तुलना में तीन गुना अधिक आम था, जो 60 वर्षों के बाद पहली बार हुआ। जरा चिकित्सा आबादी में अवसाद एक सामान्य निदान पाया गया। एक भारतीय अध्ययन में सामान्य आबादी में प्रमुख अवसाद की व्यापकता लगभग 60/1000 बताई गई थी। ग्रामीण बुजुर्गों में न्यूरोटिक डिप्रेशन की व्यापकता 13.5% पाई गई। एक हालिया रिपोर्ट से संकेत मिलता है कि 5.8% शहरी और 7.2% ग्रामीण वृद्ध वयस्क मुख्य रूप से मनोदशा (भावात्मक) विकारों से पीड़ित हैं; 2.4% शहरी और 2.1% ग्रामीण वृद्ध वयस्क मुख्य रूप से न्यूरोटिक, तनाव से संबंधित और सोमाटोफॉर्म

विकारों से पीड़ित हैं और 0.6% शहरी और ग्रामीण वृद्ध वयस्क मुख्य रूप से मनोवैज्ञानिक विकारों से पीड़ित हैं।

### भारत में वृद्ध वयस्कों के लिए मानसिक स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएँ:

वृद्ध वयस्कों, विशेष रूप से मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं से पीड़ित लोगों की स्वास्थ्य देखभाल पर भारतीय साहित्य की खोज से कई लेख खुलते हैं। हालाँकि, ये भारत में जरा चिकित्सा देखभाल सेवाओं के विकास पर बहुत कम प्रकाश डालते हैं। यह स्पष्ट है कि भारत में उपलब्ध सभी प्रकार की स्वास्थ्य देखभाल एजेंसियों द्वारा बिना किसी विशेषज्ञता या केंद्रित दृष्टिकोण के जरा चिकित्सा देखभाल प्रदान की जा रही है। देश के अधिकांश अस्पतालों में विशेष जरा चिकित्सा देखभाल सुविधाएं नहीं हैं। यह कहा गया है कि बुजुर्गों की स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों को प्राथमिकता की कमी वृद्धावस्था की मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के बारे में जन जागरूकता के निम्न स्तर को कायम रखती है। डिमेंशिया और वृद्ध लोगों के अन्य मानसिक विकार छिपी हुई समस्याएं बनी हुई हैं जो शायद ही कभी स्वास्थ्य पेशेवरों और नीति निर्माताओं के ध्यान में लाई जाती हैं।<sup>8</sup>

70% से अधिक भारतीय वयस्क ग्रामीण क्षेत्रों में रहते हैं, और उनमें से 52% की कोई आय नहीं है। ग्रामीण क्षेत्रों में, वृद्ध वयस्कों के स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल को नीम हकीमों, आस्था और लोक चिकित्सकों या आयुष

चिकित्सकों के माध्यम से पूरा किया जाता है क्योंकि एलोपैथिक डॉक्टर और अस्पताल शहरी क्षेत्रों में एक दूरी पर उपलब्ध हैं और शहरी अस्पतालों में जाना वृद्ध वयस्कों के लिए एक वास्तविक समस्या है। इसके अलावा, वृद्ध वयस्कों की स्वास्थ्य समस्याओं की देखभाल नहीं की जाती है क्योंकि इसके लिए केवल उम्र बढ़ने को जिम्मेदार ठहराया जाता है।

