

भारत में किशोर मानसिक स्वास्थ्य का मौन संकट: डिजिटल जोखिम, संस्थागत कमियां और नीतिगत अनिवार्यताएं

यूपीएससी प्रासंगिकता-जीएस पेपर II – स्वास्थ्य एवं सामाजिक क्षेत्र

चर्चा में क्यों? (Why in the News?)

- उत्तर प्रदेश के गाजियाबाद में तीन किशोरियों की दुखद मृत्यु ने भारत के बच्चों और किशोरों में बढ़ते मानसिक स्वास्थ्य संकट के बारे में चिंताओं को फिर से बढ़ा दिया है।
- इस घटना ने युवाओं में मानसिक स्वास्थ्य विकारों के बढ़ते लेकिन कम पहचाने जाने वाले बोझ की ओर राष्ट्रीय ध्यान आकर्षित किया है, जो तीव्र डिजिटल जोखिम और कमजोर संस्थागत प्रतिक्रिया प्रणालियों के कारण और भी जटिल हो गया है।



पृष्ठभूमि: एक बढ़ता हुआ लेकिन मौन सार्वजनिक स्वास्थ्य आपातकाल

- मानसिक स्वास्थ्य विकार अब केवल वयस्कों तक सीमित नहीं हैं। अब डॉक्टर 4 से 5 साल तक के छोटे बच्चों में भी चिंता (anxiety), अवसाद (depression), व्यवहार संबंधी विकार और ADHD के मामले देख रहे हैं।

● नेशनल मेंटल हेल्थ सर्वे (NMHS) के अनुसार:

- लगभग 7-10% भारतीय किशोर निदान योग्य मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों से पीड़ित हैं।
- 5-7% स्कूली बच्चों में ADHD पाया जाता है।
- हालांकि, शुरुआती चेतावनी संकेत जैसे कि लोगों से कटना, चिड़चिड़ापन और व्यवहार में बदलाव को अक्सर "सामान्य किशोरावस्था का व्यवहार" मानकर नज़रअंदाज़ कर दिया जाता है, जिससे इलाज में देरी होती है।
- इस संकट को भारत में विशेषज्ञों की भारी कमी और भी गंभीर बनाती है:
 - 140 करोड़ से अधिक लोगों के लिए 10,000 से भी कम मनोरोग चिकित्सक (psychiatrists) हैं।
 - इनमें से भी बहुत कम 'बाल एवं किशोर मनोरोग' के विशेषज्ञ हैं।
 - इससे इलाज में एक बड़ा अंतर (treatment gap) पैदा होता है।

विकारों की बदलती प्रकृति: जटिलता और सह-रुग्णता (Comorbidity)

- पहले, बच्चों में अक्सर एक ही बीमारी का निदान होता था। आज, एक साथ कई बीमारियाँ (comorbid conditions) होना आम बात है:

- ADHD के साथ चिंता (Anxiety)।
- अवसाद (Depression) के साथ मजबूरी में डिजिटल उपकरणों का उपयोग।
- भावनात्मक संकट के साथ सीखने में कठिनाइयाँ।



- यह जटिलता शुरुआती पहचान को और भी महत्वपूर्ण बना देती है। इलाज में देरी से ये परिणाम हो सकते हैं:
 - पढ़ाई में गिरावट।
 - सामाजिक अलगाव।
 - नशीली दवाओं के सेवन का जोखिम।
 - भविष्य में उत्पादकता की हानि।
- इस प्रकार, किशोर मानसिक स्वास्थ्य एक सामाजिक और आर्थिक दोनों तरह का मुद्दा है।

