"मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन"

"Social Aspect of Mental Health : A Sociological Study With Special Reference To Psychiatric Patients of Udaipur Division"

कोटा विश्वविद्यालय, कोटा
की पीएच.डी. (समाजशास्त्र) उपाधि हेतु प्रस्तुत

शोध प्रबन्ध
(सामाजिक विज्ञान संकाय)

शोधार्थी
रवि शंकर महावर

शोध पर्यवेक्षक
डॉ॰ एच. एम. कोठारी
एसोसिएट प्रोफेसर

सामाजिक विज्ञान विभाग
कोटा विश्वविद्यालय, कोटा (राजस्थान)

2020

Certificate

I feel great pleasure in certifying that the thesis entitled **"मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन"** "Social Aspect of Mental Health : A Sociological Study With Special Reference To Psychiatric Patients of Udaipur Division" by **Ravi Shankar Mahavar** under my guidance. He has completed the following requirements as per Ph.D. regulations of the University.

(a) Course work as per the university rules.
(b) Residential requirements of the university (200 days)
(c) Regularly submitted annual progress report.
(d) Presented his work in the departmental committee.
(e) Published/accepted two research papers in the referred research journals.

I recommend the submission of thesis.

Date :

Dr. H. M. Kothari
(Research Supervisor)

Anti - Plagiarism Certificate

It is Certified that Ph.D. Thesis Titled "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" by Ravi Shankar Mahavar has been examined by us with the following anti-palgiarism tools. We undertake the follows.

1. Thesis has significant new work / knowledge as compared already published or are under consideration to be published elsewhere, no sentence, equation, diagram, table, paragraph or section has been copied verbatim form previous work unless it is placed under quotation marks and duly referenced.
2. The work presented is orginal and own work of the author (i.e. there is no plagiarism). No ideas, processes, result or words of other have been presented as author's own work.
3. There is no fabrication of data or result which have been compiled and analyzed.
4. There is no falsification by manipulating research materials, equipment or processes, or changining or omitting data or result such that the research is not accurately represented in the research record.
5. The thesis has been cheked using Turnitin software and found with in limits as per HEC Plagiarism Policy and instructions issued form time to time.

Ravi Shankar Mahavar
(Research Scholar)

Place :

Date :

Dr. Hastimal Kothari
(Research Supervisor)

Place :

Date :

शोध–सार

एक व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित होता हैं। व्यक्ति के स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता है। स्वास्थ्य शब्द मात्र शारीरिक स्वास्थ्य तक ही सीमित नहीं है। पिछले कुछ दशक से स्वास्थ्य से सम्बन्धित मनोवृति में बदलाव आया है एवं अब शारीरिक स्वास्थ्य के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य के बारे में भी लोगों की जागरूकता में वृद्धी हुई है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के द्वारा दी गई परिभाषा में सिर्फ रोगों के उपचार को ही महत्व न देकर वरन् स्वास्थ्य के प्रोत्साहन एवं रोगों की रोकथाम को भी स्वास्थ्य का अभिन्न अंग माना गया है। जैसा कि कहा जाता है पहला सुख निरोगी काया अर्थात् सारी सुख सुविधाएं होने के बावजूद स्वास्थ्य के अभाव में यह सब व्यर्थ है। स्वस्थ जीवन ईश्वर का वरदान है। एक प्रसिद्ध कहावत है। स्वस्थ शरीर में ही स्वस्थ मन का निवास होता है।

मानसिक स्वास्थ्य किसी भी व्यक्ति की वह योग्यता है, जिसके द्वारा वह व्यक्तिगत व सामाजिक संतुलन स्थापित करता है और व्यक्ति जब सामाजिक अस्वस्थता के कारकों जैसे परिवार का बदलता स्वरूप, बढ़ते तलाक, बेरोजगारी, निर्धनता, बदलते सामाजिक मूल्य व सामाजिक संबंधों की अस्थिरता, मनोरंजन के साधनों की कमी, युद्ध व दंगे, आर्थिक व शैक्षणिक समस्याएं एवं वातावरणीय समस्याएं इत्यादि के कारण व्यक्तिगत व सामाजिक रूप से सुसंगत संबंधों का निर्माण नहीं कर पाता है तो वह मानसिक रूप से अस्वस्थ्य कहलाता है। मानसिक बीमारियां मुख्यतया सामाजिक–सांस्कृतिक कारणों से होती हैं।

इसलिए शोधकर्ता ने उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करन वाले सामाजिक कारकों पर शोध कार्य किया है, जिनके गड़बड़ाने से व्यक्ति में मानसिक विक्षिप्ता उत्पन्न होती है। तथा इस शोधकार्य में इस बात का पता लगाया गया है कि मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है। पिछले चार–पाँच दशकों में स्वास्थ्य पर समाज–विज्ञानों में अनुसंधान की होड़ चल पड़ी है। स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं का समुदायों पर क्या प्रभाव पड़ा है तथा ये पहलु उनकी जीवनशैली को कैसे प्रभावित कर रहे हैं, इन पर पर्याप्त अनुसंधान हुए हैं। किन्तु मनोरोगियों के स्वास्थ्य पर अभी भी स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं जैसे विषयक अध्ययनों की मात्रा सीमित है। समाजशास्त्र में "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" के सदर्भ में किये गये अध्ययन का अभाव है। ऐसी स्थिति में प्रस्तुत अध्ययन मेरी ओर से व्यापक अध्ययन का आधार तैयार करने के लिए लघु प्रयास है।

- शोधकर्ता ने अपने इस समस्त अध्ययन को **सात अध्यायों** में विभक्त किया है।

1. **प्रथम अध्याय –** शोध के प्रथम अध्याय सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि : अवधारणात्मक पहलुओं के अन्तर्गत स्वास्थ्य, शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक अस्वास्थ्य, सामाजिक स्वास्थ्य तथा शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सहसम्बन्ध एवं मानसिक बीमारियों से सम्बन्धित सभी अवधारणाओं, परम्परागत तरीकों, मान्यताओं, सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों, आनुवांशिकता का प्रभाव, मनोरोगों के कारण एवं वर्गीकरण, चिन्ह, लक्षण, नियंत्रण, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं इससे संबंधित कानून व मनोरोगों की रोकथाम की अवधारणा के स्पष्टीकरण को प्रस्तुत किया गया है।

2. **द्वितीय अध्याय –** शोध के द्वितीय अध्याय में पद्धतिशास्त्र : अनुसंधान प्रविधि एवं अध्ययन क्षेत्र में, विषय की रूपरेखा एवं चुनाव, अध्ययन के उद्देश्य, अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण, अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव, उपकल्पनाओं का निर्माण, अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन, तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या, सामान्यीकरण, अध्ययन के महत्व का निर्धारण, जाँच एवं पुनःपरीक्षण, भविष्यवाणी करना, विषय पर किये गए अध्ययनों का विवेचन, अध्ययन की सीमाएं एवं प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर का विवेचन प्रस्तुत किया गया है।
3. **तृतीय अध्याय –** शोध के तृतीय अध्याय में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं उत्तरदाताओं के जुड़ाव का विवेचन प्रस्तुत किया गया है। मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों जैसे शिक्षा, बेरोजगारी, आय, निर्धनता, वैवाहिक स्थिति, व्यवसाय, पारिवारिक वातावरण, धर्म एवं संस्कृति, घर का स्वरूप, जातिवाद, लैंगिकता, सामाजिक समर्थन, सामाजिक परिवर्तन, सामाजिक संबंध, प्रस्थिति, मादक पदार्थों का सेवन, पारिवारिक संरचना, पारिवारिक असामंजस्यता, नस्ल एवं नृजातियता, विकलांगता, मनोरंजन के साधनों एवं स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता तथा अन्य कारकों पर 150 उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर विवेचन किया गया है। इसी के साथ ही मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में उनके मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन, शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा क्रमशः सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव एवं सरोकार के प्रोत्साहन एवं मनोचिकित्सकों व मनोविशेषज्ञों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा तथा राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के द्वौरान प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास का परिचय कराते हुए उत्तरदाताओं का इनसे जुड़ाव एवं प्रभाव पर 150 उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है।
4. **चतुर्थ अध्याय –** शोध के चतुर्थ अध्याय में 150 उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि की जानकारी को समझाया गया है। जिसमें समग्र मनोरोगियों एवं उत्तरदाता मनोरागियों की चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण, लिंग, वयस्कता, आयु, शैक्षणिक स्थिति, व्यवसाय, आय, धर्म, निवास स्थान की प्रकृति, जाति वर्ग, पारिवारिक संरचना, वैवाहिक स्थिति, घर के स्वरूप एवं आर्थिक स्थिति का वर्गानुसार विवरण का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है। इसके साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन एवं योगदान को उत्तरदाताओं के व्यवहार में आये परिवर्तन के आधार पर समझाने का प्रयास किया है।
5. **पंचम अध्याय –** शोध के पंचम अध्याय में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से किया गया है एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास के जुड़ाव के प्रभाव से उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन किया गया है।
6. **छठा अध्याय –** शोध के छठे अध्याय में मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाओं का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है।
7. **सातवां अध्याय –** शोध के सातवें अध्याय उपसंहारात्मक टिप्पणी के अन्तर्गत अध्ययन से प्राप्त निष्कर्षों एवं विश्लेषण के आधार पर उपकल्पनाओं की जाँच की गई है। इसके साथ ही शोध अध्ययन का चिकित्सा एवं शिक्षा के क्षेत्र में महत्व एवं सुझावों के सम्बन्ध में विवेचन किया गया है।

➢ शोध के सातवें अध्याय के उपरान्त में शोध सारांश, संदर्भ ग्रन्थ सूची एवं शोध पत्र तथा परिशिष्ट के रूप में साक्षात्कार निर्देशिका, पारिभाषिक शब्दावली एवं कॉन्फ्रेंसों में प्रस्तुत पत्रों को प्रस्तुत किया गया है।

रवि शंकर महावर
(शोधार्थी)

Candidate's Declaration

I hereby certify that the work, which is being presented in the thesis, entitled **"Social Aspect of Mental Health : A Sociological Study With Special Reference To Psychiatric Patients of Udaipur Division"** in partial fulfillment of the requirement for the award of the Degree of Doctor of Philosophy, carried under the supervision of Associate Professor Dr. H. M. Kothari and submitted to the Department of Social Science, University of Kota, Kota, represents my ideas in my own words and where others ideas or words have been included. I have adequately cited and referenced the original sources. The work presented in this thesis has not been submitted elsewhere for the award of any other degree or diploma from any Institutions.

I also declare that I have adhered to all principals of academic honesty and integrity and have not misrepresented or fabricated or falsified any idea / data / fact / source in my submission. I understand that any violation of the above will be cause for disciplinary action by University and can also evoke penal action from the sources which have thus not been properly cited or from whom proper permission has not been taken when needed.

Date : **Ravi Shankar Mahavar**
Place : (Research Scholar)

This is to certify that the above statement made by Ravi Shankar Mahavar (Enrolment No. RS/835/13) is correct to the best of my Knowledge.

Date : **Dr. Hastimal Kothari**
Place : (Research Supervisor)

आभार

प्रस्तुत शोध कार्य आदरणीय डॉ॰ हस्तीमल कोठारी जी शोध पर्यवेक्षक, सामाजिक विज्ञान विभाग, कोटा विश्वविधालय, कोटा एवं वर्तमान में विभागाध्यक्ष एवं सह आचार्य, समाजशास्त्र विभाग डॉ॰ भीमराव अम्बेड़कर राजकीय स्नातकोत्तर महाविद्यालय, निम्बाहेड़ा, राजस्थान के सूक्ष्म मार्गदर्शन एवं पर्यवेक्षण का परिणाम है। जिन्होंने अनेक विषम परिस्थितियों में शोध कार्य निष्पादन में उचित मार्गदर्शन ही नहीं दिया, बल्कि समय–समय पर मुझे अपने शोध लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए उत्साहित भी किया। जब कभी भी हतोत्साहित हुआ तो उन्होंने मुझे अपने सत्य, आनुभविक परामर्शों एवं मधुर व्यवहार से भावात्मक सबंल प्रदान किया है। यही कारण है कि आज मैं अपने शोध कार्य के उददे्श्य में सफल हुआ हूँ एवं उनके द्वारा दिया गया मार्गदर्शन एवं सहयोग मेरे लिए एक स्थाई संबल है। इसके लिए मैं उनका ह्रदय से आभार व्यक्त करता हूँ।

मैं सर्वप्रथम अपने परम पूजनीय पिताजी स्व. दौजी राम महावर एवं माताजी श्रीमती मनभरी महावर का ऋणी रहूंगा, जिन्होंने मुझे निरन्तर कठिन परिश्रम करने के लिए प्रेरित किया। इसके साथ ही मैं अपनी पत्नी श्रीमती दुर्गेश कुमारी महावर एवं दोनों लाड़ली पुत्रियों अवनी चाचोंदिया एवं अश्विनी चाचोंदिया के सहयोग एवं प्रोत्साहन के प्रति आभार व्यक्त करता हूँ जो मुझे इस शोधकार्य को करने के लिए प्रेरित करते रहे हैं। इसके साथ–साथ मैं अपने बड़े भाई राजेन्द्र कुमार महावर–वरिष्ठ अध्यापक एवं छोटे भाई डॉ॰ शशि कान्त महावर, हंसराम महावर, प्रहलाद महावर एवं निकट मित्रों में ओमचन्द महावर, डॉ॰ चेनरूप परिहार तथा डॉ॰ अशोक चौहान का आभार व्यक्त करता हूँ, जिन्होंने समय–समय पर मेरे शोध विषय से सम्बन्धित सहायता प्रदान करते हुए मुझे संबंल प्रदान किया है।

मैं अपनी बड़ी बहन एवं जीजा जी रूपबाई–राहुल जी एवं प्यारी भान्जी वन्दना महावर व बड़ी बहन के ससुर जी डॉ॰ ईश्वरचन्द (मुन्नीलालजी) तथा चाचाजी ओ॰पी॰ कोली एवं छोटी बहन सीमा बाई महावर के साथ–साथ मेरे सास ससुर जी श्रीमती गुडडी देवी एवं श्री दौजी राम महावर एवं ब्रोदर इन ला कपिल कुमार महावर एवं दीपक कुमार महावर का भी आभारी हूँ, जिनकी प्रेरणा, निरन्तर सहयोग, समय–समय पर महत्वपूर्ण सुझावों व मार्गदर्शन द्वारा मेरा यह शोध कार्य पूरा हो पाया।

प्रस्तुत शोध प्रबन्ध को पूर्ण करते समय जिन लेखक विद्ववानों के ग्रथों से मुझे सहायता प्राप्त हुई है, उन सभी विद्ववान जनों का श्रद्धा से आभार व्यक्त करना मेरा परम कर्तव्य है। शोध कार्य को सम्पूर्ण करने में सामाजिक विज्ञान विभाग, कोटा विश्वविद्यालय, कोटा के सभी आचार्यों, सह आचार्यों, सहायक आचार्यों सहित सामाजिक विज्ञान विभाग में कार्य करने वाले अशैक्षणिक कर्मचारियों, कोटा विश्वविद्यालय, कोटा के केन्द्रीय पुस्तकालय में कार्यरत सभी कर्मचारियों का, शोध संकाय में कार्यरत सभी कर्मचारियों का तथा कुलपति सचिवालय में कार्यरत सभी कर्मचारियों का, जिनका योगदान शोध कार्य में रहा है, का आभार प्रकट करता हूँ।

इसके साथ ही सामाजिक विज्ञान विभाग एंव केंद्रीय पुस्तकालय, मोहनलाल सुखाड़िया विश्वविधालय उदयपुर एवं समाजशास्त्र विभाग महाराणा प्रताप राजकीय स्नातकोत्तर महाविद्यालय चित्तौड़गढ़ एवं समाजशास्त्र विभाग राजकीय महाविद्यालय कपासन, समाजशास्त्र विभाग राजकीय महाविद्यालय गुड़ामालानी तथा समाजशास्त्र विभाग डॉ॰ भीमराव अम्बेड़कर राजकीय स्नातकोत्तर महाविद्यालय निम्बाहेड़ा, राजस्थान में कार्यरत सभी शिक्षा अधिकारियों एवं कर्मचारियों का जिनका योगदान शोध कार्य में रहा है, का आभार प्रकट करता हूँ।

इसके साथ ही राष्ट्रीय एवं अंतरराष्ट्रीय सोशियोलॉजिकल एसोसिएशन के द्वारा आयोजित की जाने वाली संगोष्ठी एवं सेमिनार का हिस्सा बनते हुऐ मेंने शोध प्रबन्ध से सम्बन्धित विभिन्न विद्ववानों से

अमुल्य विचार विमर्श करते हुए ज्ञान प्राप्त किया, जिसके के लिए में उन सभी विद्ववानों का आभार व्यक्त करता हूँ।

प्रस्तुत शोध से सम्बन्धित उन सभी सहजनों का भी मैं आभार प्रकट करता हूँ जिन्होंने मुझे समय–समय पर गहन कार्य के प्रति मेरे अन्दर जिज्ञासा प्रवृति जागृत की।

इसके साथ ही मैं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा एवं प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर सहित दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड के रेजिडेन्ट डॉक्टर्स एवं नर्सिंग स्टाफ का जिनका योगदान शोध कार्य में रहा है, का आभार प्रकट करता हूँ।

अन्त में, मैं उन सभी मनोरोगियों एवं उनके परिवार वालों का जिन्होंने उत्तरदाता के रूप में तथा अनौपचारिक विचार विमर्श के द्वारा इस शोध कार्य में जो सहयोग दिया, उसके लिए उन सभी का अत्यन्त आभारी हूँ।

मेरा विश्वास है कि ''मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' ज्ञान के उन्नयन एवं इस विषय वस्तु पर आगे होने वाले अध्ययनों में प्रस्तुत शोध प्रबन्ध 'मील के पत्थर' की तरह उपयोगी सिद्व होगा।

रवि शंकर महावर
(शोधार्थी)

अनुक्रमणिका

अध्याय	शीर्षक	पृष्ठ संख्या
प्रथम अध्याय	सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि : अवधारणात्मक पहलुओं का स्पष्टीकरण	पृष्ठ 01–72
द्वितीय अध्याय	पद्धतिशास्त्र : अनुसंधान प्रविधि एवं अध्ययन क्षेत्र	पृष्ठ 73–94
तृतीय अध्याय	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं उत्तरदाताओं का जुड़ाव	पृष्ठ 95–138
चतुर्थ अध्याय	उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि एवं जुड़ाव का परिवर्तन	पृष्ठ 139–168
पंचम अध्याय	महत्त्वपूर्ण वैयक्तिक अध्ययन	पृष्ठ 169–238
छठा अध्याय	मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण	पृष्ठ 239–252
सातवां अध्याय	उपसंहारात्मक टिप्पणी : निष्कर्ष एवं सुझाव	पृष्ठ 253–271
	शोध सारांश	पृष्ठ 272–288
	संदर्भ ग्रन्थ सूची	पृष्ठ 289–295
	शोध पत्र	पृष्ठ 296–307
परिशिष्ठ	साक्षात्कार निर्देशिका	पृष्ठ 309–316
	पारिभाषिक शब्दावली	पृष्ठ 317–321
	कॉन्फ्रेंसों में प्रस्तुत पत्र	पृष्ठ 322–323

सारणी सूची

क्रम संख्या	सारणी संख्या	सारणी शीर्षक	पृष्ठ संख्या
1	1.1.1	मानसिक रूप से स्वस्थ एवं मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति के लक्षणों की तुलना	09
2	1.4.1	सकारात्मक मनोरचनाओं के प्रकारों की तालिका	28
3	1.4.2	नकारात्मक मनोरचनाओं के प्रकारों की तालिका	30
4	1.7.1	सन्निपात एवं मनोभ्रंश मनोरोगों में अन्तर	50
5	1.7.2	सिजोफ्रेनया रोगी के लक्षण	55
6	1.7.3	अवसाद के प्रकारों का तुलनात्मक वर्णन	60
7	1.7.4	साइकोसिस एवं न्युरोसिस विकारों में अन्तर	63
8	1.8.1	एम.सी.आई के अनुसार क्लिनिकल स्टाफ पैटर्न	65
9	2.3.1	राजस्थान के संभागों का वर्गीकरण : जिले, क्षेत्रफल एवं जनसंख्या	77
10	2.4.2.1	समग्र भर्ती साइकोसिस मनोरोगियों का आर. एन. टी. चिकित्सा महाविद्यालय एवं गीतांजलि चिकित्सा महाविधालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती सन् 2013 से 2015 तक के आधार पर वर्गीकरण	79
11	2.4.2.2	चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में वर्ष 2013 से 2015 तक, एक सप्ताह से अधिक समय तक, भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों में से उत्तरदाता मनोरोगियों का वर्गीकरण	80
12	3.1.1	मानसिक स्वास्थ्य पर शिक्षा के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	96
13	3.1.2	मानसिक स्वास्थ्य पर बेरोजगारी के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	97
14	3.1.3	मानसिक स्वास्थ्य पर आय के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	97

15	3.1.4	मानसिक स्वास्थ्य पर निर्धनता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	98
16	3.1.5	मानसिक स्वास्थ्य पर वैवाहिक स्थिति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	98
17	3.1.6	मानसिक स्वास्थ्य पर व्यवसाय के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	99
18	3.1.7	मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	99
19	3.1.8	मानसिक स्वास्थ्य पर धर्म एंव संस्कृति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	100
20	3.1.9	मानसिक स्वास्थ्य पर घर के स्वरूप के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	100
21	3.1.10	मानसिक स्वास्थ्य पर जातिवाद के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	101
22	3.1.11	मानसिक स्वास्थ्य पर लैंगिकता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	101
23	3.1.12	मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक समर्थन के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	102
24	3.1.13	मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक परिवर्तन के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	102
25	3.1.14	मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक संबंधों के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	103
26	3.1.15	मानसिक स्वास्थ्य पर प्रस्थिति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	104
27	3.1.16	मानसिक स्वास्थ्य पर मादक पदार्थों के व्यसन के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	104
28	3.1.17	मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक संरचना के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	105
29	3.1.18	मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक असामंजस्यता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	105
30	3.1.19	मानसिक स्वास्थ्य पर नस्ल और नृजातियता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	106
31	3.1.20	मानसिक स्वास्थ्य पर विकलांगता का प्रभाव	106
32	3.1.21	मानसिक स्वास्थ्य पर मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	106

33	3.1.22	मानसिक स्वास्थ्य पर स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	107
34	3.2.1	मानसिक स्वास्थ्य पर आयु के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	108
35	3.2.2	मानसिक स्वास्थ्य पर कुपोषण के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	108
36	3.2.3	मानसिक स्वास्थ्य पर आनुवांशिकता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	109
37	3.2.4	मानसिक स्वास्थ्य पर शारीरिक स्वास्थ्य के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	109
38	3.2.5	मानसिक स्वास्थ्य पर संवेगात्मक स्थिति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	110
39	3.2.6	मानसिक स्वास्थ्य पर किशोरावस्था के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	110
40	3.2.7	मानसिक स्वास्थ्य पर भौगोलिक क्षेत्र के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	111
41	3.2.8	मानसिक स्वास्थ्य पर अन्य कारकों के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	111
42	3.3.1	शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन पर उत्तरदाताओं की संचेतना	115
43	3.3.2	सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	117
44	3.3.3.1.1	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनो–विश्लेषण थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	122
45	3.3.3.1.2	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सम्मोहन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	124
46	3.3.3.1.3	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में एबरिएक्शन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	125
47	3.3.3.1.4	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सहायक मनोचिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	126
48	3.3.3.2	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में समूह थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	129
49	3.3.3.3	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में व्यवहार चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	133

50	3.3.3.4	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में ई.सी.टी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	134
51	3.3.4	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में व्यावसायिक थैरेपी से जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	136
52	3.3.4.1	मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	136
53	4.1	वर्ष 2013 में साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण	141
54	4.2	वर्ष 2014 में साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण	142
55	4.3	वर्ष 2015 में साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण	143
56	4.4	समग्र साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि 2013 से 2015 तक के आधार पर वर्गीकरण	144
57	4.5	समग्र साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि 2013 से 2015 तक लिंग के आधार पर वर्गीकरण	145
58	4.6	चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में वर्ष 2013 से 2015 तक, एक सप्ताह से अधिक समय तक, भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों में से उत्तरदाता मनोरोगियों का वर्गीकरण	146
59	4.7	उत्तरदाता मनोरोगियों का लिंग के आधार पर वर्गीकरण	147
60	4.8	उत्तरदाताओं का वयस्कता के आधार पर वर्गीकरण	147
61	4.9	उत्तरदाताओं का आयु के आधार पर वर्गीकरण	148
62	4.10	उत्तरदाताओं का शैक्षणिक स्तर के आधार पर वर्गीकरण	149
62	4.11	उत्तरदाताओं का व्यवसाय के आधार पर वर्गीकरण	150
64	4.12	उत्तरदाताओं का आय के आधार पर वर्गीकरण	151
65	4.13	उत्तरदाताओं का धर्म के आधार पर वर्गीकरण	152

66	4.14	उत्तरदाताओं का निवास स्थान की प्रकृति के आधार पर वर्गीकरण	153
67	4.15	उत्तरदाताओं का जाति वर्ग के आधार पर वर्गीकरण	154
68	4.16	उत्तरदाताओं का पारिवारिक संरचना के आधार पर वर्गीकरण	154
67	4.17	उत्तरदाताओं का वैवाहिक स्थिति के आधार पर वर्गीकरण	155
68	4.18	उत्तरदाताओं का घर के स्वरूप के आधार पर वर्गीकरण	156
69	4.19	उत्तरदाताओं का आर्थिक स्तर के आधार पर वर्गीकरण	156
70	4.20	मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	157
71	4.21	मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं के योगदान के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	158
72	4.22	स्वयं की स्वास्थय प्रस्थिति एवं भूमिका के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	159
73	4.23	राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के योगदान के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	160
74	4.24	मानसिक बीमारी के लिए अपनी परम्परागत मान्यताओं के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना	161
75	4.25	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू एवं सकारात्मक परिणाम	163
76	4.26	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू एवं रोगी में परिवर्तन	164
77	4.27	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का रोगी एवं समाज पर प्रभाव	165
78	4.28	मनोरोगियों के उपचार में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का योगदान	166
79	4.29	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू व संतुष्टि का प्रकार्यात्मक पक्ष	167
80	4.30	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का चिकित्सकीय महत्व	167
81	4.31	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का सरकारी महत्व	168
82	6.1.1	मानसिक बीमारी आनुवांशिक होती हैं के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	240

83	6.1.2	मानसिक बीमारी का शारीरिक स्वास्थ्य से कोई संबंध नहीं है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	241
84	6.1.3	मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव नहीं है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	242
85	6.1.4	मानसिक बीमारी का कारण दैवीय शक्तियां हैं के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	243
86	6.1.5	मानसिक बीमारी जीवन पर्यन्त बनी रहती है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	243
87	6.1.6	मानसिक बीमारी संक्रामक है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	244
88	6.1.7	विवाह से मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	245
89	6.1.8	मानसिक बीमारी का उपचार केवल अस्पताल में भर्ती होने पर ही सम्भव है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	245
90	6.1.9	मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति का व्यवहार हमेशा विचित्र होता है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	246
91	6.1.10	मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति खतरनाक होते हैं के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	247
92	6.1.11	मानसिक बीमारी एक सामाजिक कलंक है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	248
93	6.1.12	एक सामान्य व्यक्ति कभी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	249
94	6.1.13	राजस्थान में मानसिक बीमारी का प्रचलन कम है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	249
95	6.1.14	मानसिक अस्पताल में उपचार का एकमात्र तरीका प्रतिबन्ध है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण	250

चित्र सूची

क्रम संख्या	चित्र संख्या	चित्र शीर्षक	पृष्ठ संख्या
1	1.1.1	स्वास्थ्य के मुख्य आयाम	03
2	1.1.2	स्वास्थ्य के घटक	03
3	1.3.1	कुण्ठित व्यक्ति	19
4	1.3.2	व्यक्ति का लक्ष्य प्राप्ति हेतु बढ़ता हुआ प्रयास	24
5	1.3.3	लक्ष्य प्राप्ति हेतु नयी योजना बनाता हुआ व्यक्ति	24
6	1.3.4	कुण्ठा को दूर करने हेतु पूर्व निर्धारित लक्ष्य से परिवर्तन करता हुआ व्यक्ति	25
7	2.3.1	राजस्थान के संभागों का वर्गीकरण	77
8	4.1	मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि	162

अध्याय – प्रथम

सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि : अवधारणात्मक पहलुओं का स्पष्टीकरण

1.1 मानसिक स्वास्थ्य एवं मानसिक अस्वस्थता का अर्थ

1.2 शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सहसम्बन्ध

1.3 कुण्ठा एवं मानसिक संघर्ष

1.4 मनोरचनाएं एवं व्यक्तित्व

1.5 मनोरोगों का इतिहास एवं रोकथाम की अवधारणा

1.6 मनोरोगों के कारण एवं वर्गीकरण

1.7 मनोविकृत रोग

1.8 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं संबंधित कानून

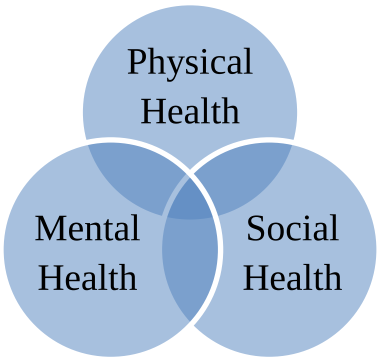
1.1 मानसिक स्वास्थ्य एवं मानसिक अस्वस्थता का अर्थ

सामान्य परिचय – एक व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित होता है। व्यक्ति के स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता है। स्वास्थ्य शब्द मात्र शारीरिक स्वास्थ्य तक ही सीमित नहीं है। पिछले कुछ दशक से स्वास्थ्य से सम्बन्धित मनोवृति में बदलाव आया है एवं अब शारीरिक स्वास्थ्य के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य के बारे में भी लोगों की जागरूकता में वृद्धी हुई है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के द्धारा दी गई परिभाषा में सिर्फ रोगों के उपचार को ही महत्व न देकर वरन् स्वास्थ्य के प्रोत्साहन एवं रोगों की रोकथाम को भी स्वास्थ्य का अभिन्न अंग माना गया है। जैसा कि कहा जाता है पहला सुख निरोगी काया अर्थात् सारी सुख सुविधाएं होने के बावजूद स्वास्थ्य के अभाव में यह सब व्यर्थ है। स्वस्थ जीवन ईश्वर का वरदान है। हमारे पूर्वजों ने कहा भी है कुर्वन्नेह कर्माणि जिजीविषेत शतं समाः अर्थात कर्मशील एवं स्वस्थ रह कर ही सौ वर्ष जीने की इच्छा करनी चाहिए। हम कर्मशील तभी हो सकते हैं जब मन एवं तन स्वस्थ रहे। स्वास्थ्य हमारे जीवन का सार है। एक प्रसिद्ध कहावत है। स्वस्थ शरीर में ही स्वस्थ मन का निवास होता है।

- स्वतंत्रता प्राप्ति से पहले व्यक्ति के केवल शारीरिक स्वास्थ्य पर ही ध्यान दिया जाता था। मानसिक व सामाजिक स्वास्थ्य पर ध्यान नगण्य मात्र था। लेकिन स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद भारत में विभिन्न विकास योजनाओं के साथ व्यक्ति के शारीरिक स्वास्थ्य के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य पर ध्यान दिया गया है। लेकिन अभी भी सामाजिक स्वास्थ्य की तरफ ध्यान सीमित मात्र है, जबकि व्यक्ति का सम्पूर्ण स्वास्थ्य उस देश की जैव सांख्यिकी का निर्धारक कारक होता है और हम किसी भी समाज या देश को तब तक पूर्ण विकसित नहीं कह सकते हैं, जब तक कि उस समाज या देश के सभी व्यक्ति पूर्ण रूप से स्वस्थ न हो। अतः इस विकासशील भारत देश को स्वास्थ्य के क्षेत्र में पूर्ण विकसित होने के लिए स्वास्थ्य के सभी पहलुओं पर ध्यान देना होगा।
- दिनोंदिन बढ़ते भौतिकवादी दृष्टिकोण के कारण मनुष्य का मन अनेक प्रकार की चिंताओं, आशंकाओं और तनावों से आक्रान्त रहता है। दिन–प्रतिदिन के इस संघर्ष ने मानसिक अस्वस्थता को जन्म दिया है।
- चिकित्सा सुविधाओं की सहज प्राप्ति के कारण शारीरिक स्वास्थ्य तो प्राप्त किया जा सकता है किन्तु मन का स्वास्थ्य दिनोंदिन दुर्लभ होता जा रहा है। क्योंकि मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती हैं। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती हैं और कुछ पूरी नहीं हो पाती हैं। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हों। अपूर्ण आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है, जिससे तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव व्यक्ति में मानसिक रोग उत्पन्न कर देता है। इसलिए मनोरोगों को कम करने एंव मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एंव सामाजिक पुनर्वास का मुख्य योगदान होता है।

स्वास्थ्य

- एक जीव की वह अवस्था जिसमें उसके सभी भाग उसके जैविक कार्यों को सामान्य रूप से करते हैं, स्वास्थ्य कहा जाता है।
- W.H.O. (7 अप्रेल 1948)[1] के अनुसार – "स्वास्थ्य पूर्णतः शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक तंदुरूस्ती की स्थिती है, केवल रोग या अपंगता का अभाव नही।" इस प्रकार W.H.O. द्वारा की दी गई परिभाषा में स्वास्थ्य के तीन मुख्य आयामों पर विशेष जोर दिया गया है, जो कि शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक स्वास्थ्य हैं।



चित्र – 1.1.1
स्वास्थ्य के मुख्य आयाम

स्वास्थ्य के घटक :–

स्वास्थ्य के घटको को ही, स्वास्थ्य के आयामों एवं स्वास्थ्य के पहलुओं के नाम से भी जाना जाता है। सम्पूर्ण स्वास्थ्य के निम्नलिखित घटक होते हैं।