भारत में सभी नागरिकों को उचित स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता बोझ डेटा और संवैधानिक प्रावधानों के लिए न केवल जरा चिकित्सा शारीरिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास की आवश्यकता है, बल्कि जरा चिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास की भी आवश्यकता है यदि विशेष सेवाएं प्रदान की जानी हैं। विभिन्न प्रकार की ओपीडी/आईपीडी एलोपैथिक या आयुष उपचार सुविधाओं की मांग करने वाले मनोरोग संबंधी रूप से बीमार वृद्ध वयस्कों के प्रतिशत को इंगित करने के लिए कोई औपचारिक सर्वेक्षण नहीं किया गया है और कितने लोगों पर ध्यान नहीं दिया जाता है या कितने दौरे क्वाक्स, आस्था और लोक चिकित्सक हैं? वर्तमान में, सभी उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं और सेवा प्रदाता वृद्ध वयस्कों की स्वास्थ्य देखभाल के लिए हितधारक हैं। वृद्ध वयस्कों के लिए विशिष्ट और विशेष सेवाओं को विकसित नहीं किया जा सका क्योंकि 1998 तक वृद्ध वयस्कों के लिए कोई सरकारी नीति नहीं थी।<sup>9</sup>

औसतन, 10-15% अस्पताल के बिस्तरों पर वृद्ध वयस्कों का कब्जा है। स्वास्थ्य अर्थशास्त्र के सिद्धांतों से संकेत मिलता है कि वृद्ध वयस्कों को लंबे समय तक उपचार की आवश्यकता होती है और बेहतर संसाधन उपयोग के लिए उन्हें घर पर ही रखा जाता है। लेकिन कार्यबल में महिलाओं की भागीदारी में वृद्धि घर पर वृद्ध वयस्कों की देखभाल पर प्रतिकूल प्रभाव डालती है। पर्याप्त जगह की कमी और घरों में जगह की कमी वृद्ध वयस्कों के अधिकारों को तेजी से नष्ट कर रही है।

शारीरिक सह-रुग्णता वाले मनोवैज्ञानिक रूप से बीमार रोगियों को अस्पताल में जगह मिल सकती है, लेकिन शुद्ध मनोचिकित्सक रोगियों को अक्सर सामान्य अस्पतालों में अस्पताल में भर्ती होने से इनकार कर दिया जाता है और केवल वयस्क मनोरोग अस्पतालों में जगह मिल सकती है जहां मानव शक्ति, कौशल और बुनियादी ढांचे के मामले में कोई विशेषज्ञता नहीं है। भारत में मानसिक रूप से बीमार वृद्ध वयस्कों की वर्तमान स्थिति यही है।<sup>10</sup> जरा चिकित्सा अनुसंधान में भारत का अनुसंधान योगदान विश्व वैज्ञानिक साहित्य में 1% से भी कम है। सामाजिक, जैव रासायनिक, आनुवंशिक और आणविक पहलुओं का उपयोग करते हुए जरा चिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य पर व्यापक शोध दुनिया के अन्य हिस्सों से उपलब्ध है। भारत सरकार जरा चिकित्सा स्वास्थ्य अनुसंधान और देखभाल पर सकल घरेलू उत्पाद का 0.1% से भी कम खर्च कर रही है, और यह अपने आप में इस तथ्य का प्रमाण है कि जरा चिकित्सा शारीरिक और मानसिक

स्वास्थ्य सेवाएं देश में शायद ही उपलब्ध हैं। सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय, भारत सरकार। भारत सरकार (2008) ने वृद्ध व्यक्तियों के लिए अपने संशोधित एकीकृत कार्यक्रम में संगठनों को वित्तीय सहायता प्रदान करके बुजुर्गों को मानसिक स्वास्थ्य देखभाल हस्तक्षेप कार्यक्रम प्रदान करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य देखभाल और वृद्ध व्यक्तियों के लिए विशेष देखभाल के प्रावधान किए हैं, लेकिन हमारी जानकारी के अनुसार, देश में किसी भी केंद्र ने इस प्रावधान के तहत कोई मानसिक स्वास्थ्य गतिविधि शुरू नहीं की है। दी गई स्थिति में, संगठित और गैर-संगठित क्षेत्रों में वृद्ध वयस्कों के लिए उपलब्ध मानसिक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर टिप्पणी करना व्यर्थ प्रतीत होता है।