डिजिटल वातावरण: जोखिम को बढ़ाने वाला एक नया कारक

- भारत का डिजिटल विस्तार बहुत तेजी से और क्रांतिकारी रहा है:
 - 80 करोड़ से अधिक इंटरनेट उपयोगकर्ता।
 - सस्ते स्मार्टफोन और कम कीमत वाला डेटा।
 - कोविड-19 के बाद शिक्षा, मनोरंजन और सामाजिक मेलजोल में स्क्रीन का गहराई से जुड़ जाना।
- 2019 की शुरुआत में ही, विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ने बच्चों में अत्यधिक स्क्रीन जोखिम के खिलाफ चेतावनी दी थी, जिसमें नींद, एकाग्रता, भावनाओं के प्रबंधन और समग्र कल्याण के लिए जोखिमों का हवाला दिया गया था।
- यहाँ यह स्पष्ट करना महत्वपूर्ण है:
 - अत्यधिक स्क्रीन उपयोग सीधे तौर पर ADHD या ऑटिज़्म का कारण नहीं बनता है।
 - हालांकि, यह लक्षणों को बिगाड़ सकता है, बीमारी की पहचान में देरी कर सकता है और विकास के महत्वपूर्ण समय में इंसानी बातचीत को कम कर सकता है।
- इंटरनेट की लत—जिसके लक्षणों में चिड़चिड़ापन, नींद में खलल और लोगों से कटना शामिल है—अब एक आम चिकित्सकीय चिंता बन गई है।

स्कूल: पारिस्थितिकी तंत्र की सबसे कमजोर कड़ी

- बढ़ते सबूतों के बावजूद, स्कूल आज भी इन चीजों को प्राथमिकता देते हैं:
 - परीक्षा।
 - रैंकिंग।
 - प्रतिस्पर्धात्मक प्रदर्शन।
- भावनात्मक कल्याण आज भी हाशिये पर है।
- बिना किसी व्यवस्थित भावनात्मक साक्षरता, तनाव प्रबंधन शिक्षा और परामर्श (counselling) सहायता के, शैक्षणिक सफलता कमजोर हो जाती है। मानसिक कल्याण सीखने और नवाचार (innovation) का आधार है।



नीतिगत मान्यता लेकिन धीमा कार्यान्वयन

- भारत के आर्थिक सर्वेक्षण 2025-26 ने युवाओं में बढ़ती मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों को स्वीकार किया और डिजिटल विनियमन (regulation) सहित निवारक रणनीतियों का प्रस्ताव दिया।
- कई राज्य निम्नलिखित देशों से प्रेरित होकर सोशल मीडिया पर प्रतिबंध लगाने की संभावना तलाश रहे हैं:
 - ऑस्ट्रेलिया।
 - फ्रांस।
 - दक्षिण कोरिया।
- हालांकि, दंडात्मक कार्रवाई से बचने के लिए नियामक उपायों को जागरूकता और सहायता प्रणाली के साथ संतुलित किया जाना चाहिए।

मौजूदा सरकारी ढांचे

resultmitra



www.resultmitra.com



9235313184, 9235440806

- भारत के पास संस्थागत तंत्र पहले से मौजूद हैं जिन्हें मजबूत किया जा सकता है:
 - राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम।
 - आयुष्मान भारत – स्कूल स्वास्थ्य और कल्याण कार्यक्रम।
 - टेली-मेंटल हेल्थ पहल (Tele-MANAS)।
- फिर भी कार्यान्वयन में कमियां बनी हुई हैं:
 - स्कूलों में स्क्रीनिंग का अभाव।
 - शिक्षकों के प्रशिक्षण की कमी।
 - इलाज के लिए रेफरल रास्तों की कमजोरी।
 - बाल मानसिक स्वास्थ्य के लिए अपर्याप्त धन।

सामाजिक बाधाएं: कलंक और इलाज में देरी

- मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ा सामाजिक कलंक (stigma) आज भी फैला हुआ है। परिवार अक्सर केवल संकट के समय ही मदद मांगते हैं।
- उनकी चिंताओं में शामिल हैं:
 - समाज द्वारा लेबल लगा दिया जाना।
 - सामाजिक निर्णय (judgement)।
 - लंबे समय तक पढ़ाई पर पड़ने वाला प्रभाव।
- घरों, स्कूलों और स्वास्थ्य प्रणालियों में मानसिक स्वास्थ्य पर बातचीत को सामान्य बनाना एक सार्वजनिक स्वास्थ्य अनिवार्यता है।