1. शारीरिक स्वास्थ्य	2. मानसिक स्वास्थ्य	3. सामाजिक स्वास्थ्य
4. सांस्कृतिक स्वास्थ्य	5. आध्यात्मिक स्वास्थ्य	6. भावनात्मक स्वास्थ्य
7. व्यावसायिक स्वास्थ्य	8. वातावरणीय स्वास्थ्य	9. बौद्विक स्वास्थ्य

चित्र – 1.1.2
स्वास्थ्य के घटक

स्वास्थ्य को प्रभावित करन वाले सामाजिक तत्व –

- खान पान की सामाजिक पद्वतियां एवं स्वास्थ्य शिक्षा का प्रचार प्रसार।
- समुदाय का आर्थिक स्तर एवं समुदाय का शैक्षणिक स्तर।
- समुदाय की चिकित्सकीय व्यवस्था एवं समुदाय हेतु परिवहन व्यवस्था।
- सामाजिक रीति रिवाज एवं परम्परागत मान्यताएं।
- व्यक्ति के सामाजिक, सांस्कृतिक, आर्थिक एवं मनोवैज्ञानिक स्तर।
- अंधविश्वास एवं गलत धारणाओं से युक्त समाज।

मानसिक स्वास्थ्य

- मानसिक स्वास्थ्य, सम्पूर्ण स्वास्थ्य का एक महत्वपूर्ण पहलू है। मानसिक स्वास्थ्य के लिए आंतरिक कारकों एवं बाहरी वातावरण के मध्य संतुलन होना अति आवश्यक है। सामान्यतया मानसिक स्वास्थ्य को निम्न प्रकार से परिभाषित किया जाता है।
- मानसिक स्वास्थ्य किसी भी व्यक्ति की वह योग्यता है जिसके द्धारा वह व्यक्तिगत एवं सामाजिक संतुलन स्थापित करता है।
- W.H.O. के अनुसार[2] – "मानसिक स्वास्थ्य व्यक्ति की वह क्षमता है जिसके द्धारा वह दूसरों से सुसंगत संबंधों का निमार्ण करता है एवं अपने सामाजिक, भौतिक या आध्यात्मिक परिवेश के परिवर्तनों मे भाग लेता है या रचनात्मक रूप से योगदान करता है।"
- P.V.Lewkan के अनुसार[3] – "मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति वह है जो स्वयं सुखी है। अपने पड़ोसियों के साथ शांतिपूर्वक रहता है, अपने बच्चों को स्वस्थ नागरिक बनाता है और इन आधारभूत कर्तव्यों को करने के बाद भी जिसमें इतनी शक्ति बच जाती है कि वह समाज के हित के लिए भी कुछ कर सके।" अर्थात मानसिक रूप से स्वस्थ रहने पर व्यक्ति अपने परिवेश से भली प्रकार समंजन कर पाता है और अपनी और अपने परिवार की तथा अपने समाज की उन्नति के लिए कोशिश करता है।

मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारक[4]

व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को निम्न कारक प्रभावित करते हैं।

1. **आनुवांशिक कारक** – आनुवांशिकता व्यक्ति के व्यवहार, व्यक्तित्व तथा शारीरिक मानसिक योग्यताओं के निमार्ण एंव विकास को प्रभावित करने वाला एक महत्वपूर्ण कारक है। एक बालक को अपने पूर्वजों से प्राप्त हुए गुणों की मात्रा एवं संख्या उसके मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है।
2. **शारीरिक स्वास्थ्य** – व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के लिए आवश्यक है व्यक्ति शारीरिक रूप से स्वस्थ हो। देखा गया है कि जो व्यक्ति लम्बे समय तक शाारीरिक रोगों से ग्रस्त होते हैं, उनमें विभिन्न प्रकार के मानसिक संघर्ष, कुण्ठाएं इत्यादी उत्पन्न हो जाती हैं। जैसे दो या दो से अधिक शारीरिक बीमारी होने पर मानसिक बीमारी का उत्पन्न होना।
3. **परिवार** – व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर उसके परिवार का भी प्रभाव पड़ता है क्योंकि जन्म के समय बच्चा न तो सामाजिक होता है और न असामाजिक। उसके मन रूपी किताब पर सर्वप्रथम परिवार के अनुभवों का प्रभाव पड़ता है। यदि बालक को परिवार में उपयुक्त वातावरण प्राप्त नहीं होता है तो बालक में विभिन्न शारीरिक मानसिक विकार उत्पन्न हो सकते हैं। अतः स्पष्ट है कि परिवार व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है।
4. **संवेगात्मक स्थिति** – व्यक्ति की संवेगात्मक स्थिति भी मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। यदि व्यक्ति अपने संवेगों एवं भावनाओं की अभिव्यक्ती सही प्रकार से नहीं कर पाता है तो निश्चय ही उसमें संवेगात्मक और स्नायुविक विकार उत्पन्न हो जाते हैं।
5. **शिक्षा** – मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य कारक शिक्षा भी है। एक व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य इस बात पर भी निर्भर करता है कि उसका शिक्षा का स्तर क्या है। यदि उसकी शिक्षा दोषपूर्ण है तो निश्चय ही इसका प्रभाव उस व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर भी दिखाई पड़ता है।
6. **धर्म एंव संस्कृति** – व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को उसका धर्म एंव संस्कृति भी प्रभावित करते हैं। व्यक्ति अपने आपको जानने, स्वीकार करने एवं अभिव्यक्त करने का तरीका धर्म एवं संस्कृति से सीखता है। अतः किसी व्यक्ति की मानसिक स्वस्थता व अस्वस्थता का अध्ययन करते समय आवश्यक है कि उस व्यक्ति की सांस्कृतिक एवं धार्मिक पृष्ठभूमि का अध्ययन भी किया जाये।

7. **किशोरावस्था** – किशोरावस्था के प्रारम्भ होते ही शरीर में अनेक महत्वपूर्ण परिवर्तन आते हैं जैसे – शरीर के आकार, यौन ग्रन्थियों, जननेन्द्रिय और मुखाकृति में परिवर्तन। ये शारीरिक परिवर्तन व्यक्ति के व्यवहार एवं व्यक्तित्व निर्माण को भी प्रभावित करते हैं। इस अवस्था में अनेंक प्रकार के मनोवैज्ञानिक तनाव, द्वन्द एवं कुण्ठा उत्पन्न होती है जो मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है।
8. **निर्धनता** – मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य कारक निर्धनता भी है। जब व्यक्ति के पास आय के साधन कम होते जाते हैं तो निर्धनता बढ़ती जाती है और उसके मन का संतुलन बनाये रखना बड़ा कठिन हो जाता है। इसलिए बीमारी, गरीबी, बेरोजगारी व अशिक्षा से ग्रसित व्यक्तियों में अवसाद की उच्च दर पाई जाती हैं। पाश्ले लिखता है, अकेले गरीबी ही प्रत्यक्ष रूप से जीविकाहीन गरीबों में पाये जाने वाले पागलपन के मामलों की सम्पूर्ण संख्या का एक बड़ा भाग उत्पन्न करती है।
9. **बेरोजगारी** – मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य कारक बेरोजगारी भी है। वास्तव में, जब कोई व्यक्ति कार्य करने का इच्छुक है और वह शारीरिक एवं मानसिक रूप से कार्य करने में समर्थ है, फिर भी उसे कोई कार्य नहीं मिलता जिससे कि वह जीविका कमा सके तो ऐसे व्यक्ति को बेरोजगार कहते हैं। बेरोजगार होने की दशा को बेरोजगारी कहते हैं। जब व्यक्ति पूर्णतया बेरोजगार (संरचनात्मक, मौसमी, खुली, अल्प, प्रच्छन्न, एवं शिक्षित बेरोजगार) हो जाता है तो उसका मानसिक संतुलन गड़बड़ा जाता है, और उसमें अनेक मनोविकृतियां उत्पन्न हो जाती हैं।
10. **मनोरंजन के साधनों की कमी** – मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता एवं मानसिक स्वास्थ्य में सीधा आनुपातिक संबंध होता है। जो परिवार जितना अधिक सुखी होगा उसमें मनोरजंन की क्षमता उतनी ही अधिक पाई जाती है, और वह परिवार मानसिक रूप से उतना ही स्वस्थ होता है। मनोरंजन के साधनों की कमी के कारण ही तलाकशुदा, विधवा एवं अकेले व्यक्तियों में अवसाद की दर अत्यधिक पाई जाती है।
11. **सामाजिक परिवर्तन** – मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य कारक सामाजिक परिवर्तन भी है। वह परिवर्तन जो मानवीय सम्बन्धों, व्यवहारों, संस्थाओं, प्रथाओं, प्रस्थितियों, कार्यविधियों, मूल्यों, सामाजिक संरचना, आदि में होता है सामाजिक परिवर्तन कहलाता है। यह परिर्वतन प्राकृतिक, जैविक, आर्थिक, सांस्कृतिक, प्रौधोगिक, जनसंख्यात्मक, सैनिक, राजनैतिक, मनोवैज्ञानिक इत्यिादि कारकों के कारण घटित होता है। अत्यधिक सामाजिक परिवर्तन मानसिक असन्तोष, मानसिक संघर्ष, मानसिक तनाव, इत्यिादि उत्पन्न करता है, जो हत्या, आत्महत्या, तथा अपराध को बढ़ावा देता है।
12. **अन्य कारक** – आधुनिक समाज में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य मुख्य कारकों में बदलते सामाजिक मूल्य एवं राजनीतिक अस्थिरता भी है।

➢ दिनोंदिन आधुनिक समाज में सामाजिक मूल्य बदलते जा रहे हैं, जिससे सामाजिक परिवर्तन को बढ़ावा मिल रहा है, जो मानसिक तनाव को उत्पन्न करता है। इसी प्रकार राजनीति में भी दिनोंदिन भ्रष्टाचार बढ़ता जा रहा है, जो व्यक्तियों में मानसिक संघर्ष एवं मानसिक असन्तोष उत्पन्न करते हुए बड़े बड़े संगठित अपराध, श्वेतवसन अपराध, पेशेवर अपराध, एवं साइबर अपराधों को जन्म दे रहा है।

मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति के लक्षण/विशेषताएँ

मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति के निम्न लक्षण होते हैं।

1. **स्वयं के प्रति सकारात्मक अभिवृति** – एक मानसिक स्वस्थ व्यक्ति स्वंय पर विश्वास रखता है और वह स्वयं एवं समाज के साथ अच्छी तरह समायोजन बनाये रखता है। वह स्वयं के बारे में जागरूक होता है और खुद को वास्तविक रूप में स्वीकार करता है। वह अपनी पहचान के बारे में और

समाज में अपनी अर्थपूर्ण भूमिका के बारे में जागरूक होता है। वह अपने सकारात्मक एवं नकारात्मक पहलुओं को अच्छी तरह पहचानता है और उन्हे स्वीकार भी करता है। उसका जीवन उद्धेश्यपूर्ण होता है।

2. **स्व–वास्तवीकरण –** मॉस्लो ने सर्वप्रथम स्वयं की अवधारणा को प्रस्तुत किया। इनके अनुसार व्यक्ति जब तक स्वयं के बारे में जागरूक होता है और खुद से पर्याप्त रूप में जुड़ा रहता है, तो उसमें स्व–साक्षात्कार एवं स्व–अनुभूति की इच्छा जागृत होती हैं और वह अपनी योग्यताओं के अधिकतम विकास की ओर उन्मुख होता है। एक स्वस्थ व्यक्ति वह है, जो स्वयं के साथ व दूसरों के साथ प्रभावी एवं स्वतन्त्र रूप से अन्तःक्रिया कर सकता हैं। वह स्वयं के अनुभवों को अच्छी तरह से दूसरो के साथ बांट सकता है एवं दूसरों के अनुभवों से अपने व्यक्तित्व का विकास कर सकता हैं। मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति अपने गुणों एवं सीमाओं का सही–सही मूल्यांकन कर सकता है।
3. **स्वयं पर पूर्ण नियन्त्रण –** मानसिक दृष्टि से स्वस्थ व्यक्ति कठिन परिस्थितियों में स्वयं निर्णय कर लेता है। वह स्वतन्त्रता एवं आश्रितता के मध्य संतुलन बनाये रखता हैं। वह पूर्ण उत्तरदायित्व तरीके से व्यवहार करता है। वह आवश्यकता अनुसार बिना अपना आपा खोये, स्वतंत्र रूप से या अन्य के साथ मिलकर कार्य करता है।
4. **समायोजनशीलता –** मानसिक दृष्टि से स्वस्थ व्यक्ति में र्प्याप्त मात्रा में समायोजनशीलता पायी जाती है। वह पारस्परिक अन्तःक्रियाओं में अपनी इसी योग्यता के आधार पर उपयुक्त समायोजन करने में सफल रहता है। मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति द्धारा विभिन्न परिस्थितियों में किया गया समायोजन प्रभावपूर्ण होता है।
5. **वास्तविकता से पूर्ण जुड़ाव –** एक मानसिक दृष्टि से स्वस्थ व्यक्ति कल्पनाओं एवं हकीकत में भेद समझता है। वह हमेशा कल्पना–लोक में विचरण नही करता है। उसे अपनी सीमाओं का ज्ञान होता है। वह अपने दोषो को स्वीकार कर उन्हे दूर करने की कोशिश करता है। वह समय–समय पर अपना आत्मनिरिक्षण करता है। वह इस तथ्य से पूरी तरह परिचित होता है कि परिवर्तन जीवन का नियम है, एवं बदलती परिस्थितियों के अनुसार वह स्वयं को ढालने की कोशिश करता है।
6. **बाहरी कारकों पर नियन्त्रण –** एक मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति बाहरी संसार के साथ प्रभावी रूप से सम्बन्ध स्थापित करता है। वह अपने जीवन की समस्याओं को दूर करने की कोशिश करता है। ये व्यक्ति सामाजिक शिष्टाचार में प्रवीन होते हैं। मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति अपने समाज के व्यक्तियों, सहकर्मीयों एवं पारिवारिक सदस्यों से अच्छे सामाजिक सम्बन्ध बनाये रखता है। वह परस्पर सहयोग से अपने व्यक्तित्व का निर्माण एवं विकास करता है।
7. **भावनाओं और संवेगों पर नियन्त्रण –** एक मानसिक स्वस्थ व्यक्ति भावनात्मक परिपक्वता प्रदर्शित करता है। वह हमेशा व्यक्त भावनाओं एवं दमित भावनाओं के मध्य संतुलन बनाये रखता है। समाज में उसका व्यवहार जिम्मेदारीपूर्ण होता है और वह अपनी भावनाओं एवं विचारो को स्पष्ट रूप से व्यक्त करता है। एक मानसिक स्वस्थ व्यक्ति भीतरी अन्तर्द्वन्दों एवं बाहरी संघर्षों के मध्य संतुलन स्थापित करता है और समय के अनुसार अपने संवेगों, इच्छाओं एवं मनः स्थिति पर नियन्त्रण बनाये रखता है। व्यक्ति किस प्रकार विभिन्न परिस्थितियों में सामंजस्य बनाये रखता है, इसी के अनुसार उसकी नियन्त्रण क्षमता का मापन किया जाता है। मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति में पर्याप्त मात्रा में संवेगात्मक स्थिरता पायी जाती है। मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति अपने संवेगों की अभिव्यक्ति परिस्थिति एवं आवश्यकता के अनुसार ही करता है।
8. **अतिवाद का अभाव –** अरस्तु ने आदर्श व्यक्ति का लक्षण अतिवाद का अभाव माना है। कहा भी जाता है कि अतिसर्वत्र वर्जयते। अर्थात अत्यधिक बोलने वाले या खाने वाले व्यक्तियों को बहुधा पछताना पड़ता है। अतः मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए जीवन का सर्वांगीण विकास करना चाहिए। व्यक्ति को संतुलित व्यक्तित्व के साथ विविध रूचियाँ रखनी चाहिए। अतः अति से

बचना मानसिक स्वास्थ्य के विकास हेतु आवश्यक है। एक मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति में किसी भी प्रकार की अतिवादिता नही पाई जाती है। वह न अधिक सम्मान पाना चाहता है न ही अधिक प्रतिष्ठा। वह न अधिक आक्रामक होता है, न अधिक संवेगी। व्यवहार में किसी भी प्रकार की अतिशयता मानसिक स्वास्थ्य में असंतुलन उत्पन्न कर देती है।

9. **आत्मविश्वास –** मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति में पर्याप्त मात्रा में आत्मविश्वास पाया जाता है। वह जीवन की संर्घषमयी परिस्थितियों का धैर्यपूर्वक सामना करता है, एवं परिस्थिति पर विजय पाने के प्रति आशावान होता है।

10. **नियमित जीवन –** स्वस्थ आदतें, मानसिक स्वास्थ्य का आधार है। रहने–सहने, खाने–पीने, सोने–जागने आदि की निश्चित स्वस्थ आदत, बन जाने से व्यक्ति का जीवन नियमित हो जाता है और व्यर्थ का समय एवं ऊर्जा नष्ट नहीं होती है। स्वस्थ व्यक्ति जीवन के हर कार्य को बड़े स्वाभाविक तरीके से बगैर उलझन के कर लेते हैं। उनका जीवन बहुत सुलझा हुआ होता है। मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति की दिनचर्या नियमित तथा समाज और संस्कृति की परिस्थितियों के अनुसार होती है।

11. **लैंगिक परिपक्वता –** मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति में लैंगिक परिपक्वता पायी जाती है। वह अपनी लैंगिक इच्छाओं की सन्तुष्टि केवल समाज द्वारा मान्य तरीकों से करता है। वह समाज में सभ्य व्यक्तियों की तरह जीवन यापन करता है एवं समाज द्वारा मान्य सीमाओं में रहकर ही अपनी कामवासनाओं की संतुष्टि प्राप्त करता है।

12. **दूसरों के प्रति सद्भावना –** एक मानसिक दृष्टि से स्वस्थ व्यक्ति अन्य व्यक्तियों का आदर करता है। वह दूसरों में पर्याप्त रूचि दिखता है, एवं उनके साथ संतुष्टिपूर्ण सम्बन्ध बनाता है। वह दूसरों पर विश्वास कर सकता है एवं समयानुसार सहायता ले या दे भी सकता है। इस प्रकार यह पारिस्परिक सद्भाव उसके व्यक्तित्व निर्माण में सहायता कर सकता है। मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने हेतु व्यक्ति के लिए आवश्यक है कि व्यक्ति अपने आत्म सम्मान को बनाये रखे और दूसरों के आत्मसम्मान को बनाये रखने का पूरा–पूरा प्रयास करे।

13. **जीवन की आवश्यकताओं की पूर्ति करने में सक्षम –** मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति अपनी दैनिक आवश्यकताओं की पूर्ति भलीभांति प्रकार से कर सकता है। वह अपने जीवन के हर पहलू के मध्य संतुलन स्थापित करता है, जैसे– घर एवं कार्य के मध्य। एक मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति किसी भी तनावपूर्ण स्थिति में बिना किसी अन्य की मदद से स्वयं का समायोजन कर सकता है। वह अवसरवादी होते हुए भी परिस्थितियों से सामंजस्य बिठाने का प्रयास करता है। वह कठिन परिस्थितियों से हताश न होकर स्वयं को और सुधारने की कोशिश करता है।

14. मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति के अन्य लक्षण/विशेषताएं[5]

A. वे स्वयं के बारे में अच्छा महसूस या अनुभव करते हैं।

1. वे स्वयं का सम्मान करते हैं।
2. वे अपने जीवन में निराश नही होते हैं।
3. वे अपनी कमियों को स्वीकार कर सकते हैं।
4. वे स्वयं को एक समुह का सदस्य समझते हैं।
5. वे प्रत्येक दिन की सभी चीजों में आनन्द लेते हैं।
6. वे अपनी योग्याताओं को न कम महत्व देते है और न अधिक।
7. वे अधिकांश परिस्थितियों के साथ समायोजन एवं मुकाबला कर सकते हैं।
8. वे अपनी भावनाओं भय, क्रोध, प्रेम, ईर्ष्या, अपराध एवं चिंता के द्वारा अभिभूत नही होते हैं।

B. वे अन्य लोगों के साथ सहज या आरामदायक महसूस करते हैं।

1. वे दूसरों के हितो का ध्यान रखते हैं।
2. वे दूसरे व्यक्तियों को पसंद करते हैं।
3. वे दूसरे व्यक्तियों का सम्मान करते हैं।
4. वे दूसरे व्यक्तियों पर विश्वास रखते हैं।
5. वे दूसरों से लाभ की आशा नहीं रखते हैं।
6. वे अपने मित्रों के साथ जिम्मेदारी की भावना रखते हैं।
7. वे दूसरों के प्रति सहिष्णुतापूर्ण दृष्टिकोण रखने वाले होते हैं।
8. वे व्यक्तिगत तौर पर दूसरे व्यक्तियों से संतोषजनक एवं स्थाई रिश्ते रखते हैं।

C. वे अपने जीवन की आवश्यकताओं की पूर्ति करने में सक्षम होते हैं।

1. वे अपनी प्रतिभा का उपयोग करते हैं।
2. वे अपनी जिम्मेदारियों को स्वीकार ते हैं।
3. वे अपने कार्य के परिणाम में संतोष रखते हैं।
4. वे अपने जीवन में स्वतन्त्र निर्णय ले सकते हैं।
5. वे भविष्य में होने वाली घटनाओं से नहीं डरते हैं।
6. वे नये अनुभवों एवं नये विचारों का स्वागत करते हैं।
7. वे अपने वातावरण के साथ समायोजन कर सकते हैं।
8. वे स्वयं के लिए यथार्थवादी लक्ष्यों का निर्धारण करते हैं।
9. वे अपने जीवन में उत्पन्न होने वाली समस्याओं का समाधान कर सकते हैं।

मानसिक अस्वस्थता

- मानसिक अस्वस्थता, मानसिक स्वास्थ्य की विपरीत अवस्था है। अतः मानसिक अस्वस्थता के शिकार व्यक्तियों में वे सभी लक्षण नहीं पाये जाते हैं, जो एक मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति में दिखाई देते हैं। मानसिक बीमारी के अन्तर्गत व्यक्ति के सामान्य कामकाज बुरी तरह प्रभावित हो जाते हैं। एवं इसको गंभीर और चिन्ताजनक मनोवैज्ञानिक लक्षणों के अनुभव के रूप में परिभाषित किया जाता है। जैसे – चिन्ता, उदास मनः स्थिति, हठी विचार, भ्रम और मतिभ्रम।
- मानसिक अस्वस्थता एक चिकित्सकीय महत्वपूर्ण व्यवहारिक या मनोवैज्ञानिक सिन्ड्रोम या पैटर्न है जो कि एक व्यक्ति में होती है और यह संकट एवं विकलांगता या दर्द व विकलांगता, स्वतन्त्रता और मौत की कमी का खतरा बढ़ने के साथ सम्बन्धित होती है।

मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति के लक्षण

- मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्तियों के निम्न लक्षण हैं –
  1. अपने दोषों को न समझ पाना।
  2. अपनी कमियों हेतु दूसरों को दोष देना।
  3. असामान्य यौन जीवन एवं अनियमित जीवन।
  4. एकाकी जीवन एवं अत्यधिक कामुक।
  5. क्रोधी प्रवृति एवं व्यवसाय में अकुशलता।
  6. जीवन में अरूचि एवं दूसरों के प्रति ईर्ष्या की भावना।
  7. आत्मविश्वास की कमी एवं अतिवादिता का पाया जाना।
  8. संवेगात्मक अस्थिरता एवं निर्णय लेने की अक्षमता।
  9. निराशावादी प्रवृति।
  10. अपनी घरेलू, व्यावसायिक और सामाजिक परिस्थितियों के साथ असामंजस्य।

मानसिक रूप से स्वस्थ एवं मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति के लक्षण

क्रम संख्या	मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति के लक्षण	मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति के लक्षण
1.	स्वयं के प्रति सकारात्मक मनोवृति।	स्वयं के प्रति नकारात्मक मनोवृति।
2.	स्व–मूल्यांकन की क्षमता।	स्वयं का मूल्यांकन नही कर सकता।
3.	स्वयं के व्यवहार पर नियन्त्रण।	स्व–नियन्त्रण का अभाव।
4.	वास्तविकता से पूर्ण जुड़ाव।	वास्तविकता से अलग–अलग।
5.	वातावरण पर नियन्त्रण।	वातावरण पर नियन्त्रण का अभाव।
6.	जीवन में अतिवाद का अभाव।	जीवन में अतिवाद का पाया जाना।
7.	जीवन में रूचि।	जीवन में अरूचि।
8.	सामूहिक जीवन।	एकाकी जीवन।
9.	पर्याप्त आत्मविश्वास।	आत्मविश्वास की कमी।
10.	संवेगात्मक स्थिरता।	संवेगात्मक अस्थिरता।
11.	आशावादी प्रवृति।	निराशावादी प्रवृति।
12.	स्वयं के निर्णय लेने की क्षमता।	निर्णय लेने में अक्षम।
13.	नियमित जीवन।	अनियमित जीवन।
14.	अपनी जिम्मेदारी स्वीकार करना।	अपनी कमियों हेतु, दूसरों को दोष देना।
15.	सामान्य यौन जीवन एवं लैंगिक परिपक्वता।	असामान्य यौन जीवन।

सारणी–1.1.1
मानसिक रूप से स्वस्थ एवं मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति के लक्षणों की तुलना

मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं का योगदान[6]

किसी भी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने या बनाये रखने के लिए स्वास्थ्य के सभी पहलुओं का योगदान होता है। स्वस्थ होने का वास्तविक अर्थ अपने आप पर ध्यान क्रेंदित करते हुए जीवन जीने के स्वस्थ तरीकों को अपनाया जाना है। यदि हम मानसिक रूप से स्वस्थ होने की इच्छा रखते हैं तो हमें खुश रहना चाहिए और मन में इस बात का ध्यान रखना होगा कि स्वास्थ्य के समस्त पहलू अलग अलग टुकडों की तरह हैं। अतः अगर हमें अपने जीवन को कोई अर्थ प्रदान करना है तो हमें स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं को एक साथ फिट करना पड़ेगा। वास्तव में एक व्यक्ति सम्पूर्ण स्वास्थ्य जिसमें मानसिक स्वास्थ्य भी शामिल है को प्राप्त करने के शारीरिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, आध्यात्मिक, भावनात्मक, व्यावसायिक, वातावरणीय एवं बौद्विक स्वास्थ्य को अपने जीवन में अपनाकर अपने सम्पूर्ण स्वास्थ्य स्तर को प्राप्त कर सकता है।

1. **शारीरिक स्वास्थ्य –** शारीरिक स्वास्थ्य शरीर की स्थिति को दर्शाता है जिसमें इसकी संरचना, विकास, कार्यप्रणाली और रखरखाव शामिल होता है। शारीरिक स्वास्थ्य सभी पहलुओं में एक व्यक्ति की सामान्य स्थिति है। यह एक जीव की कार्यात्मक और चयापचय दक्षता का एक स्तर है। अच्छे शारीरिक स्वास्थ्य को सुनिश्चित करने के निम्नलिखित कुछ तरीके हैं।

- संतुलित आहार की आदतें एवं गहरी नींद।
- आंत की नियमित गतिविधि एवं संतुलित शारीरिक गतिविधियां।
- नाड़ी स्पंदन, रक्तदाब, श्वसन एवं शारीरिक तापमान का सामान्य होना।
- आयु एवं लिंग के अनुसार शरीर का आकार एवं वजन का होना।
- शरीर के सभी अंग सामान्य आकार के हों एवं उचित रूप से कार्य कर रहे हों।
- पाचन शक्ति सामान्य एवं सक्षम हो।
- साफ एवं कोमल त्वचा हो।
- आँख नाक कान जिव्हा स्वस्थ हो।
- दांत एवं जीभ साफ सुथरी हो एवं मुंह से दुर्गन्ध न आती हो।
- समय पर भूख लगती हो एवं हाथ पांव स्वस्थ हो।
- मेरूदण्ड सीधा हो एवं शरीर की उंचाई के हिसाब से वजन हो।
- चेहरे पर चमक हो तथा शारीरिक संगठन सुदृढ एवं लचीला हो।
- मल विसर्जन सामान्य मात्रा में समय पर होता हो।

2. **सामाजिक स्वास्थ्य –** सामाजिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित होता है। इसके अन्तर्गत व्यक्ति समाजीकरण एवं सामाजिक अन्तःक्रिया के द्वारा दूसरे व्यक्तियों के साथ संतुष्टिपूर्ण रिश्ते बनाता है एवं प्राप्त करता है। व्यक्तियों का सामाजिक स्वास्थ्य, किसी भी व्यक्ति की भलाई के उस आयाम को संदर्भित करता है कि वह अन्य लोगों के साथ कैसे क्रिया एवं प्रतिक्रिया करता है एवं वह किस प्रकार सामाजिक संस्थाओं और सामाजिक आचार के साथ सूचनाओं का आदान प्रदान करता है से संबंधित होता है। मनुष्य एक सामाजिक प्राणी है बिना समाज के मनुष्य की कल्पना करना भी निरर्थक है। सामाजिक स्वास्थ्य का मतलब व्यक्ति के खुद के अन्दर व समाज के सदस्यों के बीच तथा पूरी मानव जाति व खुद के बीच आपसी ताल–मेल व अंखण्ड़ता की भावना ही सामाजिक स्वास्थ्य कहलाती है। दूसरे अर्थों में व्यक्ति की उसके व उसके समाज के अन्य सदस्यों के बीच आपसी सम्बन्धों की सीमा एवं गुणवत्ता को सामाजिक स्वास्थ्य कहा गया है। अर्थात –
   - सामाजिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति की अपने समुदाय के साथ अन्तःक्रिया की मात्रा है।
   - एक समाज के लिए समाजिक स्वास्थ्य कानून और नियमों की तरह है जिसे सभी नागरिकों पर समान रूप से लागू किया जाता है। सामाजिक स्वास्थ्य के अन्तर्गत व्यक्ति समुदाय का एक सदस्य होने के नाते महसूस करता है कि उसकी शिक्षा एवं प्रतिभा का विकास, व्यक्तिगत विकास के साथ प्रोत्साहित किया जाता है।
   - सामाजिक स्वास्थ्य, निर्णय प्रक्रियाओं के लिए सार्वजनिक पहुंच है।
3. **बौद्विक स्वास्थ्य –** एक व्यक्ति की यह संज्ञानात्मक क्षमता है जिसके आधार पर वह अपने ज्ञान को विकसित करने एवं जीवन को आगे बढ़ाने के लिए कौशल का प्रयत्न करता है। हमारी बौद्विक क्षमता हमारी रचनात्मकता को प्रोत्साहित और हमारे निर्णय लेने की क्षमता में सुधार करने में मदद करती है। इसके कारण व्यक्ति कठिन से कठिन समस्याओं का सामना करते समय भय, लोभ, क्रोध, मोह, अपराधबोध एवं चिंता के वश में न आकर समस्याओं का समाधान तलाशने में निपुण होता है एवं परिस्थितियों के अनुसार समायोजन कर लेता है। इसके कारण व्यक्ति दूसरों की भावनात्मक आवश्यकताओं की समझ रखने के साथ ही उनकी आवश्यकताओं का ध्यान रखता है एवं शिष्ट व्यवहार करता है तथा जरूरत पड़ने पर आलोचनाओं को स्वीकार कर लेता है।
4. **आध्यात्मिक स्वास्थ्य –** हमारा अच्छा स्वास्थ्य आध्यात्मिक रूप से स्वस्थ हुए बिना अधूरा है। जीवन के अर्थ और उद्देश्य की तलाश करना हमें आध्यात्मिक बनाता है। आध्यात्मिक स्वास्थ्य हमारे निजी

मान्यताओं और मूल्यों को दर्शाता है। अच्छे आध्यात्मिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने का कोई निर्धारित तरीका नहीं है। यह हमारे अस्तित्व की समझ के बारे में अपने अंदर गहराई से देखने का एक तरीका है। महर्षि व्यास ने दो बातें कही हैं परोपकार से पुण्य मिलता है और दूसरों को पीड़ा देने से पाप। आध्यात्मिक स्वास्थ्य को निम्न प्रकार समझ सकते हैं।

- प्राणी मात्र के कल्याण की भावना हो।
- सभी सुखी हों का आचरण हो।
- तन मन एवं धन से शुद्धता वाला आचरण हो।
- परस्पर सहानुभूति परोपकार एवं लोकल्याण की भावना वाला हो।
- कथनी एवं कथनी में अन्तर न हो।
- योग एवं प्राणायाम का अभ्यासी हो।
- श्रेष्ठ चरित्रवान व्यक्तित्व एवं इन्द्रियों को संयम में रखने वाला हो।
- सकारात्मक जीवन शैली जीने वाला हो।
- पुण्य कार्यों के द्वारा आत्मिक उत्थान वाला हो।
- समुचित ज्ञान की प्राप्ति की सतत इच्छा रखने वाला हो।
- अपने शरीर सहित इस भौतिक जगत की किसी भी वस्तु से मोह न करने वाला हो।

5. **भावनात्मक स्वास्थ्य** – शारीरिक स्वास्थ्य के साथ भावनात्मक स्वास्थ्य की देखभाल करना भी महत्वपूर्ण है। भावनात्मक रूप से मजबूत होने का मतलब यह नहीं है कि आपको हमेशा खुश रहना चाहिए। इसका मतलब है कि आप अपनी भावनाओं से अवगत है। आप किसी भी प्रकार के विचारों से निपट सकते हैं। जो लोग भावनात्मक रूप से मजबूत होते हैं वे अपने विचारों, भावनाओं, और व्यवहारों को नियंत्रित करने में सक्षम होते हैं। यदि वे भावनात्मक रूप से कमजोर है तो डिप्रेशन एवं चिंता जैसे लक्षणों को विकसित करना शुरू कर सकते हैं।
6. **सांस्कृतिक स्वास्थ्य** – सांस्कृतिक स्वास्थ्य विभिन्न मूल्यों, विश्वासों और भावनाओं के साथ एक व्यक्ति के प्रति सांस्कृतिक क्षमता का प्रदर्शन करने की क्षमता को संदर्भित करता है।
7. **वातावरणीय स्वास्थ्य** – वातावरणीय स्वास्थ्य मानव स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले प्राकृतिक और निर्मित वातावरण के सभी पहलुओं से संबंधित सार्वजनिक स्वास्थ्य की शाखा है। वातावरणीय स्वास्थ्य मानव स्वास्थ्य के लाभ के लिए प्राकृतिक और निर्मित वातावरण पर केंद्रित है।
8. **व्यावसायिक स्वास्थ्य** – प्रत्येक व्यक्ति को अपनी आजीविका के लिए कोई न कोई कार्य अवश्य करना पड़ता है। उसके लिए वह कोई भी कार्यक्षेत्र अपनाता है तथा वह उसके जीवन का अविभाज्य अंग बन जाता है। वह उस व्यक्ति के स्वास्थ्य को विशेष रूप से प्रभावित करता है और उसी से उसकी प्रतिष्ठा, मान–सम्मान, हीनता या श्रेष्ठता की उपलब्धि होती है। उसका आत्मसम्मान, आत्मविश्वास व स्वाभिमान उसी से जुड़ा हुआ होता है। इस प्रकार समस्त पहलुओं का प्रभाव स्वास्थ्य पर पड़ता है।