#### निष्कर्ष:

इस बात पर जोर दिया जाना चाहिए कि वृद्ध वयस्कों की बढ़ती आबादी और उनमें उच्च मानसिक स्वास्थ्य रुग्णता को देखते हुए भारत में जरा चिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य/मनोचिकित्सा के विषय को जल्द से जल्द विकसित करने की आवश्यकता है। इसके लिए विकल्पों की पहचान की गई है और उपलब्ध अनुसंधान डेटा, आवश्यकताओं, उपलब्ध बुनियादी ढांचे और अंतराल के आधार पर सेवाओं को विकसित करने के लिए एक नीति तैयार करने के लिए पहल की जानी चाहिए। चिकित्सा और पैरामेडिकल लोगों को इस विषय में करियर स्वीकार करने के लिए

आकर्षित करने और देश में विशेष मनोचिकित्सा सेवाओं की स्थापना करने के लिए जरा चिकित्सा मानसिक स्वास्थ्य के विषय को मान्यता प्राप्त करना भी उतना ही महत्वपूर्ण है।

#### संदर्भग्रंथ सूची:

1. UNICEF-India-Statistics.htm. [Last accessed on 2010 June 6]. available from: [http://www.unicef.org/info/country/stats\\_popup10.html](http://www.unicef.org/info/country/stats_popup10.html).
2. Office of the Registrar General and Census Commissioner. India: Govt. of India; 1991. Aging in India. Occasional paper no. 2. [Google Scholar]
3. Banthia J K, editor. Reports and Tables on Age: Series-1 India. Census of India: Controller of Publications (Delhi), Govt. of India; 2001. Census. [Google Scholar]
4. National Institute of social Defense, Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India. India: 2008. NISD. Age care in India: National Initiative on care for elderly. [Google Scholar]
5. Sethi BB, Gupta SC, Kumar R. Three hundred urban families—a psychiatric study. Indian J Psychiatry. 1967;9:280. [Google Scholar]
6. Sethi BB, Gupta SC, Mahendru RK, Kumari P. A psychiatric

- survey of 500 rural families. Indian J Psychiatry. 1972;14:183. [[Google Scholar](#)]
7. Sethi BB, Gupta SC, Mahendru RK, Kumari P. Mental health and urban life-study of 850 families. Br J Psychiatry. 1974;124:243-6. doi: 10.1192/bjp.124.3.243. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
  8. Chopra HD. Family structure, dynamics and psychiatric disorder. Indian J Psychiatry. 1984;26:335-42. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
  9. Rao KN. The Nations Health, -6: Director, Publications Division (Delhi), Govt. of India. 1966 [[Google Scholar](#)]
  10. Ramchandran V, Menon M Sarda, Murthy B Ram. Psychiatric disorders in subjects aged over fifty. Indian J Psychiatry. 1979;22:193-8. [[Google Scholar](#)]
  11. Rao AV, Madhavan T. Geropsychiatric morbidity survey in a semi-urban area near Madurai. Indian J Psychiatry. 1982;24:258-67. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
  12. Prakash R, Chaudary SK, Singh U. A study of morbidity pattern among geriatric population in the urban area of Udaipur, Rajasthan. Indian J Community Med. 2004;119:35-40. [[Google Scholar](#)]
  13. Srivastava RK, editor. Multi-centric study to establish epidemiological data on health problems in elderly. WHO-Govt. of India Report. 2007 [[Google Scholar](#)]
  14. Tiwari SC. Geriatric psychiatric morbidity in rural northern India: Implications for the future. Int Psychogeriatr. 2000;12:35-48. doi: 10.1017/s1041610200006189. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
  15. Tiwari SC, Kar AM, Singh R, Kohli VK, Agarwal GG. An epidemiological study of prevalence of neuro-psychiatric disorders with special reference to cognitive disorders, amongst (urban) elderly- Lucknow study. New Delhi: ICMR Report; 2009. [[Google Scholar](#)]