आगे की राह: एक बहु-हितधारक रणनीति

1. **शुरुआती स्क्रीनिंग को मजबूत करना:** स्कूलों में नियमित भावनात्मक कल्याण की जाँच। बाल रोग विशेषज्ञों द्वारा नींद, स्क्रीन उपयोग और साथियों के साथ व्यवहार का आकलन।
2. **सुरक्षा उपायों के साथ डिजिटल गवर्नेंस:** उम्र के हिसाब से डिजिटल नियम। स्क्रीन उपयोग पर स्पष्ट स्कूल गाइडलाइन्स। माता-पिता के लिए डिजिटल साक्षरता कार्यक्रम।
3. **समुदाय-आधारित सहायता प्रणाली:** माता-पिता के सहायता समूह। साथियों के बीच लचीलापन बढ़ाने वाले कार्यक्रम। किफायती परामर्श सेवाएं।
4. **मानव संसाधन का विस्तार:** बाल मनोरोग (Child psychiatry) में प्रशिक्षण बढ़ाना। कम सेवा वाले क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों को प्रोत्साहित करना।
5. **नतीजों के पैमानों में बदलाव:** केवल ग्रेड को नहीं, बल्कि मानसिक स्वास्थ्य, लचीलापन और भावनात्मक क्षमता को महत्व देना।

निष्कर्ष

गाजियाबाद की लासदी केवल अखबारों की सुर्खियां बनकर नहीं रहनी चाहिए। भारत में किशोर मानसिक स्वास्थ्य एक संरचनात्मक संकट है जो शुरुआती संवेदनशीलता, डिजिटल जोखिम, संस्थागत उपेक्षा और कलंक से बना है। इसे हल करने के लिए परिवारों, स्कूलों, स्वास्थ्य प्रणालियों और नीति निर्माताओं के बीच समन्वित कार्रवाई की आवश्यकता है। समय पर किए गए छोटे हस्तक्षेप विकास के रास्ते को बदल सकते हैं। आज किशोरों के मानसिक स्वास्थ्य में निवेश करना केवल स्वास्थ्य सुधार नहीं है—यह भारत के भविष्य के लिए एक आर्थिक, सामाजिक और जनसांख्यिकीय अनिवार्यता है।

प्रारंभिक परीक्षा अभ्यास प्रश्न (Prelims Practice Questions)

Q1. अटेंशन डेफिसिट हाइपरएक्टिविटी डिसऑर्डर (ADHD) के संदर्भ में, निम्नलिखित कथनों पर विचार करें:

1. अत्यधिक स्क्रीन टाइम ADHD का सीधा कारण है।
2. ADHD चिंता और अवसाद के साथ सह-अस्तित्व (coexist) में हो सकता है।
3. बचपन का शुरुआती आघात (trauma) व्यवहार संबंधी विकारों को प्रभावित कर सकता है। सही कथन कौन सा/से है/हैं?

IAS-PCS Institute

(a) केवल 1 | (b) केवल 2 और 3 | (c) केवल 1 और 2 | (d) 1, 2 और 3 उत्तर: (b)

Q2. निम्नलिखित में से कौन भारत के मानसिक स्वास्थ्य ढांचे के घटक हैं?

1. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम
2. आयुष्मान भारत स्कूल स्वास्थ्य कार्यक्रम
3. टेली-मेंटल हेल्थ पहल

(a) केवल 1 | (b) केवल 1 और 2 | (c) केवल 2 और 3 | (d) 1, 2 और 3 उत्तर: (d)

मुख्य परीक्षा अभ्यास प्रश्न (GS Paper II)

प्रश्न: "भारत में किशोर मानसिक स्वास्थ्य एक मौन सार्वजनिक स्वास्थ्य संकट के रूप में उभर रहा है, जो डिजिटल जोखिम, संस्थागत कमियों और सामाजिक कलंक के कारण और भी गंभीर हो गया है।" भारत में बच्चों और किशोरों के बीच बढ़ते मानसिक स्वास्थ्य बोझ के प्रमुख कारणों पर चर्चा करें। इस चुनौती से निपटने के लिए एक बहुआयामी रणनीति का सुझाव दें।

(250 शब्द)

OPTIONAL SUBJECT
वैकल्पिक विषय
PSIR
Fee - मात्र 6999 ₹
केवल 01 से 06 जुलाई
Dr. Faiyaz Sir

(वैकल्पिक विषय) Optional Subject
GEOGRAPHY
OPTIONAL
Fee - मात्र 6499 ₹
केवल 21 से 26 जुल
Dr. Faiyaz Sir