- इस प्रकार एक व्यक्ति स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं जिसमें मानसिक स्वास्थ्य भी शामिल है को अपने जीवन में अपनाकर अपने सम्पूर्ण स्वास्थ्य स्तर को प्राप्त कर सकता है।

1.2 शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सहसम्बन्ध

अस्वस्थता – शरीर की एक ऐसी अवस्था जिसमें शरीर का एक अथवा अधिक भाग, कार्य करने में असमर्थ हो जाते हैं, अस्वस्थता अथवा बीमारी कहा जाता है।

शारीरिक स्वास्थ्य

- इसके अन्तर्गत एक व्यक्ति शारीरिक रूप से मजबूत, साधारण कार्य करने में सक्षम एवं बीमारी, चोट या दर्द से मुक्त रहता है।
- शारीरिक स्वास्थ्य सभी पहलुओं में एक व्यक्ति की सामान्य स्थिति है। यह एक जीव की कार्यात्मक और चयापचय दक्षता का एक स्तर है।
- शारीरिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति का दिये गए किसी भी समय पर सम्रग की स्थिति है। शारीरिक स्वास्थ्य वजन नियन्त्रण, स्वच्छता, त्वचा और बालों की देखभाल से मिलकर बना है।
- शारीरिक स्वास्थ्य किसी भी शरीर के विभिन्न भागों की वास्तविक स्वास्थ्य को संदर्भित करता है। आम तौर पर, यह मानसिक स्वास्थ्य को शामिल नहीं करता है, लेकिन इसे कर सकते हैं।
- शारीरिक स्वास्थ्य को एक व्यक्ति के सम्रग स्वास्थ्य का एक अनिवार्य हिस्से के रूप में परिभाषित किया जा सकता है, इसके अन्तर्गत शारीरिक फिटनेस से लेकर सम्पूर्ण स्वास्थ्य तक प्रत्येक वस्तु को शामिल किया गया है।

शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारक[7]

शारीरिक स्वास्थ्य, देखने के एक दृष्टिकोण से पांच कारकों पर निर्भर करता है। जो कि एक दूसरे से स्वतन्त्र हैं। ये कारक मन, पोषण, व्यायाम, आनुवांशिकता और सामाजिक वातावरण हैं। एक व्यक्ति के शारीरिक स्वास्थ्य को निम्न कारक प्रभावित करते हैं।

1. **मन** – व्यक्ति के शारीरिक स्वास्थ्य पर उसकी मानसिकता का बहुत बड़ा प्रभाव पड़ता है। एक व्यक्ति में मानसिक तनाव बढ़ने पर उसकी पाचन शक्ति एवं प्रतिरक्षा प्रणाली प्रभावित हो जाती है।
2. **पोषण** – पोषण भी शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है। जो व्यक्ति अपने भोजन में संतुलित आहार समुचित मात्रा में लेते हैं, उनका शारीरिक स्वास्थ्य बहुत अच्छा होता हैं, एवं उनमें किसी भी प्रकार की पोषण से सम्बन्धित बीमारियां नहीं होती हैं।
3. **व्यायाम** – व्यायाम भी शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला एक महत्वपूर्ण कारक है। इसके दौरान ऊष्मा का उत्पादन उसके शरीर से उत्सर्जित पदार्थ के अनुपात में अधिक होता है। व्यायाम करते समय शरीर में संग्रहीत शर्करा का विघटन होता है। साथ ही ऊर्जा मुक्त होती है। जितनी अधिक मात्रा में व्यायाम किया जाएगा, उतनी ही अधिक मात्रा में ऊर्जा का उत्पादन होता है। व्यायाम करते समय शरीर में होने वाला रक्त प्रवाह बढ़ जाता है एवं गर्मी महसूस होती है। अत्यधिक व्यायाम करने से हमारे शरीर का तापमान, नाड़ी, श्वसन एवं रक्तचाप बढ़ जाते हैं।
4. **आनुवांशिकता** – आनुवांशिकता व्यक्ति के व्यवहार, व्यक्तित्व तथा शारीरिक योग्यताओं के निमार्ण एंव विकास को प्रभावित करने वाला एक महत्वपूर्ण कारक है। एक बालक को अपने पूर्वजों से प्राप्त हुए गुणों की मात्रा एवं संख्या उसके शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है।
5. **सामाजिक वातावरण** – सामाजिक वातावरण भी शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला एक महत्वपूर्ण कारक है। जब व्यक्ति बार–बार शराब पीता है, और अपने दोस्तों के साथ बाहर जाकर ज्यादा वसायुक्त खाद्य पदार्थ ग्रहण करता है तो उसका शारीरिक स्वास्थ्य गंभीर रूप से प्रभावित हो जाता है।
6. **अन्य कारक** – शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारक निम्नलिखित हैं।
   - धूम्रपान, मोटापा एवं शराब।
   - दुर्घटना, बीमारी एवं चोट।
   - जहर एवं नशीली दवाओं का सेवन।

शारीरिक स्वास्थ्य एवं मानसिक स्वास्थ्य में सहसंबंध[8] – मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य एक दूसरे से मौलिक रूप से जुड़े हुए हैं। मानसिक अस्वास्थ्य और जीर्ण भौतिक स्थितियां, काफी लोगों के

जीवन की गुणवत्ता, स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकताओं और अन्य सार्वजनिक रूप से वित पोषित सेवाओं को प्रभावित करती हैं एवं व्यक्ति और समाज के लिए खराब परिणाम उत्पन्न करती हैं।

- विश्व स्वास्थ्य संगठन[1] ने स्वास्थ्य को निम्न प्रकार से परिभाषित किया है। ‘‘स्वास्थ्य पूर्णत: शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक तंदुरूस्ती की स्थिती है, केवल रोग या अपंगता का अभाव नहीं।’’ अर्थात विश्व स्वास्थ्य संगठन का मुख्य कथन है कि मानसिक स्वास्थ्य के बिना स्वास्थ्य अपने आप में परिपूर्ण नहीं है।
- कनाड़ा मानसिक स्वास्थ्य संघ (2003)[8] के अनुसार, मानसिक स्वास्थ्य सकारात्मक रूप से शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है। उदाहरण के लिए, चिंता और तनाव अक्सर गंभीर सिर दर्द, पेट में अल्सर, और उच्च रक्तचाप के साथ जुड़े रहते हैं। इसी प्रकार मनोचिकित्सक पेरी एवं फेरीवाला ने भी बताया है कि अत्यधिक चिंता और तनाव अस्थमा को बढ़ावा देते हैं। इसके अतिरिक्त तनाव गठिया रोग भी उत्पन्न करता है। इन्होंने अपनी रिपोर्ट के निष्कर्ष में बताया कि लम्बे समय तक चिन्ता करने पर हृदय रोग होने की संभावना बढ़ जाती है। इसके अलावा अत्यधिक चिंता करने पर मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति एवं प्रतिरक्षा प्रणाली कमजोर हो जाती है, जो काफी पुरानी शारीरिक बीमारियों को विकसित करने में बढ़ावा देती है।इसी प्रकार शारीरिक बीमारी के भी मानसिक स्वास्थ्य पर नकारात्मक प्रभाव होते हैं।
- वाशिंगटन विश्वविद्यालय के स्कूल ऑफ मेडिसिन विभाग (2003) की शोध के अनुसार यह बताया गया कि शारीरिक बीमारी के साथ मरीजों में प्रमुख रूप से अवसाद ग्रस्तता उच्च दर में व्याप्त होती है। वास्तव में, कैंसर, गठिया, दमा, मधुमेह और हृदय रोग के साथ रोगियों में चिंता, अवसाद, एवं तनाव का अनुभव करना निसंदेहजनक है।जिन रोगियों में अवसाद मानसिक बीमारी होती है, उनमें हृदय रोग से मृत्यु होने की संभावना 67 प्रतिशत, कैंसर रोग से मृत्यु होने की संभावना 50 प्रतिशत, श्वसन रोग से मृत्यु होने की संभावना दो गुना एवं चयापचय रोग से मृत्यु होने की दर में तीन गुना वृद्धि हो जाती है। इसी प्रकार जिन मरीजों में मधुमेह, उच्च रक्तचाप, कोरोनरी धमनी रोग एवं दिल की विफलता होती है, उनमें अवसाद होने की दर दो गुना हो जाती है, एवं गुर्दे की विफलता, क्रोनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज, और सेरिब्रोवास्कुलर डिजीज में अवसाद होने की दर तीन गुना हो जाती है। इसी प्रकार जिन रोगियों में सिजोफ्रेनिया मानसिक बीमारी होती है, उनमें हृदय रोग से मृत्यु होने की संभावना दो गुना, श्वसन रोग से मृत्यु होने की संभावना तीन गुना एवं संक्रामक रोग से मृत्यु होने की दर में तीन गुना वृद्धि हो जाती है। इसी प्रकार गंभीर क्रोनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज से ग्रसित रोगियों के एक अध्ययन में पाया गया कि 22 प्रतिशत मरीजों को हल्का अवसाद था, जिनमें से 17 प्रतिशत एन्टीड्रिप्रेसेन्ट दवाई ले रहे थे। शोधकर्ताओं का कहना है कि इन रोगियों के उपचार के लिए एक स्वतन्त्र निर्धारक स्वास्थ्य संबंधी जीवन की गुणवत्ता की आवश्यकता है।
- मनोरोग विज्ञान संस्थान, लंदन, यूके, के प्रोफेसर डेविड गोल्डबर्ग[9] की एक शोध रिपोर्ट के अनुसार, एक पुरानी बीमारी के साथ मरीजों में अवसाद की दर सामान्य से लगभग तीन गुना ज्यादा होती है। प्रोफेसर डेविड गोल्डबर्ग बताते हैं कि अवसाद और क्रोनिक शारीरिक बीमारी परस्पर एक दूसरे से सम्बन्धित तो हैं ही, बल्कि अवसाद की उच्च दर, कई पुरानी बीमारीयों का कारण है। हालांकि अवसाद का प्रभावी ढंग से इलाज किया जा सकता है, लेकिन वहाँ कोई स्पष्ट सबूत नहीं है कि अवसाद का उपचार करने पर शारीरिक बीमारी में सुधार हो सकता है। इनके अध्ययन में बताया गया है कि बीमारी, गरीबी, बेरोजगारी व अशिक्षा से ग्रसित व्यक्तियों में अवसाद की उच्च दर पाई जाती है, लेकिन सामुदायिक भागीदारी, मनोरंजनात्मक गतिविधियों, फैमिली थैरेपी, संगीत थैरेपी एवं ड्रग थैरेपी के द्वारा अवसाद को कम किया जा सकता है।

➢ मानसिक स्वास्थ्य और शारीरिक स्वास्थ्य में सहसंबंध का निष्कर्ष निम्न हैं।

1. खराब मानसिक स्वास्थ्य, जीर्ण भौतिक स्वास्थ्य स्थितियों के लिए एक जोखिम भरा कारक है।
2. जीर्ण भौतिक स्वास्थ्य स्थितियां, खराब मानसिक स्वास्थ्य के विकास के लिए एक जोखिम भरा कारक है।
3. उचित मात्रा में पोष्टिक आहार लेने पर, व्यायाम करने पर, एवं पर्याप्त आय की सुनिश्चित्ता होने पर मानसिक स्वास्थ्य में बढ़ोतरी होती है।
4. अच्छा मानसिक स्वास्थ्य व्यक्ति के शारीरिक विकास में वृद्धि करता है।
5. जो व्यक्ति लम्बे समय तक शारीरिक रोगों से ग्रस्त होते हैं, उनमें विभिन्न प्रकार के मानसिक संघर्ष, कुण्ठाएं इत्यादी उत्पन्न हो जाती हैं। जिससे उनका मानसिक स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता है।
6. दो या दो से अधिक शारीरिक बीमारी होने पर मानसिक बीमारी स्वतः ही उत्पन्न हो जाती है।
7. कमजोर शारीरिक स्वास्थ्य अवसाद को बढ़ावा देता है।
8. शारीरिक स्वास्थ्य एवं मानसिक स्वास्थ्य में सीधा आनुपातिक सहसंबंध होता है।

- इन सभी अनुसंधानों एवं साक्ष्यों से पता चलता है कि शरीर और मन के बीच एक मजबूत संबंध है और एक स्वस्थ जीवन की शैली के लिए मानसिक एवं शारीरिक स्वास्थ्य का संतुलित होना बहुत जरूरी है। क्योंकि ये एक दूसरे पर सकारात्मक रूप से प्रभाव ड़ालते है। जिस तरह खराब मानसिक स्वास्थ्य हृदय, कैंसर, और मधुमेह रोगों को बढ़ावा देता है, उसी तरह कमजोर शारीरिक स्वास्थ्य भी मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं को जन्म देता है। इसलिए व्यक्ति को शारीरिक एवं मानसिक रूप से स्वस्थ रहने के लिए समुचित मात्रा में संतुलित आहार लेने साथ ही, व्यायाम भी करना चाहिए, और धूम्रपान, शराब एवं नशीली दवाओं को उपयोग में नहीं लेना चाहिए।

सामाजिक स्वास्थ्य

- सामाजिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित होता है। इसके अन्तर्गत एक व्यक्ति समाजीकरण एवं सामाजिक अन्तःक्रिया के द्वारा दूसरे व्यक्तियों के साथ संतुष्टिपूर्ण रिश्ते बनाता है एवं प्राप्त करता है। व्यक्तियों का सामाजिक स्वास्थ्य, किसी भी व्यक्ति की भलाई के उस आयाम को संदर्भित करता है कि वह अन्य लोगों के साथ कैसे क्रिया एवं प्रतिक्रिया करता है एवं वह किस प्रकार सामाजिक संस्थाओं और सामाजिक आचार के साथ सूचनाओं का आदान प्रदान करता है से संबंधित होता है। अर्थात इसके अन्तर्गत एक व्यक्ति दूसरे व्यक्तियों का साथ कैसे प्राप्त करता है एवं संस्थाओं और लोगों का, चारों और से एक व्यक्ति के लिए समर्थन के स्तर का तथा एक समाज प्रत्येक व्यक्ति को समाज के कार्यों में योगदान सदस्य के रूप में कार्य करने के लिए समान अवसर प्रदान करता है का अध्ययन करते हैं। जिसे हम निम्न तरह समझ सकते हैं।
  - सामाजिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति की अपने समुदाय के साथ अन्तःक्रिया की मात्रा है।
  - एक समाज के लिए सामाजिक स्वास्थ्य कानून और नियमों की तरह है जिसे सभी नागरिकों पर समान रूप से लागू किया जाता है।
  - सामाजिक स्वास्थ्य, निर्णय प्रक्रियाओं के लिए सार्वजनिक पहुँच है।
  - सामाजिक स्वास्थ्य के अन्तर्गत व्यक्ति समुदाय का एक सदस्य होने के नाते महसूस करता है कि उसकी शिक्षा एवं प्रतिभा का विकास, व्यक्तिगत विकास के साथ प्रोत्साहित किया जाता है।

सामाजिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कारक[10]

एक व्यक्ति के सामाजिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को आयु, लैंगिकता, आय, शिक्षा, वैवाहिक स्थिति, सामाजिक नेटवर्क, नस्ल और नृजातियता, गरीबी, कच्चा घर एवं कुपोषण प्रभावित करते हैं।

1. **आयु** – आयु भी सामाजिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है। एरिकसन के अनुसार सम्पूर्ण जीवन में आठ प्रकार की संघर्षमयी अवस्थाऐं आती हैं, और इस अवधि में व्यक्ति का सामाजिक स्वास्थ्य सामाजिक अन्तःक्रियाओं, सामाजिक लक्ष्य, भावनात्मक संघर्ष, सामाजिक संबंध आदि से प्रभावित होता है एवं हर व्यक्ति इन आठ अवस्थाओं से होकर गुजरता है। जन्म से एक साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध माता से एवं विश्वास की भावना पर आधारित होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत आशा होती है। जबकि एक से तीन साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध माता–पिता से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत बच्चे की इच्छा शक्ति होती है। इसी प्रकार तीन साल से छः साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध परिवार के सदस्यों से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत बच्चे के उददे्श्य होते हैं। छः वर्ष से बारह वर्ष एवं बारह साल से उन्नीस साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध क्रमशः स्कूल के मित्रों और स्कूल के बाहर के मित्रों से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत क्रमशः स्वयं की योग्यता का सम्मान और विश्वास होता है। इसी प्रकार बीस वर्ष से चालीस वर्ष और चालीस वर्ष से पैंसठ वर्ष तक के व्यक्ति का महत्वपूर्ण संबंध क्रमशः पति/पत्नी, मित्रों और घर के सदस्यों के साथ होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत क्रमशः प्यार और दूसरों की देखभाल से होती है। जबकि पैंसठ वर्ष से अधिक साल के व्यक्ति का महत्वपूर्ण संबंध समस्त मानव जाति से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत बुद्धिमता होती है। अर्थात छोटी उम्र में जहाँ बच्चे का समाजीकरण होता है वहीं पैंसठ वर्ष से अधिक साल का व्यक्ति अपना जीवन साथी, मित्र या प्रिय व्यक्ति को खो चुका होता है एवं उसका साथी अकेलापन हो जाता है, जो तनाव को बढ़ावा देता है, जिससे उसका सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता है।
2. **लैंगिकता** – लैंगिकता भी सामाजिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारक है, क्योंकि विभिन्न समय में पुरूषों और महिलाओं में विभिन्न प्रकार के रोग उत्पन्न हो जाते हैं। दूसरा मुख्य कारण यह है कि महिलाएं घर के भीतर काम करती है, और पुरूष घर के बाहर कार्य करता है। पुरूषों के बजाय महिलाएं बच्चों की परवरिश और घर के कामकाज की देखभाल अधिक करती हैं, जिससे उनके सामाजिक सम्बन्ध पुरूषों की अपेक्षा कम बनते हैं। जिससे उसका सामाजिक स्वास्थ्य विचलित होता है।
3. **आय** – आय भी सामाजिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है। क्योंकि उच्च आय बेहतर स्वास्थ्य के साथ उच्च सामाजिक स्थिति के साथ जुड़ी हुई होती है, जिससे सबसे अमीर और सबसे गरीब के बीच में सामाजिक स्वास्थ्य का बहुत बड़ा मतभेद उत्पन्न हो जाता है।
4. **शिक्षा** – शिक्षा भी सामाजिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारक है, क्योंकि शिक्षा का कम स्तर खराब स्वास्थ्य, अधिक तनाव और कम आत्मविश्वास के साथ जुड़ा हुआ होता है। अशिक्षा का प्रभाव व्यक्ति के सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, सामाजिक संस्थाओं, समूहों व संरचनाओं पर पड़ता है, जिससे अशिक्षित या कम शिक्षित व्यक्ति सामाजिक दायित्वों का सही तरह से निर्वाह नहीं कर पाता है।
5. **वैवाहिक स्थिति** – अविवाहित व्यक्ति की तुलना में विवाहित व्यक्ति की सामाजिक स्थिति उच्च होती है, क्योंकि विवाहित व्यक्ति ही विभिन्न प्रकार के धार्मिक कार्य कर सकता है। जैसे – पंच महायज्ञ करना, दान देना, कन्या दान लेना व देना, अतिथि सत्कार करना, ईश्वर की पूजा–पाठ करना, आदि।

6. **सामाजिक नेटवर्क** – सामाजिक नेटवर्क भी सामाजिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है। इसके अन्तर्गत यदि व्यक्ति अपने परिवार, दोस्तों और समुदायों का अधिक से अधिक सर्मथन प्राप्त कर लेता है, तो उसके सामाजिक स्वास्थ्य पर परिवार एवं सभी समुदायों के विश्वास का सकारात्मक प्रभाव पड़ता है।
7. **नस्ल और नृजातियता** – नस्ल और नृजाति दोनों ही भिन्न अवधारणाएं हैं। नस्ल की पहचान के लिए जैविकीय विशेषताओं का प्रयोग किया जाता है, जबकि नृजातियता की पहचान के लिए जैविकीय विशेषताओं के साथ–साथ सांस्कृतिक विशेषताओं जैसे धर्म, व्यवसाय, भाषा आदि को ध्यान में रखा जाता है।
8. **गरीबी** – अमीर व्यक्ति की तुलना में गरीब व्यक्ति की सामाजिक स्थिति निम्न होती है, एवं वह अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे भोजन, पानी, आवास, स्वास्थ्य आदि की पूर्ति सही तरीके से नहीं कर पाता है, जिससे उसका सामाजिक स्वास्थ्य प्रभावित हो जाता है।
9. **कच्चा घर** – कच्चा घर भी सामाजिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारक है, क्योंकि कच्चे घरों में रहने वाले व्यक्तियों की सामाजिक स्थिति, पक्के घरों में रहने वाले व्यक्तियों की बजाय निम्न होती है। इन घरों में ज्यादातर गरीब व्यक्ति ही निवास करते हैं एवं इनको विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं से गुजरना पड़ता है जैसे श्वसन संक्रमण, त्वचा संक्रमण, दुर्घटनाऐं, मृत्युदर एवं अस्वस्थता दर।
10. **कुपोषण** – समुदाय में कुपोषण का प्रभाव प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष दोनों प्रकार से देखा जाता है। इसके प्रत्यक्ष प्रभाव के कारण बच्चों में क्वाशियोरकर, मैरास्मस, विटामिन तथा खनिज लवणों की कमी से होने वाली बिमारियां पैदा होती हैं तथा अप्रत्यक्ष प्रभाव के कारण बच्चों में मृत्युदर, रूग्णता दर का अधिक होना, शारीरिक तथा मानसिक दुर्बलता तथा कई बार स्थाई अपंगता विकसित होना देखा गया है।
11. **अन्य कारक** – व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित होता है। जिस प्रकार प्रदूषित प्राकृतिक वातावरण स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता है उसी प्रकार प्रदूषित सामाजिक एवं सांस्कृतिक वातावरण भी स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव डालता है। हमारे स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, स्कूल के वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता है। इसके साथ ही मनुष्य सामाजिक प्राणी होने के नाते उसका सामाजिक स्वास्थ्य भी प्रभावित हो जाता है। सामाजिक स्वास्थ्य को सुरक्षा, व्यवसाय, धर्म, राजनीति एवं भौगोलिक क्षेत्र भी प्रभावित करते हैं।

सामाजिक स्वास्थ्य एवं मानसिक स्वास्थ्य में सहसंबंध – स्वतंत्रता प्राप्ति से पहले व्यक्ति के केवल शारीरिक स्वास्थ्य पर ही ध्यान दिया जाता था। मानसिक व सामाजिक स्वास्थ्य पर ध्यान नगण्य मात्र था। लेकिन स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद भारत में विभिन्न विकास योजनाओं के साथ व्यक्ति के शारीरिक स्वास्थ्य के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य पर ध्यान दिया गया है। लेकिन अभी भी सामाजिक स्वास्थ्य की तरफ ध्यान सीमित मात्र है, जबकि व्यक्ति का सम्पूर्ण स्वास्थ्य उस देश की जैव सांख्यिकी का निर्धारक कारक होता है और हम किसी भी समाज या देश को तब तक पूर्ण विकसित नहीं कह सकते हैं, जब तक कि उस समाज या देश के सभी व्यक्ति पूर्ण रूप से स्वस्थ न हों। अतः इस विकासशील भारत देश को स्वास्थ्य के क्षेत्र में पूर्ण विकसित होने के लिए स्वास्थ्य के सभी पहलुओं पर ध्यान देना होगा। क्योंकि स्वास्थ्य के सभी पहलू एक दूसरे से सहसम्बन्धित होते हैं। वर्तमान समय में भी स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर कम ध्यान दिया जा रहा है, जिसके फलस्वरूप हमारे देश में सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ा रहा है और सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ाने से व्यक्तियों में मानसिक विक्षिप्ता उत्पन्न हो जाती है।

- मानव एक सामाजिक प्राणी है और सामाजिक प्राणी होने के नाते मानव विभिन्न प्रकार के सामाजिक संबंधों का निर्माण करता है और ये सामाजिक संबंध सहयोग–असहयोग, स्थायी–अस्थायी, सरल–जटिल एवं अमूर्त इत्यादि प्रकृति के होते हैं। जब मनुष्य इन सामाजिक संबंधों के साथ पूर्ण रूप से सामंजस्य नहीं कर पाता है तो इन संबंधों का प्रभाव विभिन्न सामाजिक संस्थाओं, समूहों व संरचनाओं पर पड़ता है। सामाजिक संस्था जैसे परिवार, विवाह आदि में सामाजिक संबंध, सहयोग, स्थायी व विश्वास प्रकृति के होते हैं। लेकिन जब ये सामाजिक संबंध सहयोग, स्थायी व विश्वास प्रकृति के न होकर असहयोग, अस्थायी व अविश्वास प्रकृति के हो जाते हैं तो इन संबंधों का प्रभाव परिवार के सभी व्यक्तियों पर पड़ता है और व्यक्ति अपने आपको परिवार के मध्य पाते हुए भी अकेला कुण्ठित, तनाव ग्रस्त, आशाविहीन समझने लगता है, जिसके कारण उसका सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता है और एक सामाजिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति सामाजिक रूप से अस्वस्थ हो जाता है।
- **इस प्रकार सामाजिक अस्वस्थता के ये सभी कारण** – परिवार का बदलता स्वरूप, बढ़ते तलाक, बेरोजगारी, निर्धनता, बदलते सामाजिक मूल्य व सामाजिक संबंधों की अस्थिरता, मनोरंजन के साधनों की कमी, युद्ध व दंगे, सामाजिक परिवर्तन, तकनीकी प्रगति, धार्मिक अंधविश्वास, शहरीकरण, सांस्कृतिक पतन, राजनीतिक गतिविधियां, शैक्षणिक व वातावरणीय समस्याएं इत्यादि व्यक्ति में मानसिक संघर्ष पैदा करते हैं, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित हो जाता है, क्योंकि ये सभी अवस्थाएं या कारण तनाव कुण्ठा, अकेलापन एवं असंतोष इत्यादि को जन्म देती हैं एवं लम्बे समय तक सभी तनावपूर्ण अवस्था मानसिक अस्वस्थता या विक्षिप्ता का कारण बन जाती है।
- इस प्रकार व्यक्ति जब मानसिक रूप से अस्वस्थ होता है तो उसे समाज में पागल समझा जाने लगता है, जिसके कारण उसके मन में अत्यधिक अकेलापन, असंतोष, हीनभावना, तनाव, कुण्ठा आ जाती है, जिसके कारण उसकी दैनिक क्रियाएं बदल जाती हैं और वह व्यक्ति मानसिक व शारीरिक रूप से अस्वस्थ एवं कमजोर हो जाता है, जिसके कारण उसको अनेक मानसिक व शारीरिक बिमारियां हो जाती हैं। इस प्रकार सामाजिक अस्वस्थता के सभी कारक मानसिक संघर्ष उत्पन्न करते हुए मानसिक अस्वस्थता व शारीरिक अस्वस्थता को जन्म दे देते हैं, अर्थात शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सीधा आनुपातिक सहसम्बन्ध होता है।

समाज के सामाजिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक पहलू का स्वास्थ्य पर प्रभाव[11] – कुस्वास्थ्य एवं अस्वास्थ्य को हमेशा शारीरिक असंतुलन का परिणाम माना जाता रहा है। इसके कारणों का वर्णन करते समय हमेशा सामाजिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक कारकों की अनदेखी की जाती है। जबकि अनेक रोगों के मूल में सामाजिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक कारणों का योगदान होता है।

1. **समाज के सामाजिक पक्ष का स्वास्थ्य पर प्रभाव** – समाज में व्याप्त अनेक प्रथाएं जैसे बाल विवाह, दहेज प्रथा, प्रर्दा प्रथा, छुआछुत आदि सामाजिक समस्याएं हैं, जो अप्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं। साथ ही ये समाज में भेदभाव, स्त्रियों की निम्न दशा, दहेज प्रताड़ना एवं अधिक मातृ एवं शिशु मृत्यु दर हेतु जिम्मेदार कारक हैं।
2. **समाज के आर्थिक पक्ष का स्वास्थ्य पर प्रभाव** – प्रत्येक समाज की आर्थिक स्थिति के दो पहलू होते हैं अमीर वर्ग और गरीब वर्ग। समाज में निम्न वर्ग में कुछ न कुछ व्यक्ति ऐसे होते हैं, जो अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे खाना, पानी, स्वास्थ्य आदि की पूर्ति नहीं कर सकते हैं। खराब आर्थिक स्थिति के स्वास्थ्य पर निम्न **नकारात्मक प्रभाव** पड़ते हैं।
   - भोजन में पर्याप्त पोषक तत्वों की कमी।
   - बच्चों में कुपोषण एवं कुपोषण के कारण अन्य रोगों की उत्पत्ति।
   - स्वास्थ्य सुविधाओं का लाभ न उठा पाना एवं मद्यपान, जुआ, ड्रग व्यसन का विकास।

- कच्ची बस्तियों एवं कच्चे मकानों में निवास।

3. **समाज के सांस्कृतिक पक्ष का स्वास्थ्य पर प्रभाव –** प्रत्येक समाज का अपना एक सांस्कृतिक प्रतिमान होता है। इन सांस्कृतिक प्रतिमानों में भाषा, धर्म, परम्परा, रहन–सहन का तरीका, खानपान, आवास, विवाह पद्धति सम्मिलित होते हैं। इनमें से कुछ प्रथाएं, विश्वास, स्वास्थ्य हेतु हानिकारक भी सिद्ध होती हैं।

❖ निम्न सांस्कृतिक कारक व्यक्तिगत एवं सामाजिक स्वास्थ्य पर **नकारात्मक प्रभाव** ड़ालते हैं:–

- **खान पान से सम्बन्धित कारक –**
  - केवल शाकाहारी या केवल मांसाहारी भोजन करना।
  - कन्दमूल का त्याग एवं फास्ट फूड का सेवन।
  - अधिक मसालेयुक्त या अत्यधिक मीठा भोजन करना एवं अत्यधिक व्रत–उपवास आदि करना।
  - गर्भवती महिलाओं पर एवं प्रसव उपरांत खान–पान से सम्बन्धित प्रतिबन्ध।
  - नवजात शिशु को पहले कुछ दिन स्तनपान न कराना।
  - ठंडे–पेय एवं मदिरा, तम्बाकू का बढ़ता प्रचलन तथा ठंडे–गर्म भोजन सम्बन्धी निर्देश।
- **सांस्कृतिक अंधविश्वास से सम्बन्धित कारक –** अनेक प्रकार के सांस्कृतिक अंधविश्वास व्यक्ति को रोग अवस्था में सही उपचार से रोकते हैं, ये निम्न हैं –
  - रोग को दैवीय प्रकोप मानना तथा हिस्टीरीया को प्रेत एवं दुष्ट आत्मा का प्रभाव मानना।
  - छोटे बच्चों को नजर लगना एवं छोटी माता को शीतला माता का प्रकोप मानना।
- **आवास से सम्बन्धित कारक –** आवास से सम्बन्धित सांस्कृतिक बिन्दु भी स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं।
  - कच्चे मकानों में रहना एवं घर में शौचालय न रखना तथा घर में पर्याप्त वातायन न होना।
  - प्रसव एवं मासिक स्त्राव के दौरान महिलाओं को अंधेरे कमरे में रखना।

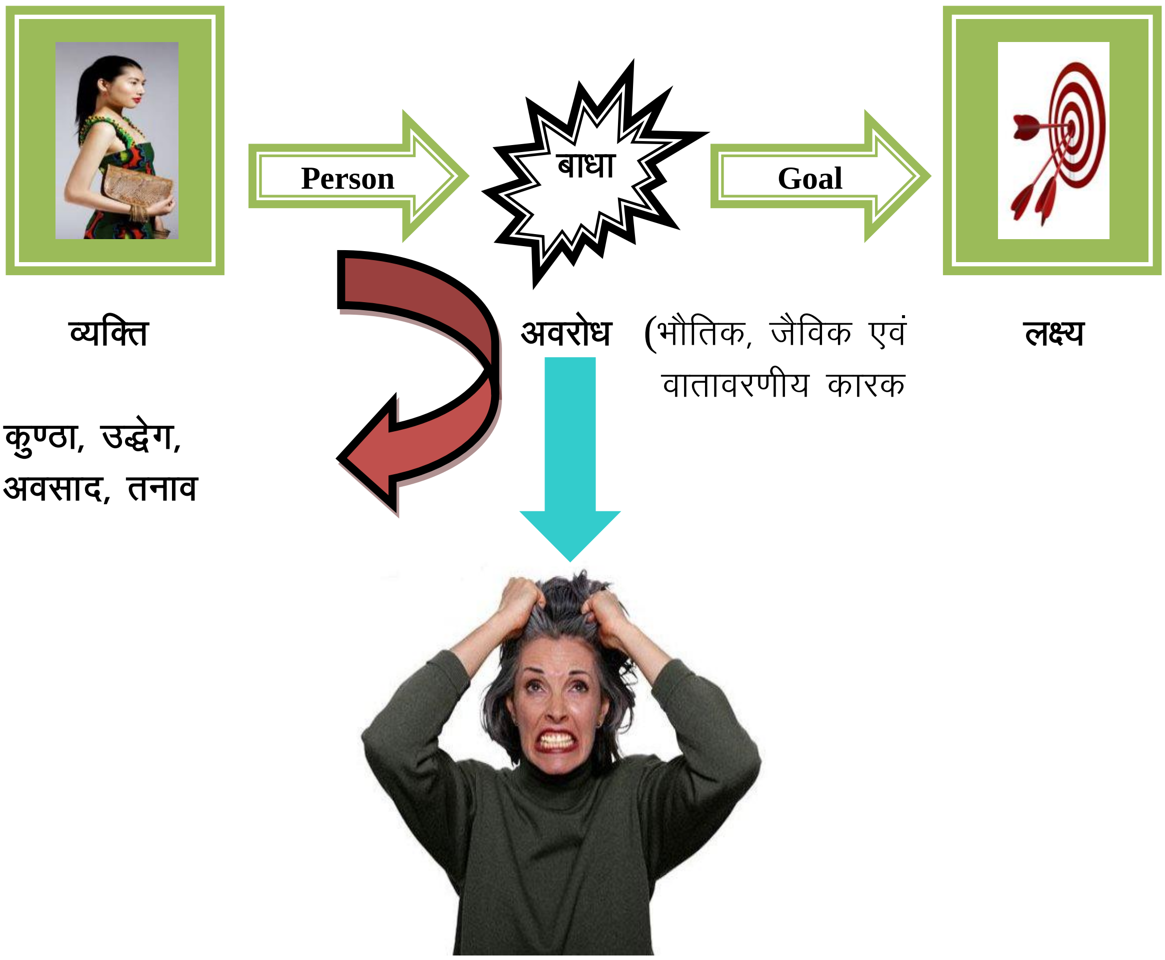
❖ निम्न सांस्कृतिक कारक व्यक्तिगत एवं सामाजिक स्वास्थ्य पर **सकारात्मक प्रभाव** ड़ालते हैं –

- प्रातः जल्दी उठना एवं रात्री में जल्दी सोना तथा ध्यान, प्रणायाम, योग, व्यायाम आदि करना।
- भोजन पूर्व हस्त प्रक्षालन करना तथा कटने या जल जाने पर हल्दी का प्रयोग करना।
- स्नान के पानी में नीम के पत्ते डालना एवं एक विवाही प्रथा।
- प्रसव उपरान्त कुछ महीनों तक सौंठ, अजवायन आदि का भोजन में प्रयोग करना।
- वास्तुकला के अनुसार भवन निर्माण करना जैसे घर का द्वार पूर्व दिशा में रखना, ताकि सूर्य की किरणों से घर रोशन रहें।
- मासिक धर्म के अनुसार स्त्रियों को विश्राम प्रदान करना व जुते उतार कर भोजन प्रदान करना।
- नदियों एवं कुछ वृक्षों, जैसे – पीपल एवं तुलसी जैसे पौधो को पवित्र मानना।
- सौंफ, आंवला, नींबू, पपीता, लौंग, सफेदा, अनेक जड़ी–बुटी आदि को घरेलू नुस्खों के रूप में प्रयोग करना।
- वातावरण शुद्धी हेतु यज्ञ आदि करना एवं पशुओं को पशु–धन मानकर संरक्षण करना।
- पर्यावरण संरक्षण भारतीय संस्कृति का हिस्सा है, ये मानते हुए पृथ्वी को माता, आकाश को पिता का दर्जा देना तथा पर्यावरणीय शक्तियों जैसे वायु, हवा, सूर्य, जल आदि की पूजा करना एवं अनेकानेक त्यौहार मनाया जाना।
- वेदों के अनुसार हमारा सम्पूर्ण जैव मण्डल (पृथ्वी, आकाश, वायु, सूर्य, जल) माता, पिता, पुत्र, पुत्री से युक्त एक परिवार के समकक्ष है इनमें से किसी भी एक का प्रदूषित होना परिवार के प्रदूषित होने के समान का संकेत देता है।
- स्वस्थ हरे–भरे वातावरण को महत्व देना। मत्सय पुराण में एक वृक्ष को सौ पुत्रों के समान माना गया है, एवं चरक संहिता में वृक्ष काटने को वर्जित बताया गया है।

1.3 कुण्ठा एवं मानसिक संघर्ष

सामान्य परिचय – मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती हैं। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती हैं और कुछ पूरी नहीं हो पाती हैं। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हों। अपूर्ण अथवा क्षुब्ध आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है। विफलता प्रत्येक व्यक्ति के जीवन में आती है जिससे तनाव उत्पन्न होता है और समायोजन को बिगाड़ देता है। कुण्ठाओं के अत्यधिक बढ़ जाने पर मानसिक आरोग्य नहीं रह पाता और अलग–अलग प्रकार के मानसिक रोग उत्पन्न हो जाते हैं। व्यक्ति के जीवन में विफलता का होना स्वाभाविक है, जिसके प्रभाव जैसे चिड़चिड़ापन, निराशा, दूसरो से झगड़ना, उदासी इत्यादि देखे जाते हैं। कुण्ठा को हम निम्न प्रकार समझ सकते हैं।

- कुण्ठा एक नकारात्मक प्रतिक्रिया है, जो किसी भी लक्ष्य की प्राप्ति में बाधा उत्पन्न होने से होती है।
- कुण्ठा एक मानसिक स्थिति है जो कि हमारी किसी प्रेरणा के विफल होने के परिणामस्वरूप उत्पन्न होती है।
- कुण्ठा की मानसिक स्थिति के मुख्य मानसिक चिन्ह तनाव की अधिकता, हीन भवना, असन्तोष तथा विभिन्न प्रकार की मनोरचनाएं हैं।
- जब व्यक्ति किसी कारण से अपने निश्चित लक्ष्य पर नहीं पहुंच पाता है तो उससे एक विशेष स्थिति उत्पन्न होती है, जिसे कुण्ठा कहा जाता है। कुण्ठा उत्पन्न होने के पीछे कई कारण होते हैं, जैसे – भौतिक, जैविक, वातावरणीय, मनोवैज्ञानिक इत्यादि।



चित्र : 1.3.1 – कुण्ठित व्यक्ति

कुण्ठा की विशेषताएँ

- कुण्ठा एक नकारात्मक प्रतिक्रिया है, जो लक्ष्य प्राप्ति में बाधा उत्पन्न होने से उत्पन्न होती है।
- कुण्ठा की प्रतिक्रिया के फलस्वरूप व्याकुलता, क्लेश एवं क्रोध की उत्पत्ति होती है।
- कुण्ठा के कारण व्यक्ति पुनः संगठित प्रयास कर सकता है एवं सफलता प्राप्त कर सकता है।
- कुण्ठा से सीखने की प्रक्रिया प्रभावी भी हो सकती है या रूक भी सकती है।

- उदाहरण – जब किसी व्यक्ति को आवश्यक कार्य के कारण बाहर जाना है लेकिन अत्यधिक भीड़ के कारण वह रेल का टिकिट नहीं ले पाता है एवं गाड़ी छूट जाती है तो इस स्थिति में उसमें निराशा एवं कुण्ठा उत्पन्न हो जाती है।

- चित्र 1.3.1 में कुण्ठित व्यक्ति को दर्शाया गया है। इसमें व्यक्ति के लक्ष्य के बीच में बाधा आने पर, वह कुण्ठा, उद्धेग, अवसाद एवं तनाव की स्थिति का सामना करता है।

कुण्ठा के स्त्रोत[12]

कुण्ठा अनेक कारणों से उत्पन्न होती है। मुख्य रूप से कुण्ठा उत्पन्न करने वाले स्त्रोतों या कारकों को दो भागो में बांटा है। आन्तरिक कारक एवं बाह्य कारक, जिनका वर्णन निम्न प्रकार से है।

A. आन्तरिक कारक – कुण्ठा के आन्तरिक कारक निम्न हैं।

1. प्रतिस्पर्धा – व्यक्ति में अत्यधिक प्रतिस्पर्धा की भावना भी कुण्ठा का कारण है। प्रत्येक समाज में सीमित साधन एवं सुविधाऐं उपलब्ध होती हैं। इन्ही साधनों को पाने हेतु समाज के बहुसंख्यक लोगों में होड़ लगी रहती है। यदि व्यक्ति अपने वांछित पद, प्रतिष्ठा, आर्थिक स्तर को प्राप्त करने में असफल रहता है तो यह उसमें कुण्ठा उत्पन्न करती है।

2. आकांक्षा का उच्च स्तर – जब व्यक्ति का लक्ष्य अपनी योग्यताओं से कही अधिक उच्च होता है एवं साथ ही उसकी आकांक्षा का स्तर भी उच्च होता है तो योग्यता के अभाव में असफलता की संभावना अत्यधिक होती है। इस प्रकार प्राप्त असफलता से व्यक्ति में कुण्ठा की उत्पत्ति होती है। उदाहरण – कोई व्यक्ति अच्छा गायक और संगीतज्ञ बनना चाहता है परन्तु उसमें गाने की क्षमता न के बराबर है। इसी प्रकार एक साधारण छात्र I.A.S. की परीक्षा पास करना चाहता है तो यह लक्ष्य उसमें कुण्ठा उत्पन्न करता है क्योंकि लक्ष्य उसकी क्षमता से काफी ऊपर है।

3. प्रयत्नों में कमी – किसी लक्ष्य को प्राप्त करने में विफलता मिलने या कुण्ठा उत्पन्न होने का एक प्रमुख कारण हमारे प्रयत्नों अथवा कार्यविधियों की कमी भी होता है।

4. जन्मजात विकलांगता – जन्मजात अपंगताएं व्यक्ति में हीनता की भावना उत्पन्न करती हैं। जन्मजात विकृति, जैसे – अन्धता, बहरापन, लंगड़ापन इत्यादि व्यक्ति के वांछित लक्ष्य प्राप्ति में बाधा उत्पन्न करते हैं एवं असफलता का कारण बनते हैं। यही असफलता एवं हीनता की भावना, व्यक्ति में कुण्ठा के कारण बन जाते हैं। उदाहरण – एक व्यक्ति अच्छा धावक बनना चाहता है लेकिन एक पांव से लंगड़ा या फ्रेक्चर होने के कारण वह अपनी इस इच्छा को पूरा नहीं कर पाता है। यह अपंगता उसमें कुण्ठा उत्पन्न कर देती है।

5. तीव्र तनाव – व्यक्ति के जीवन की तनावपूर्ण परिस्थितियां अनेक नकारात्मक परिणामों का कारण हैं। जैसे चिन्ता, उद्धेग, भय, गुस्सा इत्यादि। जीवन की कठिन परिस्थितियां अनेक प्रकार के अन्तर्द्वन्दों को जन्म देती हैं। इन मानसिक संघर्षों का यदि उपयुक्त समय पर समाधान नहीं होता है तो ये कुण्ठा उत्पन्न करते हैं। यह तनाव जीवन की विकासात्मक एवं अन्य मनो–सामाजिक कारकों की वजह से भी होता है। जैसे किसी प्रिय व्यक्ति की मृत्यु से उत्पन्न तनाव।

6. विकृतिजन्य अन्त:वैयक्तिक संबंध – परिवार का बदलता स्वरूप, बढ़ते तलाक, बेरोजगारी, निर्धनता, बदलते सामाजिक मूल्य व सामाजिक संबंधों की अस्थिरता, मनोरंजन के साधनों की कमी,

सामाजिक परिवर्तन, धार्मिक अंधविश्वास, सांस्कृतिक पतन इत्यादि व्यक्ति में मानसिक संघर्ष पैदा करते हैं। ये सभी मानसिक अन्तर्द्वन्द परिवार एवं समाज में रोगजनक तनावपूर्ण संबंध का कारण बनते हैं, और इनके कारण व्यक्ति मे कुण्ठा उत्पन्न हो जाती है।

B. बाह्य कारक – कुण्ठा उत्पत्ति के बाह्य कारक/कारण निम्न हैं।

1. **प्राकृतिक पर्यावरण से सम्बन्धित कारक –** प्राकृतिक आपदाएं, जैसे बाढ़, भूकम्प, महामारी, अतिवृद्धि इत्यादि व्यक्ति के लक्ष्य प्राप्ति में बड़ी बाधा उत्पन्न करती हैं एवं असफलता का कारण बनती हैं। ये व्यक्ति को व्यापक नुकसान पहुंचाती हैं एवं वातावरण के साथ व्यक्ति के समायोजन को नष्ट करती हैं। इसी प्रकार भौतिक वातावरण की अड़चने जैसे सड़क पर यातायात की भीड़, पैसो की कमी आदि के कारण भी व्यक्ति अपने निश्चित लक्ष्य तक नही पहुंच पाता है, जिससे कारण व्यक्ति में कुण्ठा उत्पन्न होती है।
2. **दुर्घटनाएं** – आकस्मिक दुर्घटनाएं व्यक्ति के लक्ष्य प्राप्ति में बाधाएं उत्पन्न करती हैं एवं व्यक्ति के मनोबल में गिरावट लाती है। जिसके कारण उसे असफलता का सामना करना पड़ता है। दुर्घटनाएं कई प्रकार की हो सकती हैं जैसे आर्थिक दुर्घटना, शारीरिक दुर्घटना, मानसिक दुर्घटना।
3. **राजनीतिक कारण –** राजनीति में बढ़ता भ्रष्टाचार, सामाजिक अव्यवस्था एवं राजनेताओं के गिरते मुल्य एवं आदर्शो की कमी समाज के युवा वर्गो में कुण्ठा उत्पन्न करती है। बार–बार बदलती राज्य एवं संघ सरकार, राजनेताओं द्वारा किये जा रहे घोटाले इत्यादि कुण्ठा के राजनीतिक कारण हैं।
4. **सामाजिक कारण –** समाज से संबंधित अनेक कारक भी कुण्ठा को उत्पन्न करते हैं। समाज की पुरानी मान्यताएं, रूढी रिवाज, प्रथाएं, अंधविश्वास एवं परम्पराएं भी कभी कभी लक्ष्य प्राप्ति में बाधा उत्पन्न करते हैं एवं कुण्ठा के सामाजिक कारण कहलाते हैं। लक्ष्य प्राप्ति में ये सामाजिक अड़चने सामाजिक वातावरण से उत्पन्न होती है। जैसे माता पिता की नकारात्मक प्रवृति एवं वर्ग का सख्त अनुशासन।
5. **सांस्कृतिक कारण –** विफलता का सबसे बड़ा कारण समाज और संस्कृति द्वारा हमारी विभिन्न प्रेरणाओं की अभिव्यक्ति पर लगाई गई बाधाएं हैं। प्रसिद्ध मनोवैज्ञानिक फ्रायड[13] ने अपनी पुस्तक "Civilization and its Discontents" में यह बताया है कि किस प्रकार मनुष्य को विफलताओं के रूप में संस्कृति का मूल्य चुकाना पड़ता है। सामाजिक और सांस्कृतिक बाधाओं में सबसे अधिक महत्वपूर्ण बाधा यौन प्रेरणाओं की अभिव्यक्ति के विषय में है और फ्रायड ने इसके परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाली असामान्यताओं का व्यापक विवरण दिया है। मानवशास्त्रियों ने पता लगाया है कि जिन आदिम समाजों में सामाजिक और सांस्कृतिक बाधाएं सभ्य समाजों से कम होती हैं, वहाँ के व्यक्तियों में विफलताएं कम देखी जाती हैं।
6. **अन्य कारण –** इन उपरोक्त कारणों के अलावा भी अन्य कई कारण कुण्ठा के स्त्रोत माने जाते हैं। जैसे – लक्ष्य प्राप्ति में देरी एवं साधनो की कमी।

कुण्ठा की प्रतिक्रियाएँ

कुण्ठित व्यक्ति निम्न प्रकार से प्रतिक्रिया करता है।

1. **आक्रमण –** कुण्ठा की सबसे सामान्य प्रतिक्रिया गुस्सा या आक्रमण है। फ्रायड ने कुण्ठा एवं आक्रमण के सम्बन्ध को अधिक स्पष्ट किया है। उनके अनुसार कुण्ठा का उपस्थित होना आक्रामकता का द्योतक है। इसी तरह आक्रमकता का पाया जाना कुण्ठा का द्योतक है।
2. **प्रतिगमन –** अनेक मनोवैज्ञानिकों के अनुसार कुण्ठा के फलस्वरूप व्यक्ति प्रतिगमन कर सकता है। प्रतिगमन का अर्थ – एक वयस्क का अपनी आयु से कम परिपक्व व्यवहार दर्शाना। इसमें व्यक्ति अपने कम आयु के व्यक्ति की तरह व्यवहार करता है। प्रतिगमन की दर लक्ष्य के स्तर पर निर्भर करती है। लक्ष्य जितना आकर्षक होगा, प्रतिगमन की संभावना उतना ही अधिक होती है।

3. **स्थिरीकरण** – कुण्ठा एवं असफलता के परिणाम स्वरूप व्यक्ति का व्यवहार स्थिर प्रकार का भी हो सकता है। कुण्ठा की इस प्रतिक्रिया को और अधिक स्पष्ट करने हेतु मायर[14] ने सन् 1949 में चुहों पर कई प्रयोग किये एवं निष्कर्ष निकाला कि यह स्थाई व्यवहार इतना विशिष्ट होता है कि इसमें सुधार लाना अत्यन्त कठिन होता है।
4. **अधिकार विसर्जन** – कुण्ठा के परिणाम स्वरूप व्यक्ति अपने अधिकारों का त्याग भी कर सकता है। वह अपने आप को परिवार एवं समाज से अलग थलग कर सकता है एवं अवसाद का शिकार हो सकता है।

कुण्ठा के प्रति प्रतिक्रियाएँ

विफलता के प्रति प्रतिक्रिया से भी उसका स्वरूप नष्ट होता है। विफलता या कुण्ठा के प्रति प्रतिक्रियाओं को मुख्य रूप से दो भागो में बांटा है।

A. सामान्य व्यवहार की परिचायक B. असामान्य व्यवहार की परिचायक प्रतिक्रियाएं

A. **सामान्य व्यवहार की परिचायक प्रतिक्रियाएं** – वे प्रतिक्रियाएं जो सामान्य रूप से अधिकतर व्यक्तियों के व्यवहार में देखी जाती हैं। ये प्रतिक्रियाएँ निम्नलिखित हैं।

1. **संवेगात्मक तनाव उत्पन्न होना या बढ़ना** – कोई बालक घर से बाहर जाकर अन्य बालकों के साथ खेलना चाहता है। उसमें ऐसा करने की जबर्दस्त प्रेरणा है। उसे ऐसा करने से रोक दीजिए, तो आप देखेंगे कि उसमें बड़ा भारी संवेगात्मक तनाव उत्पन्न हो जाता है। यह तनाव तब तक बना रहता है जब तक कि विफल हुई प्रेरणा की किसी भी प्रकार से अभिव्यक्त नहीं हो जाती है। यह अभिव्यक्ति सामान्य रूप से अथवा विभिन्न प्रकार की मनोरचनाओं के माध्यम से हो सकती है।
2. **प्रयत्नों में वृद्धि** – विफलता के प्रति स्वस्थ व्यक्ति की प्रतिक्रिया प्रयत्नों में वृद्धि के रूप में अभिव्यक्त होती है। उदाहरण के लिए यदि एक विद्यार्थी छः माही परीक्षा में बहुत कम अंको से अनुत्तीर्ण होता है, तो इस विफलता से हतोत्साह होने के स्थान पर कभी–कभी वह अपने प्रयत्नों को और भी बढ़ा देता है, ताकि भविष्य में विफल न हो और बहुधा होता भी ऐसा ही है। वास्तव में विफलता उपस्थित होने पर स्वस्थ व्यक्ति को उन कारणों पर विचार कारना चाहिए जिनसे विफलता उत्पन्न हुई है। यह आवश्यक नहीं है कि विफलता का कारण उसके अध्ययन की कमी ही हो। हो सकता है कि वह कार्य उसकी सामर्थ्य से बाहर हो, जैसे किसी गलत विषय को चुन लेने पर विद्यार्थी उसमें अधिक सफलता प्राप्त नहीं कर सकता। परन्तु यदि विफलता का कारण हमारे अपने परिश्रम की कमी है तो यह सबसे अच्छा है कि हम विफलता की चिन्ता न करते हुए दुगने परिश्रम से पुनः कार्य में जुट जायें।
3. **विधियों में परिवर्तन** – कभी-कभी विफलता का कारण प्रयत्न की विधि का गलत होना होता है। उदाहरण के लिए अनेक विद्यार्थी प्रथम श्रेणी में उत्तीर्ण होने के लिए आवश्यक पढ़ाई की विधि को नहीं जानते, जिसके कारण परिश्रम करने के बावजूद भी वे प्रथम श्रेणी से उत्तीर्ण नहीं हो पाते। इस प्रकार से विफलता उपस्थित होने पर यदि प्रयत्न की विधि में परिवर्तन कर दिया जाये, तो भविष्य में सफलता मिल सकती है और अनेक व्यक्ति ऐसा करते भी हैं। समझदार व्यक्ति एक विधि से असफल होने पर प्रयत्न की विधि को बदलकर दूसरी विधि से कोशिश करता है और इस प्रकार प्रयत्न और भूल से काम करते हुए अन्त में वे ऐसी विधि जान जाते हैं, जिससे सफलता निश्चित हो जाती है।
4. **लक्ष्य में परिवर्तन** – कुछ लोग किसी एक लक्ष्य को प्राप्त करने में विफल होने पर अपना लक्ष्य ही बदल देते हैं। लक्ष्य का परिवर्तन दो प्रकार से हो सकता है। एक तो यह कि पहले से कुछ नीचा लक्ष्य सम्मुख रखा जाए और दुसरा यह कि एक लक्ष्य को छोड़कर दूसरा लक्ष्य ग्रहण कर लिया

जाए। उदाहरण के लिए सभी विद्यार्थियों में इतनी बुद्धि नहीं होती है कि वे परीक्षा में प्रथम श्रेणी में उत्तीर्ण हो सकें। इस प्रकार का लक्ष्य सामने रखने पर उनमें विफल होना स्वाभाविक है। इस विफलता के परिणाम स्वरूप कुछ विद्यार्थी द्वितीय श्रेणी में उत्तीर्ण होने को अथवा तृतीय श्रेणी में उत्तीर्ण होने को लक्ष्य बना लेते हैं और इस लक्ष्य को प्राप्त करके कुण्ठा से बच जाते हैं। अन्य विद्यार्थी शायद पढ़ने में रूचि ही खो बैठें और व्यापार अथवा अन्य किसी व्यवसाय में लग जाएँ और हो सकता है कि उस व्यवसाय में उन्हें आशातीत सफलता भी मिले।

B. असामान्य व्यवहार की परिचायक प्रतिक्रियाएँ – वे प्रतिक्रियाएँ जो अधिकतर व्यक्तियों के असामान्य व्यवहार में देखी जाती हैं। ये प्रतिक्रियाएँ निम्नलिखित हैं।

1. हीन भावना – विफलता से प्रभावित होने पर कुछ व्यक्ति न तो विधि में कोई परिवर्तन करते हैं और न लक्ष्य में, बल्कि अपने को अत्यन्त दुर्बल तथा दीन–हीन और असहाय मान बैठते हैं। इस प्रकार की तनावपूर्ण मानसिक अवस्था हीन भावना कहलाती है। हीन भावना से प्रभावित व्यक्ति अधिकतर अपने दोषों और असक्षमताओं को ही देखता रहता है। उसे हर समय दूसरो की आलोचना और तिरस्कार का भय रहता है। उसमें संदेहशीलता, द्वेष, परनिन्दा, चिन्ताशीलता, अन्तमुर्खी प्रवृति, प्रतिस्पर्धा का भय, आलोचना के प्रति अत्यधिक संवेदनशीलता, असफलता के प्रति संकीर्ण प्रतिक्रियाएँ इत्यादि मानसिक लक्षण देखे जा सकते हैं। कॉलेज के विद्यार्थियों पर एक अध्ययन में आलपोर्ट ने देखा कि लगभग 90 प्रतिशत ने अपर्याप्तता की भावना का अनुभव किया था। लड़के–लड़कियां दोनों में पाँच में से तीन व्यक्तियों ने कभी–कभी शारीरिक, सामाजिक एवं बौद्धिक हीनता का अनुभव किया था। एक तिहाई लड़कों और चौथाई लड़कियों ने नैतिक हीनता की भावना अनुभव की थी। हीन भावना का कारण यह नहीं है कि उससे प्रभावित व्यक्ति में रूचि अथवा कुछ योग्यताओं की कुछ कमी हो। देखा गया है कि अनेक बुद्धिहीन विद्यार्थी कभी भी हीन भावना को पास नहीं फटकने देते, बल्कि उल्टे बार–बार असफल होने पर भी हर बार शेखचिल्ली की तरह भविष्य में लम्बें चौड़े प्लान बनाया करते हैं। दूसरी और तीव्र बुद्धि तथा योग्य विद्यार्थी थोड़ी सी विफलता मिलने पर ही हीन भावना से पीड़ित देखे जाते हैं। वस्तुतः हीन भावना का संबंध योग्यता से न होकर चरित्र से है। अत्यधिक महत्वाकांक्षी व्यक्तियों को अधिक विफलताएं होती हैं, और उनमें हीन भावना भी अधिक हो सकती है। उदाहरण के लिए प्रथम श्रेणी की आकांक्षा रखने वाले विद्यार्थी को द्वितीय श्रेणी में आ जाने पर हीन भावना का अनुभव होता है, जबकि अन्य विद्यार्थी तृतीय श्रेणी में उत्तीर्ण होकर भी फूले नहीं समाते हैं। हीन भावना से बचने के लिए एक और व्यक्ति को अपने समक्ष ऐसा लक्ष्य रखना चाहिए जो कि क्षमता की सीमा में आता हो और दूसरी और उसे इस लक्ष्य को प्राप्त करने में कोई भी कसर नहीं छोड़नी चाहिए। सफलता का यह मूल मंत्र लेकर ही संसार में बहुत से लोग साधारण स्थिति से महान बने। प्रसिद्ध पहलवान राममूर्ति बचपन में बहुत दुबले–पतले और कमजोर थे और बाद में कठिन मेहनत से महान् शक्तिशाली बन गए। इस प्रकार के उदाहरणों से स्पष्ट होता है कि हीनता की भावना स्वयं में कोई दोष नहीं हैं, क्योंकि हो सकता है कि उसकी प्रतिक्रिया स्वरूप व्यक्ति सफलता प्राप्त करने के लिए अपनी सारी शक्ति लगा दे। परन्तु यदि हीन भावना के प्रति यह स्वस्थ प्रतिक्रिया नहीं हुई तो वह एक मानसिक विकार का रूप ग्रहण कर लेती है, जिससे क्रमशः व्यक्ति असामान्य और मनोरोगी बन जाता है।

2. आक्रामक व्यवहार – बहुधा विफलता की प्रतिक्रिया आक्रामक व्यवहार के रूप में दिखलाई पड़ती है। कहावत है कि असफल कारीगार अपने औजारों से लड़ता है, क्योंकि वह अपनी असफलता का दोष उन्ही पर मढ़ देना चाहता है। बहुत से लोग घर से बाहर दफ्तर में अफसर की डाँट खाकर जब घर लौटते हैं तो अपने बच्चो पर बिगड़ते देखे जाते हैं। आक्रामक व्यवहार में कुछ व्यक्ति तो दूसरों पर आक्रमण करते हैं जो कि प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष किसी भी रूप में हो सकता है, परन्तु अनेक व्यक्तियों में आक्रामकता किसी बाहरी वस्तु अथवा व्यक्ति की और लक्षित न होकर स्वयं उसके

ऊपर आ जाती है। ऐसे लोग अपना सिर पीटते देखे जाते हैं, और इसका अत्यन्त भयंकर रूप आत्महत्या के रूप में दिखलाई पड़ता है। प्रत्यक्ष रूप से इस प्रकार का व्यवहार आत्म–दण्ड की भावना दिखलाता है, परन्तु अप्रत्यक्ष रूप से इसमें औरों को भी कष्ट होता है। जो लोग आत्महत्या करने में दूसरों पर दोषारोपन का नोट लिखकर मर जाते हैं, वे दूसरों को प्रत्यक्ष आक्रमण से भी अधिक चोट पहुंचाते हैं। आक्रामक व्यवहार और विफलता में घनिष्ठ संबंध होने के कारण अनेक मनोवैज्ञानिकों ने विफलता को युद्ध के मूल में एक महत्वपूर्ण कारक माना हैं, और यह सुझाव दिया है कि यदि युद्धों को रोकना हो तो मानव समाज में ऐसी परिस्थितियाँ उत्पन्न की जानी चाहिये, जिनसे जीवन के प्रत्येक क्षेत्र में विफलताएं कम से कम हों। यौन प्रेरणाओं में विफलता भयंकर से भयंकर आक्रामक व्यवहार का एक मुख्य कारण है। बड़े–बड़े अपराधियों की जीवनियों को देखने से इस तथ्य की पुष्टि होती है।

3. **मनोरचनाएं** – कभी कभी विफलता की प्रतिक्रिया मनोरचनाओं जैसे कल्पना तरंग, क्षतिपूर्ति, तादात्मय, प्रक्षेपण और उन्नयन के रूप में दिखलाई पड़ती है।

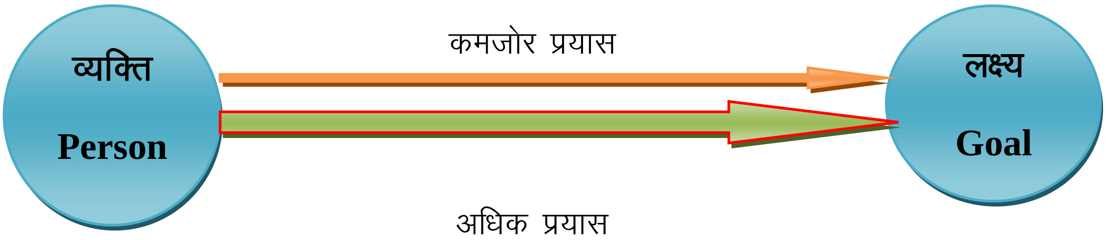
कुण्ठा दूर करने के उपाय

कुण्ठा दूर करने के तीन उपाय निम्न हैं।

लक्ष्य प्राप्ति हेतु प्रयास बढ़ाना, लक्ष्य प्राप्ति हेतु नयी योजना बनाना एवं लक्ष्य परिवर्तित करना।

1. **लक्ष्य प्राप्ति हेतु प्रयास बढ़ाना** – कुण्ठा जिस कारण से उत्पन्न हुई है, उस कारण को जानकर, पहले की अपेक्षा अधिक मेहनत एवं प्रयत्नों मे वृद्धि करके और लक्ष्य प्राप्ति की उचित विधियों को चुनकर व्यक्ति अपने लक्ष्य को प्राप्त कर सकता है।

   उदाहरण प्रथम – एक व्यक्ति I.A.S. बनना चाहता है एवं इस लक्ष्य प्राप्ति हेतु अपर्याप्त प्रयास करता है तो उसमें असफलता एवं कुण्ठा की संभावना बढ़ती है। अतः कुण्ठा दूर करने हेतु उसे अपने विषयों के अध्ययन पर अधिक ध्यान देना पड़ेगा एवं समसामयिक घटनाओं और सामान्य ज्ञान को कंठस्थ करने हेतु अधिक प्रयास करना पड़ेगा।

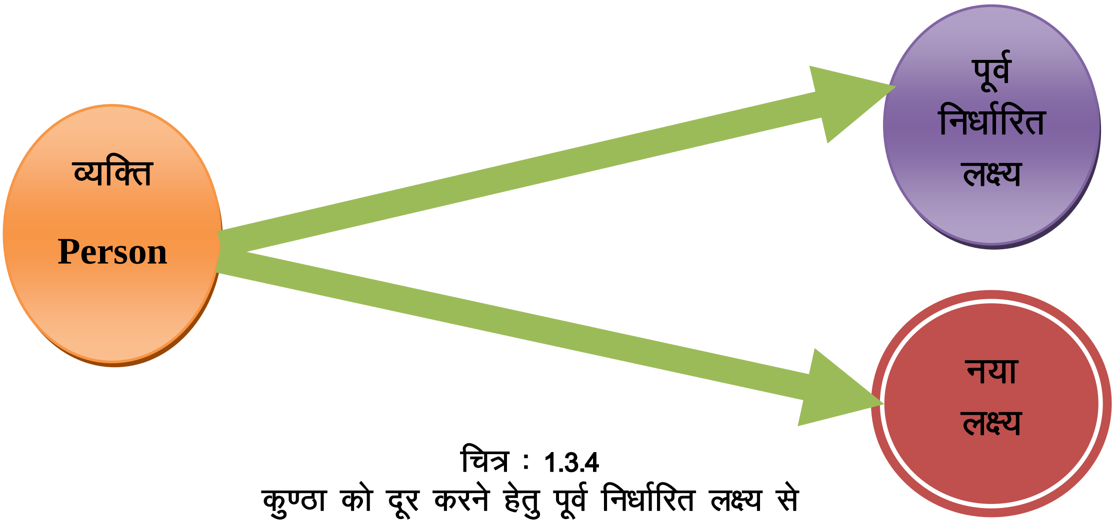


चित्र : 1.3.2 – व्यक्ति का लक्ष्य प्राप्ति हेतु बढ़ता हुआ प्रयास

2. **लक्ष्य प्राप्ति हेतु नयी योजना बनाना** – जब एक व्यक्ति I.A.S. प्रतिस्पर्धा की तैयारी अकेला रहकर एवं स्वयं के अध्ययन के आधार पर करता है एवं प्रतिस्पर्धा परिणाम में असफलता को प्राप्त करता है, जिससे उसमें कुण्ठा उत्पन्न हो जाती है। तब ऐसी स्थिति में कुण्ठा दूर करने हेतु उसे दौबारा नयी योजना एवं नयी विधियों के साथ तैयारी करनी चाहिए, जैसे – कोचिंग संस्थानो की मदद लेना और अन्य सहपाठियों के साथ समूह चर्चा एवं विचार विमर्श करना। चित्र 1.3.3 में लक्ष्य प्राप्ति हेतु नयी योजना बनाते हुए व्यक्ति को दर्शाया गया है।

चित्र : 1.3.3 – लक्ष्य प्राप्ति हेतु नयी योजना बनाता हुआ व्यक्ति

3. लक्ष्य परिवर्तित करना – कभी–कभी लक्ष्य व्यक्ति की क्षमता के अनुरूप नहीं होता है। जिसके कारण व्यक्ति बार–बार असफलता का सामना करता हैं, एवं जिससे उसकी कुण्ठा की तीव्रता में और अधिक वृद्धि हो जाती है। तब ऐसी स्थिति में व्यक्ति को अपना पूर्व निर्धारित लक्ष्य त्याग कर, नया लक्ष्य निर्धारित करना चाहिए और उसके अनुरूप परिश्रम करना चाहिए। चित्र 1.3.4 में कुण्ठा को दूर करने के लिए पूर्व निर्धारित लक्ष्य से परिवर्तन करते हुए व्यक्ति को दर्शाया गया है।



चित्र : 1.3.4
कुण्ठा को दूर करने हेतु पूर्व निर्धारित लक्ष्य से परिवर्तन करता हुआ व्यक्ति

कुण्ठा उत्पन्न करने में मुख्य सहायक कारण - अधिकतर सभी व्यक्तियों में कुण्ठा उत्पन्न करने में तीन मुख्य सहायक कारण निम्न हैं।

1. लक्ष्य प्राप्ति में बाधा उत्पन्न होना तथा मेहनत का अनुकूल फल प्राप्त न होना।
2. अपने कार्य या वातावरण स्थितियों से संतुष्ट न होना।

मानसिक संघर्ष या अन्तर्द्वन्द[14]

मनुष्य के अधिकतर कार्य प्रेरणाओं के कारण होते हैं। बहुधा मनुष्य में एक ही समय में एक से अधिक प्रेरणाएँ उठती हैं। इससे उसके मन में दुविधा हो जाती है और तनाव उत्पन्न होता है। वह यह निश्चित नहीं कर पाता कि क्या करे और क्या न करे। यह स्थिति मनोवैज्ञानिक भाषा में मानसिक संघर्ष की स्थिति कहलाती है। मानसिक संघर्ष व्यक्तित्व संकलन में सबसे बड़ी बाधा है। इसी प्रकार जब दो अभिप्रेरक अपनी संतुष्टि एक ही समय में चाहते हैं, परन्तु व्यक्ति उसमें से किसी एक की ही संतुष्टि कर सकता है तो ऐसी परिस्थिति में अभिप्रेरको के बीच संघर्ष होता है। जिसे अन्तर्द्वन्द कहा जाता है। जैसे – यदि कोई छात्र सिनेमा भी देखना चाहता है और पैसा भी खर्च नहीं करना चाहता है।

मानसिक संघर्ष के कारण

- **परिवेशगत बाधाएँ –** परिवेश की अनेक बाधाएँ व्यक्ति में मानसिक संघर्ष उत्पन्न करती हैं।
- **व्यक्तिगत दोष –** व्यक्ति के अपने चरित्र, स्वभाव और व्यक्तित्व के अनेक दोष उसके प्रेरकों में संघर्ष उत्पन्न करते हैं।
- वास्तव में, जीवन में संघर्ष की उपस्थिति अनिवार्य है, उसके बिना जीवन में विकास नहीं हो सकता, परन्तु जब मानसिक संघर्ष असामान्य रूप धारण कर लेता है, तब वह हानिकारक हो जाता है।

मानसिक संघर्ष के प्रकार[15]

मानसिक संघर्ष के मुख्य रूप चार प्रकार होते हैं। जो निम्न हैं :– स्वीकार–स्वीकार संघर्ष, तिरस्कार–तिरस्कार संघर्ष, स्वीकार–तिरस्कार संघर्ष, दोहरा या बहु स्वीकार–तिरस्कार संघर्ष।

1. **स्वीकार-स्वीकार संघर्ष** – यह अन्तर्द्वन्द दो सकारात्मक लक्ष्यों या धनात्मक प्रेरणाओं के मध्य उत्पन्न होता हैं, जिन्हें व्यक्ति स्वीकार करता है तथा दोनों को पूर्ण करना चाहता है। संघर्ष इस कारण होता है कि व्यक्ति दोनों सकारात्मक लक्ष्यों या प्रेरणाओं को एक साथ पूर्ण करना चाहता हैं, लेकिन यह असम्भव है। यदि वह एक का चयन करता है तो दूसरे से वंचित रह जाता है। उदाहरण – एक छात्र का विवाह एवं परीक्षा एक ही दिन के अन्तर्गत है। इस परिस्थिति में दोनों ही आवश्यक हैं, यदि वह परीक्षा को चुनता है तो शादी से वंचित रह जाता है। इस प्रकार उस छात्र के लिए ये दोनों ही धनात्मक प्रेरणाएं हैं। इसका अन्य प्रकार के अन्तर्द्वन्द की बजाय आसानी से समाधान किया जा सकता है एवं इसके कम गंभीर परिणाम निकलते हैं।
2. **तिरस्कार-तिरस्कार संघर्ष** – यह अन्तर्द्वन्द दो नकारात्मक लक्ष्यों या ऋणात्मक प्रेरणाओं के मध्य उत्पन्न होता है। इसमें दोनों से ही व्यक्ति बचना चाहता है क्योंकि दोनों के चयन से उसे हानी ही होती है। यह उस व्यक्ति के लिए बहुत ही विकट परिस्थिति है। उदाहरण – एक छात्र होम वर्क भी नहीं करना चाहता है एवं साथ ही वह अध्यापक की डॉट से भी बचना चाहता है। इस अन्तर्द्वन्द को सुलझाने के लिए व्यक्ति निम्न प्रक्रियाओं का सहारा लेता है। जैसे घर से भाग जाना एवं दिवा–स्वप्न देखना।
3. **स्वीकार-तिरस्कार संघर्ष** – इस अन्तर्द्वन्द में व्यक्ति के सामने एक ही उद्दीपक धनात्मक एवं ऋणात्मक प्रेरणा की तरह कार्य करता है। इस प्रकार के अन्तर्द्वन्द को सुलझाना अत्यन्त कठिन होता है क्योंकि इसमें व्यक्ति लक्ष्य प्राप्त करना भी चाहता है और लक्ष्य प्राप्ति के परिणामों से भी भयभीत रहता है। उदाहरण – एक डायबिटीज का मरीज मिठाई भी खाना चाहता है लेकिन दुष्परिणामों के भय से इससे बचना भी चाहता है।
4. **दोहरा या बहु स्वीकार-तिरस्कार संघर्ष** – यह अन्तर्द्वन्द उस समय उत्पन्न होता है जब व्यक्ति के सामने अनेक धनात्मक एवं ऋणात्मक प्रेरणाएं उत्पन्न होती हैं। इस प्रकार के संघर्ष में व्यक्ति एक और निर्णय कर लेने के बाद भी बराबर दूसरे प्रलोभनों से डॉंवाडोल होता रहता हैं, यद्यपि इन प्रलोभनों के मन में आने के बाद भी व्यक्ति अपना निर्णय नहीं बदल पाता है। इस प्रकार की स्थिति में मनुष्य निर्णय लेने से पूर्व वस्तु के सकारात्मक परिणामों एवं नकारात्मक परिणामों की तुलना करता है। जैसे – एक छात्र भविष्य में संगीतकार बनना चाहता हैं लेकिन उसकी माता उसे डॉक्टर एवं पिता क्रिकेटर बनाना चाहते हैं। ऐसे में यदि वह कोई भी निर्णय लेता हैं तो अपने माता–पिता को असंतुष्ट करता हैं। यही अन्तर्द्वन्द का कारण हैं।

अचेतन अन्तर्द्वन्द

- अचेतन अन्तर्द्वन्द विशेष प्रकार का मानसिक अन्तर्द्वन्द है। जो चेतना के स्तर से निम्न स्तर पर (अचेतन मन) में पाया जाता है। व्यक्ति स्वयं इसके बारे में जागरूक नहीं होता है। इसका कारण है कि व्यक्ति के बाल्यावस्था के अधिकांश अनुभव अचेतन मन में संग्रहित रहते हैं। यही दमित भावनाएं अचेतन अन्तर्द्वन्द की भांति कार्य करती हैं। संघर्ष की अधिकता, संकल्प की दुर्बलता की सूचक है। इससे बचने अथवा निकलने के लिए दृढ़ संकल्प की आवश्यकता होती है। इसके अभाव में संघर्ष व्यक्तित्व में असामान्यताएं उत्पन्न करते हैं।

मानसिक संघर्ष समाधान के उपाय[15]

जब व्यक्ति दो या दो से अधिक परस्पर विरोधी अभिप्रेरकों के बीच फस जाता है तो उसमें मानसिक संघर्ष उत्पन्न होने लगता है जिससे वह अपने आप में तनाव महसूस करता है। अतः इस तनाव से मुक्ति हेतु जल्द से जल्द इस मानसिक संघर्ष या अन्तर्द्वन्द का समाधान होना आवश्यक है। मानसिक संघर्षों का समाधान सामान्यतः दो प्रकार से होता है।

- संघर्षो का चेतन समाधान एवं संघर्षो का अचेतन समाधान

1. **संघर्षों का चेतन समाधान** – जब मानसिक संघर्ष या अन्तर्द्वन्द साधारण प्रकार का होता है तो व्यक्ति सोच समझकर एक विशेष निर्णय ले लेता है। इस तरह के समाधान को चेतन समाधान कहते हैं। उदाहरण – एक छात्र एक पुस्तक की दुकान पर समाजशास्त्र की पुस्तक खरीदने जाता है, वहां अलग–अलग लेखकों की वह अच्छी पुस्तकें देखता है लेकिन उसके पास पैसे केवल एक पुस्तक खरीदने के ही हैं। अतः वह सब पुस्तकों में से विषय सामग्री के अनुसार एवं उपयोगिता के आधार पर उनमें से एक पुस्तक का चयन कर लेता है। इस तरह के चेतन समाधान के तीन मुख्य चरण हैं। परस्पर विरोधी अभिप्रेरकों के गुण–दोष पर विचार विमर्श करना तथा किसी निर्णय पर पहुंचना एवं दृढ़ निश्चय करना।
2. **संघर्षो का अचेतन समाधान** – अभिप्रेरकों के बीच संघर्षो का अचेतन समाधान भी होता है। विशेषकर जब अन्तर्द्वन्द जटिल प्रकार का होता है एवं किसी भी निर्णय पर पहुंचना मुशकिल होता है तो इसके लिए व्यक्ति को जान–बुझ कर समाधान का प्रयास नहीं करना पड़ता है। इसमें अचेतन मन द्वारा अन्तर्द्वन्द का समाधान किया जाता है।

मानसिक संघर्ष समाधान के अन्य उपाय

1. व्यक्ति को अन्तर्द्वन्द का बचाव करने हेतु Problem solving attitude अपनानी चाहिए।
2. अन्तर्द्वन्द के सारे कारकों की पहचान करके परिस्थिति पर विचार–विमर्श करना चाहिए।
3. सम्पूर्ण विचार विमर्श एवं तर्क वितर्क के बाद जल्दी से जल्दी निणर्य लेना चाहिये।
4. जो भी निर्णय लिया गया है उसका दृढ़ता से पालन करना चाहिए। यदि दृढ़ता से पालन नहीं किया गया तो पुनः अन्तर्द्वन्द की परिस्थिति उत्पन्न हो सकती है।
5. निर्णय लेते समय अपने मित्रों, रिश्तेदारो एवं शिक्षकों से सलाह ली जा सकती है।
6. अनिर्णय की स्थिति से बचना चाहिए। इससे अन्य गंभीर परिणाम निकल सकते हैं।
7. अन्तर्द्वन्द के समाधान के हेतु मनोरचनाओं का प्रयोग करना चाहिए, उदाहरण- क्षतिपूर्ति।

1.4 मनोरचनाएं एवं व्यक्तित्व

मनोरचना का परिचय – Defense Mechanism शब्द का प्रयोग सर्वप्रथम फ्रायड[16] ने 1904 में किया था। इसका तात्पर्य है कि एक अचेतन प्रक्रिया जिसके द्वारा व्यक्ति स्वयं के तनाव एवं उद्वेग से रक्षा करता है। मानसिक संघर्ष एवं कुण्ठा से बचने हेतु व्यक्ति प्रतिदिन अपने दैनिक जीवन में मनोरचनाओं का उपयोग करता है। प्रत्येक व्यक्ति समाज एवं परिचितों में अपने आत्म सम्मान को बनाये रखने की कोशिश करता है। वह इस बात से भयभीत होता है कि कहीं उसके परिचित उसका तिरस्कार न कर दें। इन भय उत्पन्न करने वाली परिस्थितियों में वह इन मनोरचनाओं का प्रयोग करता है। फ्रायड के अनुसार मन में जब कभी भी ID का Ego या Super ego के साथ द्वन्द होता हैं, तो तनाव एवं उद्वेगपूर्ण अवस्था उत्पन्न हो जाती है। तब Defense Mechanism का प्रयोग करके व्यक्ति इस तनाव को कम करने का प्रयास करता है। अर्थात –

- मनोरचना सामजंस्य का एक तरीका है। जिसके द्वारा व्यक्ति असुविधाजनक परिस्थिति, जो उसके आत्म सम्मान को ठेस पहुँचाती हैं, से उत्पन्न तनाव एवं उद्वेग को कम करता है।
- मनोरचना स्वस्थ और रोगी अवस्था के बीच की स्थिति है। इसके सामान्य मात्रा में रहने पर व्यक्ति को कोई हानि नहीं पहुँचती हैं, परन्तु इसका अत्यधिक बढ़ जाना मानसिक स्वास्थ्य के लिए हानिकारक और असामान्यता का सूचक है।
- व्यक्ति अपने उद्देश्यों एवं इच्छाओं की पूर्ति के लिए विभिन्न प्रकार की आदतों का विकास करता हैं। इन्हीं विभिन्न प्रकार की आदतों या मानसिक प्रक्रियाओं को सामंजस्य प्रक्रियाएँ कहा जाता है।

मनोरचनाओं की विशेषताएँ[16] –

1. मनोरचनाएं व्यक्ति द्वारा चेतना के सभी स्तरों पर उपयोग में लाई जाती हैं, लेकिन सामान्यतः सभी मनोरचनाएं मन के अचेतन स्तर पर कार्य करती हैं।
2. मनोरचनाओं के माध्यम से व्यक्ति अपनी अपूर्ण इच्छाओं एवं अपराध बोध की भावनाओं के साथ समझोता करता है।
3. सभी प्रकार की मानसिक प्रक्रियाएं या मनोरचनाएं आन्तरिक संघर्ष को इंगित करती हैं।
4. सभी मनोरचनाओं की प्रकृति स्व भ्रामक होती है।
5. सामंजस्य प्रक्रियाओं का उपयोग करने पर व्यक्ति स्वयं को सुरक्षित महसूस करता है।
6. कठिन परिस्थिति एवं एक ही समय में, एक व्यक्ति अपनी योग्यतानुसार विभिन्न प्रकार की मनोरचनाओं का उपयोग करता है।
7. ज्यादातर सभी व्यक्तियों द्वारा प्रत्येक दिन सामंजस्य की प्रक्रिया में मनोरचनाओं या मानसिक प्रक्रियाओं का प्रदर्शन या उपयोग किया जाता है।
8. मनोरचनाएं तनाव, उद्वेग, डर, कुण्ठा एवं संवेगात्मक संकट को कम करती हैं।
9. एक व्यक्ति अपने व्यक्तित्व को मनोरचनाओं के माध्यम से संतुलित करता है।
10. एक निश्चित सीमा के अन्तर्गत मनोरचनाओं का उपयोग करने पर, ये व्यक्ति में स्व–संतुष्टी को बढ़ावा देती हैं।
11. मनोरचनाएं आंतरिक प्रेरको की संतुष्टी, व्यक्तिगत कार्य एवं विकास को बढ़ावा देती हैं।
12. मनोरचनाओं का सीमित उपयोग करने पर व्यक्ति को कोई हानि नहीं होती है, परन्तु इनका अत्यधिक उपयोग करना मानसिक स्वास्थ्य के लिए हानिकारक है।

मनोरचनाओं के उद्देश्य :–

1. व्यक्ति में कुण्ठा, मानसिक संघर्ष, तनाव एवं उद्वेग को कम करना।
2. व्यक्ति की प्रतिष्ठा, आत्म सम्मान एवं आत्म छवि को बनाये रखना।
3. अहंकार से सम्बन्धित मनोवैज्ञानिक चेतावनियों के प्रति, व्यक्तिगत रक्षा करना।
4. व्यक्ति के सम्पूर्ण व्यक्तित्व को आंतरिक रूप से संरक्षित रखना।
5. समस्या समाधान के वास्तविक एवं न्यायोचित तरीकों का पता लगाना।
6. अधिक आरामदायक एवं खुशहाल जीवन की और ले जाना।
7. स्वयं में बदलाव के लिए अवसर प्रदान करना।
8. व्यक्ति के मन को नये कार्यों के प्रति विचलित करना।
9. सामंजस्य की नई विधियों एवं नई भूमिकाओं के साथ प्रयोगात्मक अवसर देना।
10. जागरूकता से दूर, अनचाहे विचारों के प्रति साइकिक ऊर्जा प्रदान करना।

मनोरचनाओं का वर्गीकरण[17] -

मनोरचनाओं को उसके **परिणामों के आधार** पर दो भागों में विभाजित किया गया है।

A. सकारात्मक मनोरचनाएं या सफल मनोरचनाएं।

B. नकारात्मक मनोरचनाएं या असफल मनोरचनाएं।

A. सकारात्मक मनोरचनाएं या सफल मनोरचनाएं (Positive Defence Mechanisms) :– सकारात्मक मनोरचनाओं को मुख्य रूप से आठ प्रकारों में विभाजित किया गया है।

1. क्षतिपूर्ति	2. प्रतिस्थापन	3. उन्नयन	4. युक्तिकरण
5. दमन	6. सुधारीकरण	7. तादात्मय	8. स्थानान्तरण

सारणी : 1.4.1 – सकारात्मक मनोरचनाओं के प्रकारों की तालिका

इनका वर्णन उदाहरण सहित निम्न प्रकार से है।

1. **क्षतिपूर्ति** – क्षतिपूर्ति प्रतिक्रिया, हीनता का अनुभव और अचल से बाहर बढ़ती हुई अपर्याप्तता की भावना, काल्पनिक व्यक्तिगत दोष या कमजोरियों के खिलाफ या प्रति रक्षात्मक प्रतिक्रिया है। अर्थात क्षतिपूर्ति मनुष्य की सामान्य प्रवृति है। यदि उसको एक दिशा में विशेष कमी का अनुभव होता हैं, तो वह किसी दूसरी दिशा में इसकी पूर्ति करने का प्रयास करता है। जैसे– एक विद्यार्थी जो परीक्षा में फेल हो जाता हैं, वह खेल गतिविधियों में उत्कृष्ट प्रदर्शन करके इसकी क्षतिपूर्ति करता हैं।
2. **प्रतिस्थापन** – जब व्यक्ति अपनी क्षमता से अधिक ऊँचा लक्ष्य निर्धारित करता है, और असफल हो जाता है तो उसमें कुण्ठा की उत्पत्ति हो जाती है। इस स्थिति में वह तनाव एवं कुण्ठा को कम करने हेतु पूर्व निर्धारित लक्ष्य को एक निम्न लक्ष्य द्वारा बदल देता है, यही प्रतिस्थापन है। उदाहरण– एक विद्यार्थी जो किसी कारणवश मेडिकल कॉलेज में प्रवेश पाने में असमर्थ रहता है, तो वह कुण्ठा को दूर करने हेतु चिकित्सा शाखा के अन्य किसी कॉलेज, जैसे फार्मेसी या नर्सिंग में प्रवेश ले लेता है।
3. **उन्नयन** – प्रेरणा की शक्ति को उसके सामान्य लक्ष्यों से हटाकर उन्नत लक्ष्यों में लगा देना उन्नयन की प्रक्रिया कहलाती है। यह एक प्रकार से प्रेरणा का मार्गन्तरीकरण है, क्योंकि इसमे व्यक्ति अपनी विभिन्न प्रेरणाओं को इस प्रकार समाज सम्मत दिशा में मोड़ देता है कि व्यक्ति जहां समाज की आलोचनाओं से बच जाता हैं, वहीं दूसरी और उसकी प्रेरणा की भी अभिव्यक्ति हो जाती है। यह एक प्रकार का पुनः निर्देशन भी है। क्योंकि इसमें मनोरचना से संबंधित व्यवहार का समाज में निश्चित मूल्य होता है। इस प्रकार व्यक्ति की प्रवृतियों या प्रेरको का नैतिक, सांस्कृतिक तथा सामाजिक विषयों की और पुनः निर्देशन ही उन्नयन कहलाता है। उदाहरण – एक अविवाहित स्त्री नर्सरी स्कूल में अध्यापिका बन कर अपनी दमित मातृत्व प्रेरणा को अभिव्यक्त कर सकती है।
4. **युक्तिकरण** – मनुष्य में यह एक सामान्य प्रवृति होती है कि वह अपने दोषों एवं गलतियों के लिए कुछ न कुछ कारण अवश्य निकाल लेता है। उसके द्वारा व्यक्ति का आत्मसम्मान बना रहता है और वह दूसरो की आलोचनाओं से बच जाता है। युक्तिकरण से व्यक्ति को आन्तरिक खुशी प्राप्त होती है। युक्तिकरण एक प्रकार से मानवीय कमजोरियों पर पर्दा डालने का प्रयत्न हैं। इस मनोरचना में व्यक्ति अच्छे तर्क देकर अपने कार्य को उचित ठहराने का प्रयास करता है। उदाहरण– एक विद्यार्थी जो परीक्षा में फेल हो जाता है, वह अपनी असफलता का कारण अपनी बीमारी, अध्ययन के लिए समय की कमी या हॉस्टल के अशान्त वातावरण को दोषी ठहरता है।
5. **दमन** – इस मनोरचना का सर्वप्रथम वर्णन फ्रायड ने किया। इस मनोरचना के द्वारा घातक इच्छाएं, असहनीय स्मृतियां चेतना से अलग कर दी जाती हैं। इसे चयनात्मक विस्मृति भी कहा जाता है। यह प्रक्रिया अचेतन रूप से होती है। इस प्रक्रिया में अवांछित और दुःखदायक विचार, प्रवृतियाँ, और स्मृतियां चेतन मन से अचेतन मन में धकेल दी जाती हैं। अगर यह अनुभव उस व्यक्ति के चेतन मन में ही रहते हैं तो इनसे उस व्यक्ति को अपराध बोध होता है। उदाहरण– एक विद्यार्थी परीक्षा में नकल करते हुए पकड़ा जाता है, क्योंकि यह उसके लिए बुरा अनुभव है। इसलिए उसका अचेतन मन इसे भुलाने की कोशिश करता है।
6. **सुधारीकरण** – अपने पूर्व के गलत व्यवहार या सामाजिक रूप से असम्मत व्यवहार का विपरीत व्यवहार कर या अन्य तरीके से सुधार करना सुधारीकरण है। इससे व्यक्ति अपने गलत कार्य या उससे उत्पन्न उद्वेग या भावी दुष्परिणामों से बच जाता है। उदाहरण – किसी के टकराने पर स्वतः मुँह से निकलना – माफ करना एवं अपनी गलती की सजा से बचने हेतु पहले ही माफी माँग लेना।
7. **तादात्म्य** – इसका अर्थ है कि किसी दूसरे व्यक्ति या समूह की विशेषताओं, सफलता और असफलता के साथ अपने को एक रूप कर देना। यह व्यक्तित्व विकास में सहायक प्रक्रिया है, क्योंकि इसमे

बच्चे अपने माता–पिता या शिक्षकों को देखकर उनके गुणों का अनुकरण करने की कोशिश करते हैं। इस मनोरचना में व्यक्ति अपना व्यवहार, अपनी क्रियाओं अथवा अपने आपकों किसी अन्य व्यक्ति के अनुसार बनाने का प्रयास करता है। उदाहरण – अधिकतर युवक–युवतियां फिल्म जगत के अभिनेता और अभिनेत्रियों से तादात्मय कर लेते हैं और विचारों की नकल करते, और उनके जैसा बनने का प्रयास करते दिखाई देते हैं।

8. स्थानान्तरण – इस प्रकार की मनोरचना के द्वारा व्यक्ति, एक व्यक्ति का प्रतिरूप किसी अन्य व्यक्ति के रूप में देखता है। उदाहरण – एक वृद्ध व्यक्ति जो अस्पताल में भर्ती है व अपनी 18 वर्षीय पुत्री से दूर हैं। वह अपनी देखभाल करने वाली उसी उम्र की डॉक्टर को अपनी बेटी मान सकता है व अपनी भावनाएं व्यक्त कर सकता है।

B. नकारात्मक मनोरचनाएं या असफल मनोरचनाएं

कुछ मनोरचनाओं का व्यक्ति के व्यक्तित्व विकास एवं सामाजिक संबंधों पर नकारात्मक प्रभाव पड़ता है। नकारात्मक मनोरचनाओं को मुख्य रूप से 12 प्रकारों में विभाजित किया गया है।

1. शमन	2. विस्थापन	3. प्रत्याहार	4. प्रक्षेपन
5. प्रतिगमन	6. स्थिरीकरण	7. प्रतिक्रिया निर्माण	8. मनोविच्छेदन
9. रूपान्तरण	10. कल्पना तरंग	11. खण्डन	12. प्रत्याशा

सारणी : 1.4.2 – नकारात्मक मनोरचनाओं के प्रकारों की तालिका

इनका वर्णन उदाहरण सहित निम्न प्रकार से है।

1. शमन – दुःखदायक प्रवृतियों और स्मृतियों को चेतना के क्षेत्र में से बलात् और इच्छापूर्वक निकाल देना शमन कहलाता है। पूर्ण अर्थ में इसे मनोरचना नहीं माना जाता है क्योंकि यह व्यक्ति के चेतन स्तर पर कार्य करती है। इसमे व्यक्ति जान–बूझकर अपने दुःखद अनुभवों को भूलने का प्रयास करता है। अतः यह भी चयनात्मक विस्मृति का एक प्रकार है। उदाहरण – एक मरीज यह कह कर अपनी बीमारी सम्बन्धी समस्याओं को दमित करता है कि मैं इसके बारे में बात नहीं करना चाहता।

2. विस्थापन – यह वह मनोरचना है जिसमें किसी विचार या वस्तु से संबंधित संवेग किसी अन्य वस्तु पर स्थानान्तरित हो जाता है। विस्थापन में किसी प्रेरणा अथवा संवेग को उस वास्तविक लक्ष्य से हटाकर किसी ऐसे लक्ष्य की ओर प्रेरित कर दिया जाता है जिसका उससे कोई भी संबंध नहीं है। विस्थापन की क्रिया लगभग सभी के जीवन में किसी न किसी रूप में होती है और सामान्यतया इससे कोई हानि नहीं है। परन्तु यदि विस्थापन अत्यधिक बढ़ जाए तो मानसिक रोग होने की सम्भावना हो जाती है। उदाहरण– जब कोई व्यक्ति दफ्तर में या अपने व्यवसाय में किसी अधिकारी की डांट खाकर पुनः घर आता है तो बहुधा अपना गुस्सा अपने बच्चों पर उतारता है, यह विस्थापन को दर्शाता है।

3. प्रत्याहार – जब कभी व्यक्ति को किसी असफलता का भय होता है तो वह प्रत्याहार का सहारा लेता है एवं वह कठिन परिस्थिति से भागने का प्रयास करता है। यह दशा वयस्कों की अपेक्षा बालकों में अधिक दिखाई देती है। यह अधिकतर दुर्बल बुद्धि व्यक्ति एवं लज्जालु व्यक्ति के स्वभाव में दिखाई देता है।

4. प्रक्षेपण – प्रक्षेपण का अर्थ अपने गुण–दोषों, प्रेरणाओं और लक्षणों को अन्य व्यक्ति पर लागू करना है। यह एक अचेतन प्रक्रिया है इसमे स्वयं प्रक्षेपण करने वाला व्यक्ति यह नहीं जानता कि वह ऐसा कर रहा है। उदाहरण – एक विद्यार्थी जो परीक्षा में फेल हो गया है, वह इसके लिए शिक्षक पर यह आरोप लगा सकता है कि उसने उसके साथ पक्षपातपूर्ण रवैया अपनाया है।

5. **प्रतिगमन** – इसे flight to childhood भी कहा जाता है। इस मनोरचना में व्यक्ति अपने से कम अवस्था के व्यक्ति की तरह व्यवहार करता है। इसका अर्थ है कि किसी वयस्क द्वारा तनावपूर्ण स्थिति में अपरिपक्व व्यवहार करना। इसमें व्यक्ति वास्तविकता के डर से या तनाव के डर से पुनः पहले के (बचपन) विकास स्तर पर पहुंच जाता है व बच्चों की तरह व्यवहार दर्शाता है। एक वयस्क कठिन परिस्थिति में या अन्तर्द्वन्द की अवस्था में अंगूठा चुसने या नाखून काटने लगता है। अगर प्रतिगमन अधिक गम्भीर है, यह साइकोसिस बिमारी का कारण बन सकता है। उदाहरण – किसी कठिन परिस्थति में होने पर अंगुठा चूसना एवं नाखून काटना।
6. **स्थिरीकरण** – इस मनोरचना में व्यक्ति वयस्क होने के बावजूद अपरिपक्व बना रहता है व उसका व्यक्तित्व विकास एक बिन्दु पर आकर स्थिर हो जाता है। जैसे – व्यक्ति के वयस्क होने के बावजूद अपरिपक्व व्यवहार करना।
7. **प्रतिक्रिया निर्माण** – इसका अर्थ है किसी अवांछनीय और असामाजिक प्रवृति को अगर रोका नहीं जा सकता है तो उसकी प्रतिक्रिया स्वरूप व्यक्ति विपरीत व्यवहार करता है। यह एक अचेतन प्रक्रिया है, जिससे व्यक्ति अपने सामाजिक असम्मत प्रेरणाओं को विपरीत व्यवहार द्वारा व्यक्त करता है। प्रतिक्रिया निर्माण का सामाजिक दृष्टि से महत्व होता है, क्योंकि उसके कारण अनेक असामाजिक लक्षण सामाजिक गुणों में बदल जाते हैं और व्यक्ति की शक्ति समाज विरोधी कामों में नष्ट न होकर समाज सम्मत कामों में लगती है फिर भी इससे मनोरोग होने की सम्भावना होती है। उदाहरण – एक स्त्री जो वास्तविकता में अपनी सास को नापसंद करती है, मगर अन्य के सामने अपनी सास का अत्यधिक आदर एवं देखभाल करती है।
8. **मनोविच्छेद** – मनोविच्छेद एक अचेतन प्रक्रिया है, जिससे व्यक्ति अनैच्छिक रूप से दुःखद अनुभवों को आंशिक रूप से भूल जाता है। इस स्मृति लोप (Amnesia) का कोई जैविक कारण नहीं होता है। व्यक्ति कुछ दिनों के लिए अपने घर से पलायन कर जाता है या अपनी जिम्मेदारियों के प्रति लापरवाह हो जाता है। यह मनोरचना युवाओं में अधिक पायी जाती है। उदाहरण – एक व्यक्ति का दाम्पत्य जीवन सुखद नहीं चल रहा है तो वह इस अनुभव को अपने जीवन से भूल सकता है लेकिन अन्य अनुभव उसे पूरी तरह याद रहते हैं, यही मनोविच्छेद है। इसे Partial Amnesia भी कहते हैं।
9. **रूपान्तरण** – मनोरचना के इस प्रकार में व्यक्ति अपने तीव्र संवेगों व कठिन अन्तर्द्वन्दों की अभिव्यक्ति शारीरिक लक्षणों के रूप में करता है। इससे व्यक्ति को दो लाभ होते हैं, प्रथम इससे उसके अन्तर्द्वन्द सुलझ जाते हैं। दूसरा इससे व्यक्ति दूसरे लोगों का ध्यान व सहानुभूति प्राप्त करता है। उदाहरण – एक विद्यार्थी जो अपनी परीक्षा के बारे में बहुत चिन्तित है, उसे परीक्षा से पहले सिरदर्द, चक्कर आना, जैसी समस्या हो सकती है।
10. **कल्पना–तरंग** – कल्पना तरंगे व्यक्ति की इच्छाओं, विफलताओं और कुण्ठा की इंगित करती हैं। व्यक्ति कल्पनाओं के सहारे अपने अपूर्ण इच्छाओं और कमियों को संतुष्ट करता है। ये कल्पनाएं उस व्यक्ति के इर्द–गिर्द घुमती हैं एवं वह उसका नायक होता है। मनुष्य में किशोरावस्था (13-19 years) में Day dreaming की प्रवृति अधिक होती है। किशोरावस्था में Day dreaming की अधिकता का कारण यह है कि इस अवस्था में व्यक्ति भारी मानसिक परिवर्तनों से गुजरता है। इस अवस्था में उसके सामने नित नई समस्याएं उत्पन्न होती हैं। जब वे इन समस्याओं को यथार्थ जगत में नहीं सुलझा पाते हैं तो कल्पना–तरंग का सहारा लेते हैं। उदाहरण – कल्पना तरंग में एक अपाहिज व्यक्ति देखता है कि वह एक प्रसिद्ध खिलाड़ी बन गया है।
11. **खण्डन** – खण्डन करने से व्यक्ति वास्तविकता से बच जाता है। यह व्यक्ति को वास्तविकता के मानसिक शॉक से बचाता है। व्यक्ति जब कभी भी किसी विषम परिस्थिति का सामना करता है, जैसे – किसी भयानक बीमारी, किसी प्रिय की मौत इत्यादि। कुछ समय के लिए किये गए खण्डन

से उसके मन को उस वास्तविकता को मानने हेतु तैयारी का समय मिल जाता है। खण्डन एक सकारात्मक प्रक्रिया है अगर इसका प्रयोग कम से कम समय के लिए किया जाए। इसके अधिक बार या अधिक समय तक प्रयोग से स्वास्थ्य व जीवनशैली पर गंभीर दुष्परिणाम हो सकते हैं। उदाहरण – जब घर में किसी करीबी और प्रिय की मृत्यु होती है, परिवार के सदस्यो की प्रथम प्रतिक्रिया होती है– नहीं! ऐसा नही हो सकता एवं कुछ दिनों के लिए खाने की टेबल पर उस मृत व्यक्ति का स्थान खाली छोड़ा जाता है।

12. **प्रत्याशा –** इस मनोरचना के माध्यम से भविष्य में होने वाली असुविधा के लिए पहले से ही वास्तविक योजना बनाई जाती है।

Brown का वर्गीकरण[18]

- Brown ने मनोरचनाओं को दो प्रकारों में विभाजित किया है :–
- **प्रधान मनोरचनाएं एवं गौण मनोरचनाएं**

A. **प्रधान मनोरचनाएं** (Major Mental Mechanism) **:–** ये मनोरचनाएं स्वयं ही अन्तर्द्वन्दों एवं कुण्ठाओं का समाधान करती हैं। उदाहरण :– उन्नयन (Sublimation), दमन (Repression), प्रतिगमन (Regression) एवं युक्तिकरण (Rationalization) ।

B. **गौण मनोरचनाएं** (Minor Mental Mechanisms) **:–** ये मनोरचनाएं स्वयं अन्तर्द्वन्दों का समाधान न करके, इनका एक उपकरण की तरह प्रयोग किया जाता है। उदाहरणः– प्रक्षेपण, विस्थापन, अन्तःक्षेपण, तादात्मय एवं क्षतिपूर्ति।

Clinical Effect के आधार पर मनोरचनाओं का वर्गीकरण –

1. साइकोटिक मनोरचनाएं :– उदाहरण – प्रतिगमन, खण्डन, प्रक्षेपण।
2. न्यूरोटिक/अपरिपक्व मनोरचनाएं :– उदाहरण – विस्थापन, सुधारीकरण, युक्तिकरण, अन्तःक्षेपण, मनोविच्छेदन, रूपान्तरण एवं प्रतिक्रिया निर्माण।
3. परिपक्व मनोरचनाएं :– उदाहरण – उन्नयन एवं शमन।

मनोरचनाओं का महत्व –

- Mental Mechanisms का प्रयोग सामान्य व असामान्य दोनों प्रकार के व्यक्तियों द्वारा किया जाता है। स्वस्थ व्यक्ति इसका प्रयोग सीमित रूप से व समाज सम्मत रूप से करते हैं। जबकि अस्वस्थ व्यक्ति इसका प्रयोग अति में करते हैं। अत्यधिक मनोरचनाएं समायोजन में बाधक बनती हैं।
- इसके महत्व निम्न हैं :–

1) इसके प्रयोग द्वारा व्यक्ति अपने तनाव व उद्वेग को कम करता है।
2) यह व्यक्ति के अहम को, बढ़ी हुई चिन्ता व उद्वेग से बचाती है।
3) मनुष्य के सामने जब गम्भीर आघात अथवा संघर्ष की परिस्थिति उत्पन्न होती है तो वह Defence Mechanism के सहारे ही समायोजन करता है।
4) इसके प्रयोग से व्यक्ति की समस्या–निवारण क्षमता एवं सीखने के अनुभव में वृद्धि होती है।
5) मनोरचनाओं को समझ कर एक शोधार्थी अधिक बेहतर तरीके से मनोरोगियों पर शोध अध्ययन कर सकता है।

व्यक्तित्व

परिचय – व्यक्तित्व शब्द अंग्रेजी के Personality शब्द का पर्याय है। Personality शब्द लेटिन शब्द Persona से लिया गया है। Persona का अर्थ है रंगकर्मी द्वारा कपड़े बदलने हेतु प्रयोग किये गए आवरण से है। Persona शब्द के अनुसार व्यक्तित्व का अर्थ बाह्य गुणों से लगाया जाता है।

व्यक्तित्व की विशेषताएं –

- व्यक्तित्व शब्द व्यक्ति के सभी शारीरिक व मानसिक लक्षणों को शामिल करता है। वह व्यक्ति के व्यवहार, अभिरूचि, दृष्टिकोण, विचारों व जीवन दर्शन के माध्यम से अभिव्यक्त होता है।
- फ्रायड[19] ने व्यक्तित्व के तीन भाग बताये हैं – ID, Ego & Super Ego.
- व्यक्तित्व कोई स्थिर अवस्था न होकर, एक गतिशील अवधारणा है, जो वातावरण के प्रभाव से निरन्तर बदलती रहती है।
- व्यक्तित्व व्यक्ति का वातावरण व परिवेश से अनुकूलन करने का ढंग है, व्यक्ति परिवेश से अनुकूलन करने हेतु जिस प्रकार का व्यवहार करता है, वही व्यक्तित्व है।

व्यक्तित्व को प्रभावित करने वाले कारक –

व्यक्तित्व का विकास कई कारकों द्वारा प्रभावित होता है, मुख्य कारक निम्न हैं।

1. जैविक कारक (Biological Factors)

a) आनुवांशिकता (Heredity) एवं शारीरिक संरचना (Body Physique)
b) शारीरिक रसायन (Biochemistry) एवं अन्तःस्रावी ग्रन्थियां एवं हार्मोन (Endocrine Glands)
c) लिंग का प्रभाव (Sex) एवं अन्तः गर्भाशयी जीवन का प्रभाव तथा बुद्धि का प्रभाव।

2. वातावरणीय कारक (Environmental Factors)

a) परिवार का वातावरण
- परिवार का आकार एवं माता एवं पिता का प्रभाव।
- परिवार के सदस्यों के साथ संबंध तथा परिवार का आर्थिक एवं शैक्षिक स्तर।

b) स्कूल एवं मित्रों का वातावरण
- स्कूली शिक्षकों, मित्रों एवं स्कूल के वातावरण का प्रभाव।

c) सामाजिक सांस्कृतिक वातावरण
- धर्म का प्रभाव, सामाजिक वर्ग एवं राजनैतिक तंत्र का प्रभाव।
- सामाजिक संरचना व जाति तंत्र का प्रभाव।

3. स्वयं संबंधी कारक (Self)

a) आत्म–विश्वास एवं स्व–सम्मान।
b) स्व–धारणा एवं स्व–पहचान तथा जीवन का दर्शन।

व्यक्तित्व के प्रकार[20]

मनोविज्ञान में शारीरिक तथा मानसिक गुणों और स्वभावों आदि के आधार पर व्यक्तित्वों के भेद किये गए हैं। इन प्रकारों का संक्षिप्त वर्णन निम्न प्रकार से है :–

A. शारीरिक संरचना के आधार पर
B. गुणों के आधार पर

A. शारीरिक संरचना के आधार पर – इस वर्गीकरण में व्यक्तित्व का विभाजन का आधार शारीरिक संरचना एवं व्यक्ति के स्वभाव को रखा गया है। इस शीर्षक के अन्तर्गत चार प्रकार के वर्गीकरण आते हैं।

1) Hippocrate's का वर्गीकरण – हिप्पोक्रेटस ने 400 BC के लगभग मानव व्यक्तित्व को चार प्रकारों में विभाजित किया था। इनके वर्गीकरण का आधार मानव स्वभाव एवं प्रभावी शारीरिक स्त्राव को माना गया है।

a) Phlegmatic
- शान्त, अनुत्तेजक स्वभाव एवं कम भावुक तथा धीमी गति से कार्य करने वाले।
- प्रभावी शारीरिक स्त्राव – श्लेष्मा

b) Sanguine

- प्रसन्नचित, अति–विश्वासी, आशावादी, आत्मविश्वासी एवं प्रभावी शारीरिक स्त्राव – रक्त

c) Choleric
- अवसादग्रस्त एवं मंदबुद्धि।
- प्रभावी शारीरिक स्त्राव - Yellow bile

d) Melancholic
- साधारण शरीर वाले एवं निराशावादी।
- स्वभाव में चिन्ता की प्रधानता एवं प्रभावी शारीरिक स्राव – Black bile

2) Jung का वर्गीकरण – Dr. Karl G. Jung ने व्यक्तित्व का वर्गीकरण दो समूहों में किया है।

➢ अन्तर्मुखी (Introvert) एवं बहिर्मुखी (Extrovert) – उनके वर्गीकरण का आधार लोगों की अभिव्यक्त करने की क्षमता और सामाजिक कार्यों में रूचि था।

a) अन्तर्मुखी व्यक्तित्व – इस प्रकार के व्यक्तियों में निम्न लक्षण पाये जाते हैं।
- स्वकेन्द्रित, औपचारिक, आदर्शवादी एवं विचारक प्रवृति, संकोची, अल्पभाषी, एकांतपसन्द, अतिसंवेदनशील, देर से निर्णय लेने वाले एवं निर्णय को देर से क्रियान्वित करने वाले।
- आत्मगत दृष्टिकोण वाले, अतिभावुक एवं समाज के साथ सामंजस्य में कठिनाई होती है।

b) बाह्यमुखी व्यक्तित्व (Extrovert) – इनके लक्षण निम्न हैं।
- व्यवहारिक, क्रियाशील, अनौपचारिक, भावुक, सामाजिक क्रियाओं में रूचि, शिष्टाचार, कुशल एवं मित्रवत व्यवहार, यथार्थवादी एवं संकोच रहित, अधिक वाक्शक्ति वाले एवं वर्तमान को महत्व देने वाले तथा शीघ्र निर्णय लेने वाले एवं भौतिकवादी।

➢ समाज में बहुत कम लोग पूर्णरूप से अन्तर्मुखी और बहिर्मुखी होते हैं। अधिकांश लोगों में मिलेजुले लक्षण पाये जाते हैं। इन अधिकांश लोगों को एक तीसरे वर्ग में रखा जाता है, जिसे उभयमुखी वर्ग का नाम दिया गया है।

3) Kretschmer's का वर्गीकरण – Kretschmer's ने शारीरिक संरचना के आधार पर व्यक्तित्व को तीन प्रकारों में विभाजित किया।

a) Asthenic Personality
- पतला शरीर, अधिक लम्बाई, सूखी त्वचा एवं भावशून्य चेहरा।
- इनमें सिजोफ्रेनिया मनोरोग की सम्भावना अधिक होती है।

b) Athletic Personality
- गठीला शरीर एवं मजबूत अस्थितंत्र तथा बड़े हाथ और पैर एवं अधिक क्रियाशील।
- आक्रामक एवं सफलता के प्रति आश्वस्त।

c) Pyknik Personality
- मोटा और गोलमटोल शरीर एवं हंसमुख स्वभाव तथा बाह्यमुखी स्वभाव एवं अत्यधिक सामाजिक। इनमें Mood Disorder की सम्भावना अधिक होती है।

4) William Sheldon का वर्गीकरण – Kretschmer's की तरह W. Sheldon के वर्गीकरण का आधार भी शारीरिक संरचना एवं व्यक्ति के स्वभाव को रखा गया है। इनके अनुसार व्यक्तित्व के तीन प्रकार होते हैं।

a) Endomorphic Personality – इस प्रकार के व्यक्तित्व के लक्षण निम्न हैं।
- मोटे और गोलमटोल शरीर संरचना तथा सुविधाप्रिय एवं संवेदनशील।
- सामाजिक कार्यों में रूचि एवं प्रसन्नचित।

b) Mesomorphic Personality – इस प्रकार के व्यक्तित्व के लक्षण निम्न हैं।
- गठीला शरीर, बलिष्ठ एवं व्यायामी शरीर तथा अति–क्रियाशील एवं आक्रामक।

- कम धार्मिक, अतिऊर्जावान एवं सफल व्यक्ति।

c) Ectomorphic Personality – इस प्रकार के व्यक्तित्व के लक्षण निम्न हैं।

- पतला–दुबला शरीर, शर्मीला एवं नाजुक स्वभाव तथा अत्यधिक धार्मिक एवं एकांतवादी।
- अतिसंवेदनशील एवं स्वजागरूक।

5) भारतीय दर्शन के अनुसार वर्गीकरण – भारतीय दर्शन एवं भगवत् गीता में व्यक्तित्व के तीन प्रकारों का वर्णन किया गया है।

➢ सात्विक व्यक्तित्व, राजसिक व्यक्तित्व एवं तामसिक व्यक्तित्व।

6) सामान्य वर्गीकरण – कई मनोवैज्ञानिकों ने व्यक्ति के तनावपूर्ण अवस्था में की जाने वाली प्रतिक्रिया के आधार पर व्यक्तित्व को दो प्रकारों में विभाजित किया है।

a) Type A Personality – इन व्यक्तियों में निम्न लक्षण पाये जाते हैं।

- अतिमहत्वाकांक्षी एवं अपनी मर्जी के अनुसार कार्य करने वाले।
- स्वअनुशासित एवं समय के पाबन्द तथा सफलता के प्रति केन्द्रित।

b) Type - B Personality – इन व्यक्तियों में निम्न लक्षण पाये जाते हैं।

- सफलता के प्रति कम केन्द्रित होते हैं एवं दूसरों के अनुसार कार्य करते हैं।
- समय के कम पाबन्द होते हैं एवं इनकी इच्छाएं सामान्य होती हैं।

B. गुणों पर आधारित वर्गीकरण (The trait approach) – गोर्डोन आलपोर्ट[21] व्यक्तित्व के वर्गीकरण हेतु विभिन्न गुणों को आधार बनाया। उसने व्यक्तियों को गुणों (Qualities) के आधार पर बांटा। उदाहरणतः धैर्यवान्, ईमानदार, शर्मीला इत्यादि। इन गुणों को इन्होंने व्यक्तित्व विशेषक गुण (Personality trait) की संज्ञा दी। विशेषक गुणों के समूह को उसने व्यक्तित्व कारक कहा। व्यक्तित्व कारक के तीन प्रकार निम्नलिखित हैं।

➢ शारीरिक, मानसिक एवं वातावरणीय गुण/कारक।

व्यक्तित्व विकास के सिद्धान्त[22]

दो व्यक्तियों में व्यक्तित्व विकास की प्रक्रिया एक सी नहीं होती है। भिन्न–भिन्न स्तरों में मनुष्य के व्यक्तितव में भिन्न–भिन्न परिवर्तन दिखलाई पड़ते हैं। कुछ अवस्थाओं में ये परिवर्तन धीमें और कुछ अवस्था में यह परिवर्तन तीव्र व व्यापक होते हैं। व्यक्तित्व के विकास को गतिशील रूप में समझाने हेतु अनेक मनोवैज्ञानिकों ने सिद्धान्त प्रतिपादित किये हैं। व्यक्तित्व विकास के निम्न सिद्धान्त हैं।

1) गुण (Trait) आधारित सिद्धान्त –

- Allport का सिद्धान्त, Cattel का सिद्धान्त एवं Five factor Model.

2) प्रकार (Type) आधारित सिद्धान्त –

- Hippocrates का सिद्धान्त एवं Sheldon का सिद्धान्त
- Jung का सिद्धान्त एवं Kretchmer का सिद्धान्त।

3) विकास आधारित सिद्धान्त –

- Freud का सिद्धान्त एवं Erikson का सिद्धान्त।

4) संज्ञानात्मक (Cognitive) सिद्धान्त –

- Piaget का सिद्धान्त।

5) सीखने (Learning) संबंधी सिद्धान्त –

- Povlov का सिद्धान्त एवं Skinner का सिद्धान्त।

6) मानवतावादी सिद्धान्त –

- Maslow के सिद्धान्त एवं Carl Roger के सिद्धान्त।

व्यक्तित्व विकास में फ्रायड का सिद्धान्त :–

- Sigmund Freud[19] ने इस सिद्धान्त को प्रस्तुत किया।
- यह पूर्ण रूप से व्यक्ति के आन्तरिक विकास पर आधारित है।
- यह सिद्धान्त मुख्य रूप से व्यक्तित्व के दो पहलुओं का वर्णन करता है।

* व्यक्तित्व के उपतंत्र/व्यक्तित्व की संरचना एवं व्यक्तित्व की गतिशीलता/मन की संरचना।

A. व्यक्तित्व के उपतंत्र (Subsystem of personality) – फ्रायड ने व्यक्तित्व के तीन उपतंत्रों का वर्णन किया। जो निम्न हैं :– ID, Ego & Super Ego

1) ID (इदम) – यह नैसर्गिक प्रवृति पर आधारित है।

- यह स्वार्थी एवं स्वकेन्द्रीत होता है एवं यह मन के अचेतन स्तर पर कार्य करता है।
- यह प्राथमिक सोच (Primary Thinking Process) भी कहलाती है। यह वह विचार है जो किसी वस्तु को देखने पर सर्वप्रथम आते हैं। यह किसी भी इच्छा के तुरन्त संतुष्टि पर जोर देता है एवं यह मन के सबसे गहरे भाग में उपस्थित होती है।
- इसका वास्तविकता के साथ कोई भी प्रत्यक्ष संबंध नहीं होता है एवं यह pleasure principle पर आधारित होती है।

2) Ego (अहम) – इसे Self द्वारा भी सम्बोधित करते हैं।

- इसे ID से ऊर्जा प्राप्त होती है एवं यह ID पर नियंत्रक की तरह कार्य करता है।
- इसे Secondary Thinking Process कहा जाता है क्योंकि ये विचार ID के बाद आते हैं एवं यह Reality Principle पर आधारित है।
- Ego इच्छापूर्ति हेतु सही समय व सही परिस्थिति पर जोर देता है।
- यह सारे बुद्धि आधारित कार्य एवं सभी Defence Mechanism का संचालन करता है। अतः इस पर अचेतन मन का भी प्रभाव होता है।
- यह Ego एवं Super Ego के मध्य संतुलन स्थापित करता है।

3) Super Ego (पराअहम्) – इसे Higher Self भी कहा जाता है।

- यह समाज के अन्तर्निहीत मूल्यों व नैतिक तत्वों का प्रतिनिधित्व करता है।
- इसका विकास समय व आयु के साथ होता है।
- इसके विकास पर बच्चों के माता–पिता, धर्म, महत्वपूर्ण व्यक्तियों व परिवेश का प्रभाव पड़ता हैं।
- Super Ego समाज की मान्यता अनुसार व्यक्ति के कार्यों के बारे में निर्णय लेता है कि ये सही है या गलत हैं। यह मन का पराचेतन (Super Conscious) भाग है। फ्रायड के अनुसार इड एवं पराअहम के पारस्परिक संघर्ष की प्रक्रिया से ही व्यक्ति का समाजीकरण होता है।

उदाहरण – एक 13 वर्ष के किशोर को राह चलते एक घर में पेड़ पर पके हुए अमरूद दिखाई देते हैं, उसके मन में सर्वप्रथम अमरूद खाने की लालसा उत्पन्न होती है, यह प्राथमिक इच्छा ही ID है। इसके पश्चात् उसका Ego उसे अमरूद चोरी करने हेतु उपयुक्त समय तक इंतजार करने की सलाह देता है एवं Super Ego इस चोरी को न करने की सलाह देता है क्योंकि वह नैतिक रूप से गलत है।

B. व्यक्तित्व की गतिशीलता (Personality Dynamics)/मन की संरचना (Structure of Mind)

मन मस्तिष्क की कार्यात्मक इकाई है। यह शरीर से कही अन्यत्र निवास नहीं करता है। मन समग्र रूप से कार्य करता है। मन केवल एक समग्र ही नहीं बल्कि गतिमान समग्र है। मन परिवर्तनशील है। मानसिक शक्तियों और क्रियाओं में परिवेश के प्रति अनुक्रिया के कारण निरन्तर विकास होता है। मन में चेतन व अचेतन की सीमाएं कठोर नहीं हैं और इन दोनों में बराबर क्रिया–प्रतिक्रिया होती रहती है। इस प्रकार आधुनिक मनोविज्ञान में मन एक चेतन–अचेतन गतिशील संयुक्त पूर्ण है।

1. चेतन (Conscious) – चेतना के अर्थ को स्पष्ट करते हुए फ्रायड ने लिखा है कि मन का वह भाग, जिसका संबंध तुरन्त ज्ञान से होता है। यह केवल जागरूक अवस्था में ही कार्य करता है। इस प्रकार चेतना का अर्थ – ज्ञान से है। चेतना मन का वह भाग है, जो मन को भौतिक पदार्थों से

अलग करता है। चेतना में संवेदना, स्मरण, कल्पना और तर्कों जैसी मानसिक प्रक्रियाएं सम्मिलित हैं एवं इसमें निरन्तर परिवर्तन होता है। चेतना में निरन्तरता होती है। यह भाग सोचना, भावना एवं संवेदन मानसिक प्रक्रियाएं करता है।

2. **अर्द्धचेतन (Sub-Conscious)** – इसे निम्न नामों से भी जाना जाता है :–
   - Fore - Consciousness, Pre - Consciousness & Co - Consciousness.
   - फ्रायड के अनुसार यह मष्तिष्क का वह भाग है, जिसका संबंध ऐसी विषय सामग्री से होता है जिसे व्यक्ति इच्छानुसार कभी भी याद कर सकता है। अर्द्धचेतन से संबंधित अनुभव चेतना के केन्द्र की सीमा से दूर होते हैं। अर्द्धचेतन मस्तिष्क की विषय सामग्री निष्क्रिय न होकर सक्रिय होती है। यह मन का वह भाग है जिसमें आंशिक रूप से भूले हुए विचार एवं प्रतिक्रियाएं एकत्रित होती हैं। यह Unconscious मन पर एक Watchman की तरह कार्य करता है।
   - अर्द्धचेतन मन से विचार पुनः याद करने पर चेतन मन में आ–जा सकते हैं।
3. **अचेतन (Unconsciousness)** –
   - अचेतन मन में विचार, इच्छाएं और संवेग होते हैं, जो दमित होते हैं।
   - यह मन, चेतन मन की अपेक्षा अधिक गहरा है।
   - फ्रायड ने अचेतन मन की तुलना आइसबर्ग से की है। चेतन भाग आइस बर्ग से उभरे हुए 1/10 भाग के बराबर है। अचेतन आइसबर्ग के डुबे हुए 9/10 के बराबर है एवं यह मन का सबसे बड़ा गोदाम है, जहां जीवन की सारी यादें, अनुभव, भावनाएं एवं सभी बातें पूरे जीवन की अवधि तक एकत्रित रहती हैं।
   - अचेतन मन में एकत्रित सूचनाएं कभी भी चेतन मन में पुनः नहीं आ सकती, लेकिन इसका व्यक्ति के विचारों, भावनाओं पर शक्तिशाली प्रभाव होता है। अतः इसे अचेतन प्रेरणा कहा जाता है।

1.5 मनोरोगों का इतिहास एवं रोकथाम की अवधारणा

परिचय - मनोरोगों का अध्ययन मनोरोग विज्ञान के अन्तर्गत किया जाता है। साइकाइट्री (Psychiatry) शब्द की उत्पत्ति Psychiatrics एवं Psychiaterie से हुई है। जिसका अर्थ है मानसिक रोग की उत्पत्ति के कारणों, चिकित्सकीय लक्षणों एवं उपचार की विधियों का अध्ययन करना।

- भारत में साइकाइट्री का इतिहास बहुत पुराना है। मन एवं मस्तिष्क विकारों का वेदों, उपनिषेदों एवं महाकाव्यों में वर्णन किया गया है। प्रारम्भिक साहित्य में वर्णित भूत विद्या को ही आज मनोरोगविज्ञान के नाम से जाना जाता है।
- मानसिक बीमारी एक नयी अवधारणा नहीं है, इसके बारे में पुराने समय में जानकारी प्राप्त थी। पुराने समय में भी कुछ प्रसिद्ध लोगों के मानसिक विक्षिप्त होने के उदाहरण मिले हैं, जैसे –
  1. इजराइल के Sault Kingl (IIBC) एक प्रकार के Mood disorder से ग्रसित था।
  2. पर्सिया का राजा Cambyses गम्भीर रूप से Alcoholic dependent था।
  3. इंग्लैण्ड का George III, Mania से पीड़ित था।
- इस प्रकार मनोरोग का अस्तित्व हजारों वर्ष पूर्व भी था लेकिन यह माना जाता था कि इसका कारण दैवीय शक्तियां थी या यह किसी प्रेतात्मा के प्रभाव के कारण उत्पन्न होते थे। समाज में मनोरोगी की निन्दा, प्रताड़ना एवं अनदेखी की जाती थी। मानव मनोविज्ञान के उदय के साथ ही कुछ मनोवैज्ञानिकों ने मनोरोगियों के उपचार हेतु मानवतापूर्ण तरीके अपनाने पर जोर दिया। इन्हीं की मदद से मनोरोगी की देखभाल में काफी बदलाव आये। धीरे–धीरे मनोविज्ञान एवं मनोरोग विज्ञान के क्षेत्र में नई खोजों ने एवं नई तकनीक ने इसका चेहरा ही बदल दिया है। वर्तमान समय में Social Psychology and Mental Health प्रश्न प्रत्र को Medical Sociology[23] के अन्तर्गत

विश्वविद्यालयों में पढ़ाया जाता है, जो Sociology की एक विशेषीकृत शाखा (Specialised branch) है।

मनोरोगों का इतिहास[24]

मनोरोगों एवं मनोरोग विज्ञान के विकास को ऐतिहासिक रूप से निम्न categories विभाजित किया गया है।

1. Early christian times = 1552 BC - 1400 AD
2. Asylum Period = 1545 AD - 1826 AD
3. Humanitarian Period = 1745 AD - 1790 AD
4. Early Scientific Period = 1796 AD - 1878 AD
5. Late Scientific Period = 1870 AD - 1960 AD
6. Prevention Period = 1960 AD - 21st Century

1. **Early Christian Times :- 1552 BC - 1400 AD** :– इस अवधि को प्रताड़ना अवधि भी कहा जाता है। इस समय के दौरान मानसिक बीमारी को बुरी आत्माओं एवं काले जादू का प्रभाव माना जाता था। ऐसा माना जाता था कि मनोरोगी पर दैत्य आत्मा का अधिकार है। अतः इस अवधि में मनोरोगी का उपचार प्रार्थना, जादू इत्यादि द्वारा किया जाता था ताकि दैत्य आत्मा उस व्यक्ति को छोड़कर अन्यत्र चली जाये, अगर वह विधि प्रभावी साबित नहीं होती थी तो विभिन्न प्रकार की प्रताड़ना मनोरोगी को दी जाती थी। इसमें मरीज का उपचार पत्थरों द्वारा मार कर, जलाकर, भूखा रखकर, गर्म लौहे द्वारा दाग कर इत्यादि तरीकों द्वारा किया जाता था। इस अवधि के मध्य Period of Hippocrates (460-377 BC) [25] भी आता है। Hippocrates ने Demonology का विरोध किया एवं मनोरोगों के उपचार हेतु वातावरण, खान–पान, मालिश एवं व्यायाम इत्यादि पर जोर दिया। इस अवधि के दौरान मरीज को अकेला रखा जाता था एवं किसी को भी उससे मिलने की अनुमति नहीं दी जाती थी।
2. **Asylum Period (1545-1800 AD)** :– इस अवधि को Period of Segregation भी कहा जाता है। इस अवधि के दौरान मानसिक रोगियों को समुदाय से हटाकर एक अलग जगह पर रखा जाने लगा, ये कदम समुदाय के लोगों को इन मनोरोगियों से बचाने हेतु लिया गया। इस अवधि में अनेक पश्चिमी देशों में Lunatic Asylum स्थापित किये गए। सर्वप्रथम England में Bethlem स्थापित किया गया। इन Asylum का एकमात्र उद्देश्य मनोरोगियों का एकत्रीकरण (Segregation) करना था। मध्ययुग में खगोल पिण्डों की सक्रियता को मानसिक स्थिति हेतु जिम्मेदार माना जाता था। क्योंकि चन्द्रमा अन्य ग्रहों से अधिक सक्रिय ग्रह है। अतः भावनात्मक रोगियों की स्थिति रात के समय सर्वाधिक खराब होने की सम्भावना होती है। इसी कारण मानसिक रोगियों को पागलपन (Lunacy) की संज्ञा दी गई एवं इनके उपचार के स्थान को Lunatic Asylum कहा जाता था। ये उपचार केन्द्र न होकर, एक जेल की भांति थे। इन केन्द्रों में भी मरीज को अंधेरे कमरों में जानवरों की भांति जंजीरों से बांध कर रखा जाता था।
3. **Middle Age/Humanitaria Period (1745AD – 1800 AD)** :– 1972 में Phillippe Pinel (एक फ्रेंच चिकित्सक)[26] ने Mental Asylum में मनोरोगियों पर किये जा रहें अमानवीय व्यवहार का घोर विरोध किया एवं उसने मनोरोगियों को जंजीरों से आजाद करवाया। धीरे–धीरे कई अन्य समाज सुधारकों एवं मनोचिकित्सकों ने भी Philippe Pinel का समर्थन किया एवं मनोरोगियों के उपचार हेतु मानवीय तौर तरीकों का प्रयोग करना प्रारम्भ किया। इसी समय (1972) में William Tuke ने इंग्लैण्ड में York Restreat Hospital की स्थापना की जहां मानसिक रोगियों का इलाज बिना किसी जंजीर के माध्यम से होता था। इसी समयावधि में कई और Asylum खोले गए।

4. **Early Scientific Period (1796 AD - 1878 AD)** :– 19वीं शताब्दी की शुरूआत के साथ चिकित्सा एवं मनोविज्ञान के क्षेत्र में भारी परिवर्तन हुए। Sigmund Freud के कार्य ने मनोविज्ञान क्षेत्र में एक क्रान्ति ला दी। Freud ने अपने मनोविश्लेषण (Psychoanalytical theory) सिद्धान्त को प्रस्तुत किया। उसने मनोरोगों का कारण मानसिक मन के असंतुलन को बताया, साथ ही साथ उसने मन की संरचना (Id, Ego, Super Ego) एवं इसके संस्तरों (level) के बारे में समझाया। इसी प्रकार Emile Krapline ने इसी अवधि में मनोरोगों को पहली बार वर्गीकृत किया था। इन सब खोजों एवं परिवर्तन के बावजूद अभी भी Lunatic Asylum एवं Mental Hospital डर एवं आतंक के केन्द्र माने जाते थे।
5. **Later Scientific Period (1870 AD - 1960 AD)** :– 1930 में insulin coma therapy प्रारम्भ हुई। इसमें मरीज की तंत्रिकाओं को सुन्न करने हेतु अधिक मात्रा में इंसुलिन का प्रयोग किया जाता था। 1938 में दो मनोचिकित्सकों Carletti एवं Lugino Bini ने Electro-Convulsive Therapy की खोज की। मध्य 1950 में मानसिक बीमारी के उपचार हेतु दवाइयों का प्रयोग प्रारम्भ हुआ एवं इस विधि को Psycho Pharmacology कहा जाने लगा। 1950 में प्रारम्भ में पहली Tranquilizer औषधि Chlorpromazine बाजार में उपलब्ध कराई गई। जो कि एक प्रकार की Anti-Psychotic औषधि है। इसी समयावधि में मानव मनोविज्ञान के क्षेत्र में कई नयी एवं महत्वपूर्ण खोजें हुई, जिन्होंने मनोचिकित्सा के क्षेत्र में महत्वपूर्ण योगदान किया।
6. **Prevention Period (1960-21st Century)** :– 20वीं शताब्दी के अन्तिम भाग में मनोरोग विज्ञान की अनेक नई शाखाओं का उदय हुआ।
   1. सामुदायिक मनोराग विज्ञान (Community Psychiatry)
   2. कानूनी मनोरोग विज्ञान (Forensic Psychiatry)
   3. सांस्कृतिक मनोरोग विज्ञान (Cultural Psychiatry)
   4. शिशु मनोरोग विज्ञान (Child Psychiatry)
   5. वृद्ध मनोरोग विज्ञान (Geriatric Psychiatry)
   - सन् 1960 में प्रथम Worldwide Mental Health Year मनाया गया था।
   - इसी समयावधि में Maxwell Jones ने मनोरोगियों के उपचार हेतु Threapeutic Community की अवधारणा प्रस्तुत की।
   - इस समयावधि में मानसिक रोगों के उपचार के साथ ही, मानसिक स्वास्थ्य के उत्थान एवं मानसिक रोगों की रोकथाम पर विशेष ध्यान दिया जाने लगा। इसलिए इसे Period of Prevention भी कहा जाता है।

मानसिक बिमारियों की रोकथाम की अवधारणा[27]

- पहले यह माना जाता था कि मानसिक बीमारी का एकमात्र कारण मस्तिष्क संबंधी कारण (Organic Brain Disorder) होते हैं। बाद में, 1913 में Adolf Mayor एक स्वीस मनोरोग चिकित्सक ने सलाह दी कि मानसिक बीमारी बहु–कारकों का परिणाम है एवं यह Heterogenous है। इसके कारण निम्न हो सकते हैं – सामाजिक वातावरण, अन्तर्वैयक्तिक अनुभव, आदत निर्माण, व्यक्तिगत व्यवहार। फ्रायड एवं अन्य मनोरोग चिकित्सकों का यह मत था कि मानसिक बीमारी को उपरोक्त सभी कारण/कारकों को नियंत्रित करके इसे रोका जा सकता है। इस प्रकार मानसिक बीमारियों की रोकथाम हेतु यह नई अवधारणा अस्तित्व में आई।

मानसिक बिमारियों की रोकथाम के स्तर[27]

- मानसिक रोगों की रोकथाम हेतु तीन स्तर सुझाये गए हैं।
  1) प्राथमिक स्तर पर रोकथाम (Primary Level Prevention)
  2) द्वितीयक स्तर पर रोकथाम एवं तृतीयक स्तर पर रोकथाम (Tertiary Level Prevention)।

1) **प्राथमिक स्तर (Primary Level)** :– प्राथमिक स्तर पर रोकथाम से तात्पर्य है, मानसिक बीमारी को होने से पूर्व रोकना एवं इसके Incidance rate को कम करना। जिन Causative factors को नियंत्रित करने की आवश्यकता है – वे निम्न है :–

   A. जैविक कारण

   B. मनोवैज्ञानिक कारक – उदाहरण :–

      - शारीरिक योग्यता (Physical Competency)
      - बौद्धिक योग्यता (Intellectual Competency)
      - भावनात्मक सामर्थ्य (Emotional Competency)
      - सामाजिक सामर्थ्य (Social Competency)

   C. सामाजिक – सांस्कृतिक कारक

➢ प्राथमिक स्तर पर रोकथाम हेतु निम्न उपाय किये जाते हैं –

   ❖ कारणों का उन्मूलन करना।
   ❖ Risk Factors कम करना।
   ❖ Stress Factors में कमी लाना।
   ❖ Counselling सेवाएं प्रदान करना।
      - Student Counselling & Marriage Counselling.
      - Sex Counselling & Genetic Counseling इत्यादि।
   ❖ विशेष सेवाएं जैसे –
      - Child Guidance Center, Crisis Intervention Center & Geriatric Center.
   ❖ मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा देना एवं मानसिक स्वास्थ्य की उन्नति हेतु कार्यक्रम बनाना।

2) **द्वितीयक रोकथाम (Secondary Prevention)** :– मानसिक अस्वस्थता की द्वितीयक रोकथाम का अर्थ है, बीमारी की जल्दी पहचान एवं उपचार। इस प्रकार द्वितीयक रोकथाम द्वारा बीमारी की अवधि को कम किया जा सकता है। द्वितीयक रोकथाम के मुख्य Component निम्न हैं :–

   ❖ जनसंख्या की नियमित Screening करना।
   ❖ Crisis Intervention Services उपयुक्त समय पर उपलब्ध कराना।
   ❖ मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान करना।
   ❖ Para Medical Professional को मानसिक स्वास्थ्य क्षेत्र में प्रशिक्षण देना।

3) **तृतीयक रोकथाम (Tertiary Prevention)** :– तृतीयक रोकथाम का उद्देश्य है, मानसिक बीमारी के Recurrance को रोकना। इसका उद्देश्य मानसिक विक्षिप्तता के कारण उत्पन्न हुई अपंगता Residual defects की सम्भावना को कम करना है। तृतीयक रोकथाम में निम्न उपाय शामिल हैं :–

   ➢ तुरन्त एवं गहन देखभाल तथा मरीज का पुनर्वास करना।
   ➢ मरीज को Follow up care हेतु प्रेरित करना।
   ➢ मरीज को Individual and Group Psychotherapy प्रदान करना।
   ➢ उपयुक्त समय पर Crisis Intervention Services उपलब्ध कराना।
   ➢ अन्तःक्रिया कुशलता बढ़ाना एवं व्यावसायिक थैरेपी (Occupational Therapy) प्रदान करना।
   ➢ औद्योगिक थैरेपी प्रदान करना एवं मनोरंजन थैरेपी (Recreational Therapy) प्रदान करना।
   ➢ तृतीयक रोकथाम का मुख्य उद्देश्य मरीज का पुनः Rehabilitation करना है।

❖ **पुनर्वास** :– पुनर्वास का अर्थ निम्न प्रकार से लिया जाता है – एक प्रक्रिया जो अपंग व्यक्तियों पर केन्द्रीत है जिसका उद्देश्य उनकी शेष क्षमताओं का अधिकतम उपयोग करना एवं उन्हें पुनः समुदाय में लाभदायक एवं अर्थपूर्ण जीवन जीने योग्य बनाना है।

❖ मनोरोग विज्ञान में पुनर्वास का अर्थ है, यह वह प्रक्रिया है, जो एक मानसिक रूप से अस्वस्थ रोगी को पुनः अपनी वास्तविक स्थिति में लाती है। यह Chronic ill Patients के साथ–साथ ठीक हो रहे मरीजों के लिये भी जरूरी है।

❖ पुनर्वास प्रक्रिया में निम्न गतिविधियां सम्मिलित हैं –
  - ➢ मरीज व उसके परिवार की सहायता करना।
  - ➢ शारीरिक उपचार (Physical Therapy) जैसे – Drugs & ECT प्रदान करना।
  - ➢ व्यावसायिक प्रशिक्षण प्रदान करना एवं स्पीच थैरेपी प्रदान करना।
  - ➢ व्यक्तिगत फिजियोथैरेपी प्रदान करना एवं Sheltered Workshops में प्रशिक्षण देना।
  - ➢ निरन्तर सेवाएं देना :–
    - OPD एवं घर पर Psycho - Social Counselling करना।
    - Community homes, Day care & Week end care center में सेवाएं देना।

1.6 मनोरोगों के कारण एवं वर्गीकरण

परिचय – Etiology का अर्थ है, बीमारी के कारणों का अध्ययन। मनोरोग विज्ञान में, बीमारी के कारण दो प्रकार के कारकों से प्रभावित होते हैं।

➢ वे कारक जो लम्बे समय के बाद अपना प्रभाव दिखाते हैं। जैसे – बचपन में घटित हुए दुःखद अनुभव भविष्य में Neuroses का कारण बन सकते हैं।

➢ एक अकेला कारण अनेक प्रकार के प्रभाव उत्पन्न कर सकता है। जैसे – एक माता–पिता द्वारा अपने बच्चे को अत्यधिक पीटना, उस बच्चे में निम्न प्रकार की समस्याएं पैदा कर सकता है। जैसे–
  - Depression, Suicidal Behaviour & Anti - Social Behaviour.

or

अनेक कारण मिलकर एक मानसिक समस्या को जन्म दे सकते हैं। उदाहरण –

Genetic Factor
Stressful Event
Traumatic Childhood
Experience
--→ Mentally Handicapped Child

मानसिक बीमारियों के कारणों को निम्न प्रकार से समझा जा सकता है :–

1. **Predisposing Factors** :– ये कारक एक व्यक्ति विशेष की मानसिक बीमारी के प्रति संवेदनशीलता को बढ़ाते हैं, ये कारक आनुवांशिक, जैविक एवं मनोवैज्ञानिक हो सकते हैं। उदाहरण – Histrionic Personality वाले व्यक्ति Neurotic Disorders के प्रति संवेदनशील होते हैं। ऐसे व्यक्तियों में Obsessive Compulsive Disorder एवं Hysteria होने की सम्भावना अधिक होती है।
2. **Precipitating Factor** :– ये कारक मानसिक बीमारी होने के थोड़े समय पहले उत्पन्न होते हैं एवं बीमारी होने की दर को बढ़ा देते हैं। ये शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक कारक हो सकते हैं। उदाहरण :– एक मानसिक रूप से कमजोर व्यक्ति के जीवन में घटी हुई घटनाएं, जैसे व्यापारिक घाटा, वातावरणीय कारक जैसे – भूकम्प, बाढ़ एवं शारीरिक कारक जैसे – गर्भावस्था, Puberty, Manopause आदि उस व्यक्ति में मनोरोग होने की सम्भावना को बढ़ा देता है।
3. **Primary Cause** :– ये वे कारक हैं, जिसकी अनुपस्थिति में बीमारी का होना लगभग असम्भव है। उदाहरण :– Head Injury के प्रत्यक्ष प्रभाव से Organic Psychotic Disorder होते हैं।

मानसिक रोगों के कारण[28]

मानसिक रोगों के कारणों को 3 वर्गों में विभाजित किया गया है।

1. Biological Factors (जैविक कारक)
2. Psychological Factors (मनोवैज्ञानिक कारक)
3. Socio-Cultural Factors (सामाजिक–सांस्कृतिक कारक)

1. जैविक कारक (Biological Factors) :– इसमें निम्न कारण सम्मिलित हैं।

- ➢ आनुवांशिकता (Heredity) एवं रोगजनक कारक (Pathologic Factors)
- ➢ हार्मोन असामान्यता (Hormone Disturbance) एवं कुपोषण (Manutrition)
- ➢ शारीरिक कारण (Physiologic Factors) एवं ड्रग्स/जहर (Drugs/Poison)।

1) आनुवांशिक कारक (Genetic Factors) :– इसके अनुसार गुणसूत्रों (Chromosome) की संरचनात्मक (Structural) असामान्यता ही मानसिक बीमारी का कारण है। उदाहरण :–

- Down's Syndrome (Mongolism) - Trisomy 21 गुणसूत्र (XXX)
- Klienfelter Syndrome (XXY)
- Gene Mutation/Turner Syndrome (XO)

➢ पूर्व शोधों यह पाया गया है कि Depression से पीड़ित माता–पिता की संतान में Mood Disorder होने की सम्भावना 10-15 प्रतिशत होती है। Twin Studies से पता चलता है कि Monozygotic Twins में Manic Depressive Psychosis की सम्भावना 68 प्रतिशत होती है जबकि Dizygotic Twins में यह सिर्फ 23 प्रतिशत होती है।

2) हार्मोन असामान्यता (Hormone Disturbances) :– उदाहरण :–

- Hypo - Hyper Thyroidism and Hypo - Hyper Pitutarism
- Hypo - Hyper Parathyriodism and Hypo - Hyper Adrenalism.

3) कुपोषण (Nutritional Deficiency / Malanutrition) :– उदाहरण :–

- Vitamin B_1 की कमी एवं Vitamin B_2 की कमी
- Vitamin B_5 की कमी एवं Vitamin B_6 की कमी
- Protein Energy Malnutrition and Iron Deficiency Anaemia.

4) Metabolic disturbances जैसे :–

- Hypoxia, Hypoglycemia, Heptic encephalopathy and Cardiac failure.
- Water and electrolyte imbalance, Metabolic acidosis and alkalosis.

5) शारीरिक बीमारी (Pathologic Factor) :– जैसे –

- Septicemia, Pneumonia, Endocarditis, Epilepsy and Head injury.
- Migrain, Intra-cranial infection and Stroke.

➢ उपरोक्त सारे कारकों का मस्तिष्क पर toxic प्रभाव होता है। अगर मस्तिष्क को किसी भी प्रकार की क्षति पहुंचती है तो इससे संबंधित सारी मानसिक प्रक्रियाएं भी विचलित होती हैं।

6) औषधियां एवं जहर (Drugs and poison) :– औषधियां जिनका मस्तिष्क पर दुष्प्रभाव होता है :– जैसे –

- Digitalis, quinidine, Alcohol and sedatives.
- Tricyclic antidepressent (TCA)
- Anti psychotic drugs and Anti convulsant drugs.

7) जीवन की विकासात्मक अवस्थाएँ (Developmental Stages of Life) :– जैसे –

- Puberty, Pregnancy, Child Birth, Menopause and Old Age.

8) अन्य शारीरिक कारण – जैसे :–

- अपंगता एवं अंधता तथा बहरापन व्यक्ति के Self-concept को प्रभावित करते हैं एवं व्यक्ति में एक प्रकार की हीन भावना, कुण्ठा एवं तनाव को उत्पन्न करते हैं।
- Sleep deprivation एवं अन्य जैविक आवश्यकताओं की पूर्ति न होना भी मनोरोगों का एक महत्वपूर्ण कारण है।

2. मनोवैज्ञानिक कारक (Psychological Factors) - मनोवैज्ञानिक कारण निम्नलिखित हैं :–

- ➢ तनावपूर्ण अन्तर्वैयक्तिक संबंध एवं पारिवारिक संबंधों में तनाव।
- ➢ तनावपूर्ण वैवाहिक जीवन एवं व्यक्तित्व का प्रकार।
- ➢ स्वभाव (Temperament) एवं असामान्य अभिभावक–पुत्र संबंध।
- ➢ बचपन या किशोरावस्था में दुःखद अनुभव एवं दुर्घटना।
- ➢ कम आयु में माता की मृत्यु एवं किसी प्रिय की मृत्यु।
- ➢ पढ़ाई एवं कार्य (Job) में असफलता से उत्पन्न तनाव।
- ➢ अत्यधिक प्रतियोगिता, बार–बार असफलता एवं बच्चों पर शिक्षा का तनाव।
- ➢ रोगजनक पारिवारिक वातावरण (Pathogenic Family Environment)
  - टूटे परिवार एवं अनुशासन की कमी।
  - अत्यधिक अनुशासन एवं माता–पिता के मध्य Conflicts.
  - अभिभावकों का व्यक्तित्व एवं Parents द्वारा बच्चों की अनदेखी।
  - अत्यधिक लाड–प्यार एवं Over Protection इत्यादि।

➢ मनोवैज्ञानिक यह बताते हैं कि व्यक्ति के जीवन के प्रारम्भिक भाग (Childhood एवं Adolescent) में हुए कई अनुभव उसके बाद के जीवन (Later Life) में Psychotic एवं Neurotic disorders का कारण बनते हैं।

3. सामाजिक–सांस्कृतिक कारक (Socio-Cultural Factors) – क्योंकि मनुष्य एक सामाजिक प्राणी है। अतः इसके शारीरिक एवं मानसिक विकास पर समाज के वातावरण का प्रभाव पड़ता है। इन सामाजिक–सांस्कृतिक कारकों से व्यक्ति में असामान्य व्यवहार का विकास होता है, ये कारक निम्न हैं :–

1) युद्ध एवं दंगे।
2) आर्थिक समस्याएं।
3) रोजगार समस्याएं एवं सामाजिक परिवर्तन।
4) तकनीकी प्रगति एवं शिक्षा समस्याएं।
5) शहरीकरण एवं सांस्कृतिक पतन।
6) औद्योगिकीकरण एवं वातावरणीय समस्याएं।
7) धार्मिक अन्धविश्वास एवं गरीबी।
8) व्यावसायिक समस्याएं
   - Job dis-satisfaction
   - राजनीतिक गतिविधियां
   - कुण्ठा इत्यादि।
9) परिवार का बदलता स्वरूप एवं बढ़ते तलाक।

➢ इन सब उपरोक्त कारणों से मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता है क्योंकि ये सभी अवस्थाएं तनाव, कुण्ठा, अकेलापन एवं असंतोष को जन्म देती हैं एवं लम्बे समय तक सभी तनावपूर्ण अवस्था, Mental Illness का कारण बनती है।

मनोरोगों का वर्गीकरण[29]

- सभी मानसिक बीमारियों को वर्गीकृत करने हेतु WHO ने सन् 1960 में प्रयास प्रारम्भ किये।
  - International Classification of Diseases (ICD-8) 8th रिवीजन इन्हीं प्रयासों का परिणाम है।
  - 1979 में WHO ने दूसरा वर्गीकरण ICD-9 प्रस्तुत किया।
  - 1987 में WHO ICD-9 को नये रूप ICD-10 में पुनः प्रस्तुत किया और यही वर्गीकरण पूरे विश्व में प्रचलित है।

ICD-10 :- (International Classification of Disease - 10)

- यह WHO का समस्त प्रकार की बीमारियों एवं संबंधित समस्याओं का वर्गीकरण है।
- ICD-10 बीमारियों के मुख्य Clinical Features, Diagnostic Guidelines एवं Clinical Description के बारे में वर्णन करता है।
- ICD-10 के अनेक भाग है। इसका Chapter - F मानसिक एवं व्यवहारिक बीमारियों (Mental and behavioural disorders) को वर्गीकृत करता है।
- Chapter V (F) में 100 Categories हैं। जिसकी Coding F00-F99 तक की गई है, प्रत्येक code एक विशेष मानसिक बीमारी को इंगित करता है।
- **ICD-10 में वर्णित मुख्य Categories इस प्रकार हैं :–**

1. **F00-F99** :– इसमें Organic Mental Disorders सम्मिलित हैं :–
   - यह समूह उन मानसिक बीमारियों को शामिल करता है, जिसका कारण जैविक (Organic) हो। इसका अर्थ है इसका कारण brain dysfunction एवं Cerebral diseases इत्यादि के कारण हो सकता है।
   - इसमें सम्मिलित disorders निम्न हैं :–
     - Delirium and Dementia & Organic amnestic syndrome
2. **F10-F19** :– (Mental and behavioural disorder resulted from psychoactive substance abuse)
   - इसमें वे मनोरोग आते हैं जिसका कारण Psycho-active drugs या अल्कोहल का अत्यधिक सेवन होता है।
   - इसमें Psycho-active substance abuse की निम्न अवस्थाएँ सम्मिलित हैं :–
     - Acute intoxication and Harmful use.
     - Dependent syndrome and Withdrawal state & Amensic syndrome.
3. **F20-F29** :– Shizophrenia, Schizotypal एवं Delusional disorder.
   - इस समूह में सम्मिलित मनोरोगों को मुख्य लक्षण विचारों (thoughts), Perception, Mood एवं व्यवहार में असामान्य परिवर्तन होते हैं।
   - ये disorders निम्न हैं :–
     - Induced delusional disorder and Schizo-affective disorder.
4. **F31-F39** :– Mood (affective) disorders :-
   - इसमें सम्मिलित मनोरोग का मुख्य लक्षण मनःस्थिति (Mood) में विचलन है।
   - इसके उदाहरण निम्न हैं :–
     - Manic episode and Depressive episode.
     - Bipolar-mood disorder.
     - Recurrent depressive disorder and Resistent mood disorder.
5. **F40-F48** :– Neurotic Disorder, Stress-related एवं Somato-form disorders

- ➢ इसमें सम्मिलित disorders को निम्न लक्षणों से पहचाना जाता है :–
  - अन्तर्दृष्टी की उपस्थिति।
  - वास्तविकता से सम्पर्क एवं एकीकृत व्यक्तित्व।
- ➢ इसमें सम्मिलित निम्न मनोरोग हैं :–
  - Anxiety disorders and Phobic anxiety disorders.
  - Obsessive - Compulsive disorder and Dissociative-Convursion disorder.
  - Somatoform disorders and Stress related disorder.
  - Adjustment disorder and other neurotic disorders.

6. **F50-F59** :– इस समूह में आने वाले disorders के समूह का नाम है :– Behavioural syndrome associated with physiological disturbances and physical factors ये निम्न हैं –
   - Eating disorders and Non-organic sleep disorder.
   - Sexual dysfunction and Associated with puerperium.
   - Mental and behavioural disorder.
7. **F60-F69** :– इस समूह का नाम है :– Disorders of Adult personality and behaviour उदाहरणत :–
   - Specific personality disorder and Mixed personality disorder.
   - Habit and impulsive disorder.
   - Gender identity disorder and other sexual disorder.
8. **F70-F79** :– Mental retardation - इसमें विभिन्न प्रकार के Mental retardation सम्मिलित हैं।
   - ➢ इसके लक्षण निम्नलिखित हैं :– बौद्धिक क्षमता का अपूर्ण विकास।
   - ➢ इसमें शामिल मंदबुद्धि की निम्न Forms हैं :–
     - Mild & Moderate Mental Retardation.
     - Severe mental retardation & Profound mental retardation.
9. **F80-F89** :– Disorders of Psychological Development - इसमें सम्मिलित विकारों की उत्पत्ति infant एवं Childhood अवधि में होती है। ये निम्न हैं :–
   - Specific and language disorder.
   - Scholastic skills disorder and Motor skills disorder.
   - Mixed specific developmental disorder.
   - Pervasive developmental disorders.
10. **F90-F98** :– इस समूह का शीर्षक है :– Behavioural and emotional disorders with onset usually occuring in childhood and adolescence.
    - ➢ इसमें सम्मिलित disorders निम्न हैं :–
      - Hyperkinetic disorders, Conduct disorders and Tic disorders.
      - Mixed disorder of conduct and emotions.
11. **F99** :– इसमें अन्य Unspecified mental disorders सम्मिलित हैं।

अन्य वर्गीकरण (Other Classification)[30]

1. DSM IV
2. Indian Classification System

1. DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual)

- ➢ इसे APA (Americal Psychiatric Association) द्वारा 1968 में प्रस्तुत किया गया।
- ➢ वर्ष 1980 में इसका Revision किया गया एवं DSM III कहलाया।

- पुनः 1994 में इसे Revise करके DSM-IV प्रस्तुत किया।
- वर्ष 2004 में अन्तिम Revision किया गया एवं यही DSM-IV TR के नाम से जाना जाता है।
- यह वर्गीकरण Disorder के प्रकार उनकी Incidence उपचार के तरीके एवं तुलनात्मक अध्ययन पर आधारित है।
- इसे Multi-axial classification भी कहते हैं। इसके पांच अक्ष (Axis) हैं :–
    - Axis - I :- Clinical Psychiatric Diagnosis.
    - Axis - II :- Peronality Disorder and Mental Retardation.
    - Axis - III :- General Medical Condition.
    - Axis - IV :- Psycho-social and environmental problems.
    - Axis - V :- Global assessment of functioning current and In past one year.

2. **भारतीय वर्गीकरण सिस्टम** :– नेकी, वीग, सिंगर एवं वर्मा (Neki, wig, singer, verma) ने ICD-8 को Modify किया एवं समस्त मानसिक बीमारियों को तीन वर्गों में विभाजित किया। Psychiatric disorder mainly divided three parts.
    - Psychosis, Neurosis & Special disorder.

A. Psychosis :– यह गम्भीर प्रकार के Mental disorder हैं। इसमें मरीज के व्यक्तित्व एवं मानसिक प्रक्रियाओं में गम्भीर विचलन पाये जाते हैं। मरीज वास्तविकता से कटा हुआ रहता है एवं इसमें मरीज में अन्तर्दृष्टि का अभाव होता है। ऐसे व्यक्ति स्वयं की देखभाल नहीं कर सकते हैं एवं इनमें भ्रम, विभ्रम एवं भ्रान्तियां जैसे लक्षण उपस्थित होते हैं।

Psychotic disorder mainly divided three parts.

1) Functional Psychotic disorder :- Example - Schozophrenia
2) Mood affective psychotic disorder :- Example - Mania & Depression
3) Organic mental psychotic disorder :- Example - Delirium & Dementia

- **Psychotic disorder** causes mainly divided two parts.
    - **Primary cause - Social factors**
    - Secondary cause - Psychological factors.

B. Neurosis :– न्यूरोसिस Minor mental disorder का एक समूह है, जिन्हें परिभाषित करना थोड़ा कठिन है। Psychosis के विपरीत न्यूरोसिस के मरीज वास्तविकता से सम्पर्क रखते हैं एवं जीवन की दैनिक आवश्यकताओं की पूर्ति स्वयं कर सकते हैं। ये मरीज गम्भीर प्रकार की anxiety या व्यक्तित्व में गम्भीर परिवर्तन का अनुभव करते हैं।

- Anxity neurosis disorder
- Depressive neurosis and Hysterical neurosis.
- Obsessive-compulsive disorders and Phobic neurosis.
- Dissociative - Conversion disorder and Hypochondriasis disorder.

- But Psychological factors are main cause of Neurotic disorders.

C. Special Disorder :– विशेष प्रकार के मनोरोगों में वे Mental disorders सम्मिलित हैं जो किसी विशेष वर्ग से संबंधित है या किसी विशेष कारण की वजह से उत्पन्न होते हैं। जैसे – बच्चों से संबंधित मनोरोग, मंदबुद्धिता, व्यक्तित्व विकार, एल्कोहल या अन्य औषधि के सेवन से उत्पन्न मनोरोग, Sexual एवं अन्य व्यावहारिक मनोरोग।

- Childhood disorder & Personality disorders (व्यक्तित्व विकार)।
- Substance abuse disorder & Psycho-physiological disorders
- Mental retardation (मंदबुद्धिता)।

1.7 मनोविकृत रोग (Psychosis Disorders)

सामान्य परिचय :– साइकोसिस मनोरोग गम्भीर प्रकार के Mental disorder हैं। इसमें मरीज के व्यक्तित्व एवं मानसिक प्रक्रियाओं में गम्भीर विचलन पाये जाते हैं। मरीज वास्तविकता से कटा हुआ रहता है एवं इसमें मरीज में अन्तर्दृष्टि का अभाव होता है। ऐसे मरीज स्वयं की देखभाल नहीं कर सकते हैं एवं इनमें भ्रम, विभ्रम एवं भ्रान्तियां जैसे लक्षण उपस्थित होते हैं।

साइकोसिस मनोरोग होने के प्रमुख कारण सामाजिक–सांस्कृतिक कारक होते हैं।

मनोविकृत रोगो के प्रकार[31]

मनोविकृत रोगों को मुख्य रूप से तीन भागों में बांटा गया है।

➢ जैविक मनोरोग, कार्यात्मक मनोरोग एवं मनःस्थिति मनोरोग।

A. जैविक मनोरोग

❖ यह एक प्रकार का Psychotic disorder है जिसके मुख्य लक्षण निम्न हैं।

- चेतना विकार (Consciousness disturbance)
- स्मृति विकार (Loss of memory)
- स्थिति भ्रम (Disorientation)

➢ वे Psychiatric disorders जिसका कारण केन्द्रीय तंत्रिका तंत्र में स्थायी या क्षणिक विकार का उत्पन्न होना है। ये मनोरोग brain pathology से संबंधित होते हैं।

➢ जैविक मनोरोग (organic mental disorders) शब्द उन मनोरोगों हेतु प्रयुक्त होता है जो किसी प्रकार की brain pathology से उत्पन्न होते हैं, जैसे – Brain tumors से, Head Injury से, Nerve degeneration से।

❖ **Organic Mental Disorders के बारे में सामान्य बिन्दु** –

- अचानक उत्पत्ति (Sudden onset) एवं वृद्धावस्था (old age) में अधिक सम्भावना।
- Neurological symptoms की उपस्थिति एवं Drug addiction के साथ अधिक सम्भावना।
- स्थिति भ्रम (Disorientation) की उपस्थिति एवं चेतना में कमी (loss of consciousness)।
- Visual hallucination उपस्थित एवं व्यक्ति के ध्यान (attention) तथा एकाग्रता (Concentration) में कमी।

जैविक मनोरोग के प्रकार[32]

1. सन्निपात (Delirium) (Acute brain syndrome)
2. मनोभ्रंश (Dementia) (Chronic brain syndrome)

1. Delirium (सन्निपात) – इसे निम्न नामों से भी जाना जाता है।

- Acute organic reaction
- Acute confusional state & toxic psychosis

❖ Delirium एक अस्थायी OMD है, जिसका मुख्य लक्षण चेतना (Consciousness) में कमी, स्थिति भ्रम (Disorientation) एवं मनो–शारीरिक क्रियाओं में असामान्यता (abnormality) है।

❖ Incidence – इसकी incidence सामान्यतः Post operative cases में अधिक होती है। पूर्व शोध अध्ययनों से ज्ञात होता है कि 5 प्रतिशत से 15 प्रतिशत Medical & Surgical मरीजों में delirium की सम्भावना होती है।

❖ **कारण (Etiology)** :– कुछ महत्वपूर्ण कारण निम्नलिखित हैं।

1) मेटाबोलिक कारण (Metabolic Causes) :–

- Hypoxia, Hypoglycaemia, Hepatic encephalopathy and Cardiac failure.

- Water and Electrolyte imbalance.
- Metabolic acidosis and Metabolic alkalosis.
- Fever, Anemia, Hypovolemic shock.

2) अन्तःस्त्रावी कारण :–
   - Hypo and hyperthoiridism.
   - Hypo and hyper pituitarism.
   - Hypo and hyper adrenalism.
3) पोषक तत्वों की कमी :–
   - Vitamin B_1, B_2, B_5, B_6, B_{12} deficiency एवं प्रोटीन की कमी।
4) मस्तिष्क संबंधी कारण :–
   - Epilepsy and Head Injury.
   - Intra Cranial Infection, Migraine and Stroke.
5) औषधियां जैसे :–
   - Alcohol, Sedatives, Digitalis & Quinidine.
   - Anti-convulsants and Tri-cyclic antidepressant.
   - CH_3OH (Methyl alcohol) and Heavy Metal.
6) गम्भीर इन्फेक्शन :–
   - Septicemia, Pneumonia and Endocarditis.
7) अन्य कारण :–
   - सर्जरी के बाद एवं नींद की कमी।

❖ **लक्षण (Clinical Features)** :–
- अचानक उत्पत्ति (Acute onset) एवं चेतना की कमी (Clouding of consciousness)।
- स्थिति–भ्रम (Disorientation) – (विशेष रूप से समय एवं जगह के प्रति)।
- स्मृति लोप (Loss of Memory) – (विशेष रूप से recent एवं remote memory का लोप)।
- बोलने में लड़खड़ाहट (Slurring of speech)
- अनिद्रा (रात के समय) एवं सोने एवं जागने के समय में विचलन।
- दृष्टि संबंधी भ्रम (Visual hallucination)।
- Sun downing (Delirium के लक्षणों में शाम के समय अधिक तीव्रता)।
- Psychological लक्षण जैसे – anxiety, agitation, चिड़चिड़ापन इत्यादि।

❖ शारीरिक लक्षण :–
- हाथ–पांव में कंपन (Tremors) एवं चलने में असंतुलन।
- Urinary incontinance एवं पाचन में disturbances.
- शारीरिक क्रियाओं में सामंजस्य की कमी।
- Hyperthermia (शारीरिक ताप में वृद्धि)।
- बढ़ी हुई हृदय दर (Tachycardia)।

❖ **Diagnosis (निदान)** :– चिकित्सा क्षेत्र में Delirium का diagnosis निम्न प्रकार से किया जाता है।
- ➢ उपस्थित लक्षणों के आधार पर।
- ➢ अगर एक episode की अवधि 6 माह से कम हो।
- ➢ अन्य जांच :–
  - CBC, Urinalysis, Serum investigation and Liver Function Test.

- Renal Function Test, Thyroid Function Test and Chest X-Ray.
- Arterial Blood Gas Analysis and CSF Examinations.

❖ **चिकित्सकीय प्रबन्धन (Medical Management)**

- चिकित्सकीय प्रबन्धन Delirium के कारणों पर निर्भर करता है।
- इसके प्रबन्धन के दो मुख्य लक्ष्य हैं :–
  - कारणों में कमी लाना।
  - Delirium की वजह से होने वाली जटिलता को रोकना।
- यदि Delirium का कारण Hypoglycemia है तो उपचार – 50 mg & 50% dextrose है।
- Hypoxia की स्थिति में – O_2 administration.
- Thiamine deficiency की स्थिति में – 100 mg vitamin B_1.
- Fluid and electrolyte imbalance की स्थिति में – IV. fluid infusion.
- अगर मरीज में Psychotic लक्षण उपस्थित हैं तो मरीज को Anti-Psychotic drugs दी जाती है। जैसे – Haloperidol, Chlorpromazine.
- मरीज की diet में भी परिवर्तन किये जाते हैं। जैसे– इसमें कैलोरी, प्रोटीन एवं विटामिन अधिक मात्रा में देने चाहिए एवं उत्तेजक पदार्थों जैसे– caffeine को avoid करना चाहिए।

❖ **समाजशास्त्रीय प्रबन्धन (Sociological Management) :–**

- सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक चिकित्सा
- सामाजिक वातावरण एवं सामाजिक पुनर्वास।
- मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है एवं मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से इनका सीधा आनुपातिक संबंध होता है एवं इनके द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है, तथा मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है, पर शोधार्थी ने यह शोध कार्य किया है। इन चारों के उपयोग एवं जुड़ाव के द्वारा किस तरह मनोरोगी अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ा रहे हैं इसे शोध अध्याय 03, 04 एवं 05 में विस्तृत रूप से उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर समझाया गया है।

2. Dementia (मनोभ्रंश) – इसे chronic brain syndrome भी कहा जाता है। यह एक chronic जैविक मनोरोग (Organic mental disorder) है। जिसको इसके मुख्य लक्षण स्मृति विकार (Memory impairment) द्वारा जाना जाता है।

अवधि :– इसकी अवधि कम से कम 6 महीने होती है।

❖ **कारण (Etiology) :–**

1) Degenerative बीमारियां जैसे :–
   - Alzheimer's disease, Parkinson's disease and Huntington's chorea.
2) मस्तिष्क को रूधिर सप्लाई से संबंधित बीमारियां :–
   - Essential Hypertension and Multi-infarct cerebral dementia.
   - Cerebro-vacular attack (CVA).
3) कुछ औषधियों का प्रभाव – जैसे :–
   - Bromide, Heave Metals, Alcohol and Carbon mono oxide.

4) मस्तिष्क की अन्य बीमारियां :–

- Brain injury, Brain tumor,Viral encephalitis, Meningitis and AIDS.

5) अन्य कारण :–

- कुपोषण / पोषक तत्वों की कमी।
- अन्तःस्त्रावी विकार एवं Metabolic कारण Delirium के समान होते हैं।

❖ **Dementia के प्रकार :–**

➢ Alzheimer's dementia (DAT) and Multiple infarct dementia.

➢ AIDS Dementia and Hypothroid Dementia.

❖ **लक्षण (Clinical Features) :–**

- धीरे Onset (शुरूआत) एवं लम्बी अवधि (6 महिने से ज्यादा)।
- बौद्धिक कार्यों में दुर्बलता (Impairement) एवं व्यक्तित्व का विघटन (Deterioration)।
- चेतना में कोई हानि नहीं (No loss of consciousness)।
- Aphasia – भाषायी गड़बड़ी (Language disturbances)।
- Apraxia – शारीरिक क्रियाओं में क्षीणता (Impairment of motor activity)।
- Ataxia – शारीरिक क्रिया संयोजन में दुर्बलता (Impairment of motor activity co-ordination)।
- Agnosia – पुरानी जानी–पहचानी घटनाओं को पहचानने में असमर्थता।
- स्मृति विकार – Recent एवं remote घटनाओं को याद करने में कठिनाई।
- संवेगात्मक अस्थिरता (Emotional lability)।
- दृष्टि संबंधी भ्रम (Visual hallucination) एवं भ्रांति एवं विभ्रम (Illusion एवं delusion)।

❖ **निदान (Diagnosis)** :– इसका निदान Clinical features की उपस्थिति पर निर्भर होता है।

- अन्य सभी वे टेस्ट जो Delirium की जांच हेतु किये जाते हैं।

❖ **प्रबन्धन (Management)** :– इसमें अन्तर्निहित कारणों (Underlying causes) का उपाय किया जाता है। जैसे –

- T3 एवं T4 हार्मोन थैरेपी (in hypothyroidism) एवं Hypertension का उपचार।
- Rivastigmin औषधि (In Alzheimer dementia)।
- Antipsychotic drugs जैसे – Haloperidol and Riserperidone.
- उपचार से अधिक ध्यान भावी जटिलताओं की रोकथाम पर दिया जाता है।

सन्निपात एवं मनोभ्रंश मनोरोगों में अन्तर – सारणी – 1.7.1

S. No.	विभेद के बिन्दु	Delirium	Dementia
1	कारण	किसी अन्य बीमारी के दुष्प्रभाव के कारण जैसे – मद्यपान (Alcohol intoxication) से होता है।	किसी प्राथमिक मस्तिष्कीय बीमारी जैसे Alzheimer's Disease इत्यादि के कारण होता है।
2	उत्पत्ति (Onset)	अचानक (Acute)।	धीमे–धीमे (Chronic)।
3	अवधि	कुछ दिनों / सप्ताह हेतु।	6 महीनों से अधिक।
4	Course	मरीज पुनः सही हो सकता है। (Reversible)	मरीज पुनः सही नहीं हो सकता। (Irreversible)

5	चिकित्सकीय लक्षण		
	• चेतना	मरीज की चेतना में आंशिक कमी होती है।	सामान्य।
	• स्थिति–बोध	स्थितिभ्रम (Dis-orientation) पाया जाता है।	सामान्य।
	• ध्यान/एकाग्रता	विचलित एवं कमी पायी जाती है।	सामान्य।
	• समझने की शक्ति (Comprehencion)	कमी (Poor)।	कोई परिवर्तन नहीं।
	• स्मृति	Immediate एवं recent memory में गड़बड़ी।	immediate memory प्रभावित होती है।
	• सोचना • बोध	Delusion उपस्थित हो सकते हैं। Perception disorder जैसे Illusion / hallucination उपस्थित होता है।	Delusion अनुपस्थित या बहुत कम सम्भावना। Hallucination की बहुत कम सम्भावना होती है।
	• Sleep Wake Cycle	व्यापक परिवर्तन।	सामान्य।
	• लक्षणों में Diurnal variation	व्यापक परिवर्तन।	अनुपस्थित।
	• अन्य लक्षण	Tremor, Hyper - Pyrexia, Urinary Incontinence.	शारीरिक लक्षण, जैसे Catastrophic Reaction पायी जाती है।

B. (कार्यात्मक मनोरोग)

सिजोफ्रेनिया (Schizophrenia)[33]

❖ **परिचय (Introduction)** :– सिजोफ्रेनिया (Schizophrenia) शब्द की उत्पत्ति एक ग्रीक शब्द से हुई है। जिसका अर्थ है – मन में दरार।

- Schizo = Split (दरार/विभक्त)
- Phrenic = Mind

❖ **इतिहास (History)** :– यह नाम Eugen bleular द्वारा सर्वप्रथम प्रयोग में लिया गया था। कुछ समय बाद Emille kreplin ने इसे Dementia precox नाम दिया। वर्ष 1939 में Lanzfield ने सिजोफ्रेनिया के दो प्रकार बताए :– Process Schizophrenia and Schizophrenic reaction.

➢ वर्ष 1959 में Curt Schneider ने सिजोफ्रेनिया ने प्रथम श्रेणी लक्षणों (First rank symptom) का वर्णन किया।

❖ सिजोफ्रेनिया कोई एक मानसिक अस्वस्थता (Mental illness) न होकर यह विभिन्न प्रकार की मानसिक बीमारियों का समूह है। यह सबसे Common Mental Illness है। सिजोफ्रेनिया मानसिक अस्वस्थता के एक समूह को इंगित करता है जिसके मुख्य लक्षण– रोगी के विचारों, भाषा, सम्प्रेषण, बोध, व्यवहार, भावनाओं, कार्य सम्पादन की संकल्प शक्ति तथा बाह्य जगत से संबंधों में दुर्बलता है।

❖ **सिजोफ्रेनिया से संबंधित तथ्य (Facts related to schozophrenia)** :–

- इसकी indidence .5/1000 जनसंख्या है।
- इसकी सम्भावना पुरूषों में अधिक होती है।
- सिजोफ्रेनिया सभी संस्कृतियों में पाया जाता है। इसके प्रसार की दर हर देश में समान है।

- इसकी Prevalance (प्रसार दर) 1 प्रतिशत है।
- इस रोग का प्रारम्भ अचानक या गुपचुप तरीके से हो सकता है।
- यह रोग अधिकतर किशोरावस्था से जीवन के तीसरे दशक के मध्य तक होता है।
- यह रोग उन व्यक्तियों में अधिक होता है जिनकी Personality Pre morbid होती है।
- इन रोगियों में रोग के दुबारा होने (recurrance) की सम्भावना अधिक होती है।

❖ **सिजोफ्रेनिया के कारण (Etiology)** :–

1. जैविक कारण (Biological Factors) :–

- **आनुवांशिक कारण** :– पूर्व शोध कार्यों से पता चला है कि सिजोफ्रेनिया उन बच्चों में अधिक होता हैं जिनके माता–पिता इस बीमारी से ग्रसित हों और जुड़वा बच्चों में यदि एक को यह बीमारी है तो दूसरे बच्चों में भी इसके होने की सम्भावना बढ़ जाती है। इसी प्रकार परिवारों पर हुए शोध कार्य दर्शाते हैं कि सिजोफ्रेनिया होने की सम्भावना आम लोगों की तुलना में उन व्यक्तियों में सर्वाधिक होती है, जिनके निकटतम संबंधी इस रोग से पीड़ित हो। जैसे– भाई–बहन में 10 प्रतिशत सम्भावना होती है।

Group	Probability Rate (%)
• यदि एक अभिभावक को (Schizohrenia) है।	10-13%
• यदि दोनों अभिभावक Schizophrenia से ग्रस्त हैं।	30-40%
• एक Schizophrenia ग्रस्त माता के DZ twins में होने की सम्भावना।	09-26%
• एक Schizophrenia ग्रस्त माता के MZ twins में होने की सम्भावना।	35-58%

DZ = Dizygotic and MZ = Monozygotic

- **Neurotransmitter संबंधित असामान्यता** :– सिजोफ्रेनिया के रोगियों में Dopaminergic तंत्रिका तंत्र में असामान्यता एवं डोपामिन की सक्रियता अधिक पाई जाती है।
- **Neuroanatomic कारण** :– Schizophrenia मरीजों के CT तथा MRI Scan में पाया गया था कि उनके Brain के 3rd & 4th Ventricle उनकी आयु तथा लिंग के अन्य व्यक्तियों की तुलना में अधिक बड़े होते हैं। यह भी इसका एक कारण माना जाता है।
- **गर्भावस्था** में Viral infection होना एवं मस्तिष्क में कोई चोट या blood supply ठीक प्रकार से न होना भी एक कारण है।

2. मनोवैज्ञानिक कारण (Psychological Factors) :–

- **व्यक्तित्व कारक**:– Schizoid type personality में सिजोफ्रेनिया की सम्भावना अधिक होती है।
- **कम बुद्धि स्तर**:– Low intelligent लोगों में इस मानसिक रोग की सम्भावना अधिक होती है।
- **अतिसंवेदनशील व्यक्तित्व** भी Schizophrenia का एक कारण है।

3. सामाजिक कारण (Social Factors) :–

- परिवार का विखण्डन एवं कच्ची बस्तियों में निवास (Slum-living)।
- निम्न सामाजिक स्तर एवं सांस्कृतिक कारक।

❖ **चिकित्सकीय लक्षण (Clinical Features)** :–

1. प्राथमिक लक्षण :– इसे 4A के नाम से भी जाना जाता है –

- भाव अभिव्यक्ति (Affect) में गड़बड़ी एवं शब्द के संगठन (association) में disturbance.
- Austistic thinking :– व्यक्ति के विचार अतार्किक (illogical) नियमों द्वारा संचालित होते हैं।
- Ambivalance :– दो विकल्पों में से निर्णय लेने की असमर्थता।

2. Thought एवं Speech संबंधी विकार :–

- Autistic thinking & Thought block (विचारों का आवागमन बंद हो जाना)।
- Thought withdrawal - इस स्थिति में रोगी को लगता है कि उसके मन से विचारों को किसी बाहरी व्यक्ति द्वारा हटाया जा रहा है।
- Thought insertion - इसमें रोगी को लगता है कि उसके मन में कोई स्वयं के विचारों को आरोपित कर रहा है।
- Poverty of ideas (विचारों की विभिन्नता में कमी आना)।
- Loosening of association (विचारों के संयोजन में कमी), Neologism - नये शब्दों का निर्माण।
- Word salad - ऐसे शब्दों को जोड़ना जिसका आपस में कोई Link नहीं है।
- Mutism - कम बोलना या बिल्कुल चुप रहना।
- Echolia - examiner के कहे हुए शब्दों की नकल करना।
- Delusion (विभ्रम) :– उदाहरण :–
  - Delusion of persecution and Delusion of reference
  - Delusion of grandiosity and Delusion of control.

3. मनःस्थिति एवं (Mood / Emotional disturbance) भावनात्मक विकार :–

- भावनाओं की कम तीव्रता (Reduced intensity) एवं Depression (अवसाद)।
- Incongruent mood – व्यक्ति की मनःस्थिति एवं विचारों में अनुरूपता नहीं होती है।
- निराशा की स्थिति एवं आत्महत्या की प्रवृति (Suicidal tendency)।
- Anhedonia- अपनी भावनाएं (खुशी) अनुभव करने एवं व्यक्त करने में असमर्थता।
- भावनात्मक सपाटता (Emotionally blunt)।

4. अवबोधन (Perception) संबंधी विकृति :–

A. श्रवण संबंधी भ्रम (auditory hallucination) इसमें सबसे Common है।

अन्य भ्रम निम्न हैं :–

- Olfactory (घ्राण संबंधी) Hallucination & Visual (दृश्य संबंधी) Hallucination.
- Tectile (स्पर्श संबंधी) Hallucination भी उपस्थित हो सकते हैं।
- ➢ Auditory hallucination में रोगी को यह एहसास होता है कि अन्य आवाजे उस पर Comment कर रही हैं या उसके विचारों पर argument/discussion कर रही हैं अथवा उसे ऐसी आवाजें सुनाई देती हैं, जो रोगी तथा उसकी गतिविधियों को निरन्तर वर्णन कर रही होती हैं। (Running Commentary hallucination) अधिकतर ये आवाजे व्यक्ति की आलोचना करती प्रतीत होती हैं।
- ➢ Illusion (भ्रांति)।

B. व्यवहार की विकृति (Disturbance in behaviour)

- अप्रासंगिक (Irrelevant) व्यवहार एवं अक्रिय (Less active) व्यवहार।
- आपराधिक अतिक्रिया (Criminal overactivity) एवं लैंगिक अतिक्रिया।
- विचित्र एवं चिड़चिड़ा व्यवहार (bizarre activity)।

C. शारीरिक क्रियाओं (Motor activities) में विकृति :–

- **Catatonia** :– मांसपेशी की tone में कमी।
- **Excitement** :– अचानक motor activity में अत्यधिक वृद्धि होना।
- **Stupor** :– बहुत अधिक मात्रा में अक्रियता एवं उद्दीपकों के प्रति बहुत कम प्रतिक्रिया।

- **Mutism** :– हमेशा शान्त रहना एवं बहुत कम शाब्दिक प्रतिक्रिया (Verbal Resposce)।
- **Posturing** :– मरीज द्वारा स्वतः विचित्र शारीरिक मुद्रा बनाए रखना।
- **Echopraxia** :– परीक्षक (examiner) के द्वारा की गयी क्रियाओं की नकल करना।
- **Grimacing** :– विचित्र Facial Expressions।
- **Mannerism** :– किसी अर्थपूर्ण (Purposeful) शारीरिक क्रिया को बार–बार दोहराना।
- **Stereotypism** :– निरन्तर, बिना किसी लक्ष्य के शारीरिक क्रिया को बार–बार दोहराना।
- **Verbigeration** :– एक ही शब्द को बार–बार दोहराना।
- **Rigidity** :– शरीर में अकड़न / जड़ता।
- **Negativism** – परीक्षक के द्वारा दिये गये आदेश की बिल्कुल विपरीत क्रिया करना।
- **Waxy Flexibility** :– मरीज शरीर के अंगों (हाथों एवं पांवों) को मोम की तरह मोड़ सकता है एवं किसी भी कठिन शारीरिक मुद्रा को ग्रहण कर सकता है।
- **Automatic Obedience** :– मरीज स्वतः ही परीक्षक के कहे गये आदेश एवं आग्रहों (orders & request) का पालन करता है।

D. इच्छाशक्ति (Volition) में विकृति :–

- सामाजिक गतिविधियों एवं कार्यों में अरूचि।
- क्रियाविधि प्रारम्भ करने की अयोग्यता।
- अपर्याप्त रूचि (Inadequate Interest)।
- क्रियाविधि को सम्पूर्ण करने की अयोग्यता एवं कार्य क्षमता में कमी।

E. सम्प्रेषण की विकृति (Disturbance in Communication)

- स्वाभाविक बात करने में अक्षमता एवं प्रश्नों के उत्तर न देना या बहुत कम शब्दों में देना।
- Non verbal communication की कमी क्योंकि रोगी अपनी भावनाओं को सही प्रकार से प्रदर्शित नहीं कर पाता है।
- आंख न मिला पाना (Reduced eye contact)।

F. ध्यान एवं एकाग्रहता में कमी (Reduced Attention and Concentration)

- अत्यधिक दिवा स्वप्न (Day - Dreaming)।
- बेवजह बड़बडाना एवं बिना कारण हंसना।
- बच्चों की तरह अपरिपक्व व्यवहार दर्शाना।
- एक ही वस्तु पर ध्यान देने की अयोग्यता एवं Selective attention की कमी।
- एकाग्रता की कमी के कारण कार्य पूर्ण करने में अक्षमता।

5. Kurt Schneider[34] ने लक्षणों को दो भागों में विभक्त किया है।

A. 1st Rank Symptoms :-

1) विभ्रम (Delusion)।
2) श्रवण संबंधी भ्रम (Auditory Hallucination)।
    - Audible thoughts, Voices Arguing and Voices Commenting**.**
3) विचार विकृति जैसे :– Thought withdrawal, Thought insertion and Thought broadcasting.
4) इच्छाशक्ति में कमी, मनःस्थिति में परिवर्तन एवं शारीरिक अक्रियता।

B. 2nd Rank Symptoms :-

1) भ्रम (Hallucination) एवं भ्रांति (Illusion), अवसादग्रस्त मनःस्थिति (Depressive mood)।
2) भावनात्मक विचलन एवं वैचारिक जटिलता (Thought perlexity)।

6. **Schizophrenia रोगी के लक्षणों को सारणी 1.7.2 के अनुसार भी समझ सकते हैं।**
   A. Positive Symptoms - व्यवहार में अति।
   B. Negative Symptoms - व्यवहार में कमी।

सारणी – 1.7.2

A. Positive Symptoms	B. Negative Symptoms
1. विभ्रम (Delusion)। 2. भ्रम (Hallucination)। 3. विचित्र व्यवहार। 4. आक्रामक व्यवहार। 5. संदिग्ध व्यवहार। 6. उत्साही व्यवहार।	1. भावनात्मक सपाटता। 2. असहानुभूति व्यवहार। 3. निराशावादी प्रवृति। 4. कम बोलना (Alogia)। 5. ध्यान में कमी। 6. इच्छा शक्ति में कमी। 7. विचारों के प्रवाह में कमी। 8. वैचारिक विभिन्नता की कमी। 9. सामाजिक एकांतपन (Social isolation)। 10. एनहेडोनिया (Anhedonia)। 11. Steriotypism. 12. बनावटी भाव भंगिमा (artificial gestures)। 13. Suicidal Tendency. 14. अभिप्रेरणा की कमी (Amotivation)।

Schizophrenia के प्रकार (Types of Schizophrenia)[35]

Schizophrenia के विभिन्न प्रकारों का वर्गीकरण स्थिर नहीं है, क्योंकि विभिन्न प्रकार के लक्षण Mixed रूप में पाये जाते हैं, ये प्रकार निम्न हैं :–

1. Paranoid Schizophrenia & Hebephrenic Schizophrenia.
2. Catatonic Schizophrenia & Residual Schizophrenia.
3. Simple Schizophrenia & Undifferentiated Schizophrenia.

1. **Paranoid Schizophrenia** :– इस प्रकार के सिजोफ्रेनिया के निम्न लक्षण हैं :–
   - इसकी शुरूआत धीरे–धीरे (Insidius) होती है एवं यह जीवन के बाद के भाग (40-50 वर्ष की आयु) में सामान्य है।
   - विभिन्न प्रकार के विभ्रम, जैसे :–
   - Delusion of Persecution, Delusion of reference, Delusion of Grandiosity, Delusion of Control and Delusion of Jeolousy.
   - निर्णय क्षमता में कमी (improper judgement) एवं Insight की अनुपस्थिति।
   - मनःस्थिति विभ्रम (Delusion) से मिलती–जुलती होती है, जैसे– Grandiose delusion में मरीज का mood euphoric होता है और Paranoid delusion में मरीज का Mood, Suspicious होता है, अन्य प्रकार के delusion में मनःस्थिति Depressed (अवसादग्रस्त) होती है।
2. **Hebephrenic Schizophrenia** :– इसे Disorganized Schizophrenia भी कहा जाता है।
   - इसका onset सामान्यतः किशोरावस्था में होता है।
   - इसका Course Progressive प्रकार का होता है। अर्थात् लक्षण धीरे–धीरे समय के साथ और गम्भीर प्रकार के होते जाते हैं।

- ➢ इस प्रकार का मुख्य लक्षण – अव्यवस्थित (Disorganized) विचार एवं बोलने की रीति है।
- ➢ अन्य लक्षण इस प्रकार हैं :–
  - Mannerism, Stereotypism, Mirror-gazing, भावनात्मक विकृति (emotional disturbances) एवं बच्चों की भांति व्यवहार (Childish behaviour)।
  - Hallucination एवं Delusion बहुत कम Cases में उपस्थित होते हैं।
  - इस प्रकार के सिजोफ्रेनिया में ठीक होने की सम्भावना (recovery) कम होती है।

3. **Catatonic Schizophrenia** :– इसका मुख्य लक्षण है – Catatonic Features.
   - Catatonic का अर्थ :– Cata = Disturbed
Tonic = Muscle tone

- ➢ इनकी शुरूआत अचानक (Acute) प्रकार से होती है।
- ➢ इसमें Recovery सम्भव है।
- ➢ इसमें पाये जाने वाले Catatonic features निम्न हैं :–

1.	Excitement	09.	Steriotypism
2.	Stupor	10.	Mannerism
3.	Mutism	11.	Verbigeration
4.	Staring	12.	Rigidity
5.	Posturing	13.	Negativism
6.	Grimacing	14.	Waxy Flexibility
7.	Echolalia	15.	Automatic obedience
8.	Echopraxia	16.	Ambitendency

4. **Residual Schizophrenia** :– इसमें सभी उपरोक्त लक्षण नहीं पाये जाते हैं।
   - ➢ इसकी मुख्य विशेषता लगातार निषेधात्मक (Negative) लक्षणों का पाया जाना है, जैसेः– Flat Mood, Apathy, Amotivation, Avolition and Social Withdrawal.
   - ➢ निषेधात्मक लक्षणों के बावजूद एक या दो Positive Symptoms भी उपस्थित हो सकते हैं। जैसे– भ्रम (Hallucination), विभ्रम (Delusion) इत्यादि।
5. **Simple Schizophrenia** :– यह गुप्त प्रकार से प्रारम्भ होता है एवं बहुधा इसका Diagnosis नहीं हो पाता है अथवा कठिनाई पूर्वक होता है।
   - ➢ इसके लक्षण निम्नलिखित हैं :–
   - ➢ भावनात्मक सपाटता एवं Social Withdrawal (समाज से विमुख होना)।
   - ➢ Blunt emotion (भावनात्मक उथलापन) एवं Bizarre behaviour (विचित्र व्यवहार)।
   - ➢ Inactiveness (अक्रियता) एवं Avolition (इच्छा एवं प्रेरणा का अभाव)।

❖ **निदान (Diagnosis)** :– Schizophrenia मनोरोग का Conform diagnosis निम्न बिन्दुओं के आधार पर किया जाता है :–
- ➢ रोग की अवधि 1 वर्ष से अधिक हो।
- ➢ रोग का प्रारम्भ अचानक या धीमे रूप से होता है। (Acute/chronic)
- ➢ निम्न लक्षणों का उपस्थित होना।
  - Delusion, Hallucination and Thought disturbances.
  - Negative Symptoms and Catatonic behavior.

❖ **Prognosis** :– रोग से संबंधित निम्न कारक सफल उपचार की दर को बढ़ाते हैं।
- ➢ ये कारक निम्न है :–
  1. रोग का अचानक गम्भीर रूप से प्रकट होना।

2. रोग का पहली बार प्रकट होना (1^{st} episode)।
3. रोग की कम अवधि।
4. मरीज का Female Sex का होना।
5. सिजोफ्रेनिया का प्रकार Catatonic होना।
6. प्रबल भावनात्मक लक्षणों का होना।
7. सकारात्मक लक्षणों की उपस्थिति (Presence of Positive Symptoms)।
8. उपयुक्त एवं नियमित उपचार।
9. Schizophrenia का पारिवारिक इतिहास (Family History) होना।
10. अच्छा परिवार एवं सामाजिक पृष्ठभूमि।

❖ **चिकित्सकीय प्रबन्धन (Medical Management)**[35]

- **ड्रग थैरेपी** :– सिजोफ्रेनिया के उपचार हेतु कई प्रकार की antipsychotic औषधियां उपलब्ध हैं, जैसे :– Haloparidol, Clozapine, Riseperidone, Chlorpromazine and Olamzapine.
- कुछ औषधियां जो Positive symptoms के विरूद्ध अत्यधिक प्रभावी हैं, जैसे – Promethazine and Chlorpromazine इत्यादि।
- यह ड्रग थैरेपी 6 महीने से एक वर्ष तक के लिये निरन्तर दी जाती हैं।
- ECT (Electroconvulsive therapy) से उपचार – उपचार की इस विधि का सर्वाधिक सफल प्रयोग Catatonic Schizophrenia में पाया गया है या यह उन रोगियों में प्रयोग किया जाता है, जिन पर Antipsychotic drugs का बहुत कम प्रभाव पड़ता है।

❖ **समाजशास्त्रीय प्रबन्धन (Sociological Management)**

- सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक चिकित्सा
- सामाजिक वातावरण एवं सामाजिक पुनर्वास।

C. मनःस्थिति विकार[36] (Mood Disorder)

❖ **मनःस्थिति (Mood)** :– मनःस्थिति एक व्यक्ति विशेष के मन की स्थायी एवं व्यापक भावनात्मक स्थिति है।

- **भाव (Affect)** :– भाव एक विचार, वस्तु के प्रति अस्थायी भावनात्मक प्रतिक्रिया है।
- **मनःस्थिति विकार (Mood Disorder)** :– मनःस्थिति विकार एक प्रकार का Psychotic disorder है। जिसका मुख्य लक्षण मनःस्थिति (Mood) में असामान्य परिवर्तन है।
- मनःस्थिति विकार में Mood में परिवर्तन गम्भीर अवसाद (Depression) एवं उन्माद (Mania) इन दो बिन्दुओं के मध्य होता है।

मनःस्थिति के विकारों का वर्गीकरण[37]

ICD-10 के अनुसार मनःस्थिति विकारों को F30-F39 वर्ग में रखा गया है, इसके उपवर्ग निम्न हैंः–

- Manic Episode and Depressive Episode.
- Bipolar Mood Disorder and Recurrent Depressive Disorder.
- Persistent Mood Disorder and Others.
- इनमें से Bipolar Mood Disorders (द्विध्रुवीय विकार) को पहले MDP (Manic-Depressive Psychosis) नाम से जाना जाता था।
- **MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS (MDP) -** Manic-depressive Psychosis को निम्न लक्षण द्वारा पहचाना जाता है – एक ही मरीज में भिन्न–भिन्न समय पर बार–बार उन्माद (Mania) एवं अवसाद (Depression) का दोहराव (Repitition) होना।

❖ **वर्गीकरण** :– MDP को मुख्यतया तीन प्रकारों में विभाजित किया गया है :–

- ➢ Manic type
- ➢ Depressive type and Circular type.

इसको निम्न प्रकार से भी वर्गीकृत किया गया है :–

1) Bipolar I :– इसका मुख्य लक्षण है, गम्भीर उन्माद एवं गम्भीर अवसाद के दौरे।

2) Bipolar II :– इसकी विशेषता है, Hypomania और Severe depression.

❖ **कारण (Etiology)** :–

1. **आनुवांशिक कारण** :– आनुवांशिक कारक भी व्यक्ति में मनःस्थिति विकार उत्पन्न कर सकते हैं। पूर्व शोध अध्ययनों से पता चलता है कि अभिभावक (Parents) से उनकी संतान में मनःस्थिति विकार के transfer की सम्भावना 15 प्रतिशत होती है। जबकि सामान्य जनसंख्या में इसकी सम्भावना सिर्फ 1-2 प्रतिशत होती है। जुड़वा बच्चों के बारे में पूर्व अध्ययनों से ज्ञात हुआ है कि मनःस्थिति विकार की सम्भावना Dizygotic twins के बजाय Monozygotics twins में अधिक (65%) होती है। इन सब अध्ययनों के बावजूद अभी तक उस जीन की पहचान नहीं हो पायी है, जो इस विकार हेतु जिम्मेदार है।

Group	Rate (%)
• यदि एक अभिभावक को BPD है।	27%
• यदि दोनों अभिभावक को BPD है।	50-75%
• एक BPD ग्रस्त माता के DZ twins में सम्भावना	14-20%
• एक BPD ग्रस्त माता के MZ twins में सम्भावना	65-67%

DZ = Dizygotic and MZ = Monozygotic

2. **Neurotransmitter संबंधी कारण** :– हमारे मस्तिष्क में कुछ Neurochemical पाये जाते हैं जो मनःस्थिति को नियंत्रित करते हैं।

   जैसे :– Serotonin, Dopamine and Nor-epinephrine.

   - Acute Mania में उपरोक्त Neuro chemicals का स्तर अत्यधिक बढ़ जाता है और Depression में इनका स्तर घट जाता है।
3. **अन्तः स्त्रावी विकार संबंधी कारण** :– अन्तः स्त्रावी विकार जैसे :– Hypothyroidism, Cushing's disease, Addison's disease and Hyper parathyroidism.
   - अन्तः स्त्रावी विकार सामान्यतया अवसाद (Depression) उत्पन्न करते हैं, विशेष रूप से Menopause एवं Childbirth के पश्चात्।
4. **शारीरिक कार्यिकी संबंधी कारण** (Physiologic Factors) :– मनःस्थिति में परिवर्तन का कारण Psychoactive drugs का सेवन या कोई शारीरिक बीमारी भी हो सकती है। जैसे :– Alcohol, sedatives, Amphetamine,Gluco-corticoids and Propranolol.
5. **Physical illness** जो मनःस्थिति (Mood) को प्रभावित करती हैं, वे है :– Stroke, Iron deficiency anemia, Encephalitis, Influenza and Tuberculosis.
6. **मनो सामाजिक कारण** (Psycho-Social Causes) :– ये कारण निम्न हैं :–
   - ➢ बढ़ा हुआ तनाव एवं तनाव के प्रति प्रतिक्रिया।
   - ➢ जीवन में परिवर्तन एवं भूमिका (Role) में परिवर्तन।
   - ➢ प्रिय व्यक्ति की मृत्यु एवं असामान्य मानसिक विकास।
   - ➢ व्यक्ति के self-esteem में कमी।

1. उन्माद[38] (Mania / Manic Episode)

❖ उन्माद (Mania) के दौरों को निम्न मुख्य लक्षणों द्वारा पहचाना जाता है।
   1. Flight of ideas (ख्यालों की उड़ान)।
   2. Elevated mood (उल्लासित मनःस्थिति)।
   3. Increased Psychomotor activity (बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाएं)।

❖ **उन्माद से संबंधित तथ्य (Facts about Mania)** :–
   ➢ उन्माद महिलाओं की तुलना में पुरूषों में अधिक पाया जाता है।
   ➢ यह मनोविकार सामान्यतया 15 से 30 वर्ष की आयु के मध्य होता है।
   ➢ इसकी अवधि सामान्यतः 2-3 सप्ताह से लेकर 4-5 महीने तक हो सकती है।

उन्मादग्रस्त मरीज के अन्य लक्षण[39]

1. **उल्लासित मनःस्थिति (Elevated/Expensive/Irritable Mood)** :– उल्लासित मनःस्थिति को निम्न प्रकार से समझा जा सकता है :–

   A. Mild Elevation of Mood/Hypomania.
   - इसमें व्यक्ति स्वयं के बारे में उच्च विचार रखता है।
   - प्रारम्भिक स्थिति में रोगी बहुत ही स्वस्थ मालूम पड़ता है।
   - व्यक्ति अत्यधिक आशावादी होता है एवं उसका आत्मसम्मान अधिक बढ़ा हुआ होता है।
   - मरीज काफी बुद्धिमान एवं सामाजिक व्यक्ति जान पड़ता है।

   B. Elation/Moderate Elevated Mood :-
   - इसमें धीरे–धीरे व्यक्ति असामान्य स्वस्थता की अनुभूति करने लगता है।
   - मरीज की मनो–शारीरिक क्रियाएं (Psychomotor Activities) बढ़ जाती है।
   - व्यक्ति अपनी आलोचना को सहन नहीं कर पाता है।

   C. Exaltation/Severe Mood Elevation :-
   - इसका मुख्य लक्षण Delusion of Grandiosity है :– व्यक्ति स्वयं को महान एवं धनी लोगों की श्रेणी में रखता है।

   D. Ecstasy (Very Severe Elevation of Mood) – यह गम्भीर प्रकार का Mood Elevation है।

2. **बढ़ी हुई मनो–शारीरिक क्रियाएं (Increased Psycho-motor activity)** :– जैसे :–
   ➢ अत्यधिक सक्रियता एवं आरामहीनता।
   ➢ अत्यधिक व्यस्तता एवं असामान्य सतर्कता।
   ➢ एक ही समय में अनेक कार्यों में लिप्तता।

3. **बोलने एवं विचार संबंधी विकार (Speech and Thought Disorders)** जैसेः–
   ➢ वाणी की बढ़ी हुई tone एवं शब्दों पर अत्यधिक दबाव।
   ➢ अस्पष्ट बोलना एवं अत्यधिक बातूनी होना।
   ➢ ध्यान भंग होने की प्रवृति एवं हाजिर जवाबी।
   ➢ बात करते समय बार–बार शीर्षक बदलना (Flight of ideas)।
   ➢ वाक्यों में हास्य, अनुप्रास, यमक तथा तुकबन्दी का अत्यधिक प्रयोग (Playful Language)।
   ➢ अत्यधिक सूक्ष्म विवरणों को याद रखना (Hypermnesia)।
   ➢ अनावश्यक रूप से योजनाएं बनाते रहना एवं Delusion of Grandiosity.

4. **अन्य लक्षण (Other Features)** :–
   ➢ अनाप–शनाप खर्च करना एवं तड़क–भड़क वाले वस्त्र पहनना।
   ➢ यौन क्रियाओं में अत्यधिक रूची एवं नींद में कमी।

- भूख (appetite) में वृद्धि एवं शारीरिक भार में कमी।
- सामाजिक एवं वैवाहिक जीवन में तनाव की उत्पत्ति।
- Occupational relation में तनाव एवं स्वयं के प्रति लापरवाही।
- निर्णय क्षमता की विकृति (Impaired Judgement)।

2. अवसाद[40] (Depression / Depressive Episode)

- अवसाद एक मनःस्थिति विकार है, जिसके तीन मुख्य लक्षण हैंः–
  1. दुःखी मनःस्थिति (Sadness of Mood)।
  2. विचारों में कमी (Poverty of Ideas)।
  3. मनोशारीरिक क्रियाओं में कमी (Decreased Psycho-Motor Activities)।
- **अवसाद के प्रकार (Types of Depression)** :– अवसाद को दो प्रकारों में विभाजित किया गया है–
  - Endogenous Depression and Exogenous Depression.
- **अवसाद से संबंधित तथ्य** :–
  - अवसाद सामान्यतया 25-30 वर्ष के उम्र के पश्चात् उत्पन्न होता है, इसकी Peak age 40 से 60 वर्ष के मध्य होती है।
  - अवसाद की सम्भावना महिलाओं में अधिक होती है।
  - अवसाद (depression) का आनुवांशिक कारण एक autosomal dominant gene है, इसकी वजह से उत्पन्न हुए अवसाद को endogenous depression कहा जाता है।
  - अवसाद की सम्भावना सामान्यतया गर्मी की ऋतु (Summer Season) में अधिक होती है।
  - अवसाद (Depression) की सम्भावना कुछ विशेष प्रकार के व्यकितत्व में अधिक होती है। जैसे–
    - Cyclothymic Personality, Melancholic Personality and Anxious Personality.
  - अवसाद की अवधि कम से कम 1-2 सप्ताह होती है।
  - अवसाद की दर शादीशुदा लोगों की तुलना में Separated, Divorced, Widows, and lonely लोगों में अधिक होती है।
  - अवसाद की स्थिति Sadness एवं Psychotic depression, इन दो बिन्दुओं के मध्य परिवर्तनशील होती है।

अवसाद के प्रकारों[41] का तुलनात्मक वर्णन निम्न सारणी 1.7.3 में किया गया है।

तुलना का आधार	Endogenous Depression	Exogenous Depression
अन्य नाम (Synonym)	इसे Biological एवं Psychotic Depression भी कहा जाता है।	इसे Reactive एवं Neurotic Depression नाम से भी जाना जाता है।
उत्पत्ति (Genesis)	इसके कारण निम्न हैं – – जैविक कारक – व्यक्तित्व संबंधित कारक।	इसका मुख्य कारण वातावरणीय परिवर्तन है।
तीव्रता	अति गम्भीर प्रकार की अवसाद स्थिति।	कम गम्भीर प्रकार।
शारीरिक व्यक्तित्व	ये सामान्यतः Pyknic / Mesomorphic प्रकार के होते हैं।	कोई विशेष व्यक्तित्व नहीं।
रोगजनक–व्यक्तित्व का लक्षण	व्यक्ति के स्वभाव में mood-swing पाया जाता है।	व्यक्ति स्वभावतः तनाव के प्रति अत्यधिक संवेदनशील होता है एवं anxious होता है।

बढ़ावा देने वाले कारक (Precipitating Factors)	कोई विशेष कारक नहीं।	किसी प्रिय व्यक्ति की मृत्यु एवं आर्थिक घाटा इत्यादि कारक इसकी सम्भावना बढ़ाते हैं।
लिंग (Sex)	यह स्त्रियों में अधिक common है, विशेषकर बच्चे के जन्म के बाद, वृद्धावस्था इत्यादि में।	यह पुरूषों में अधिक सामान्य है।
सामाजिक वर्ग (Social Class)	यह गरीबों, निम्न वर्ग, मजदूर वर्ग में अधिक सामान्य है।	यह समाज के मध्य एवं उच्च वर्ग में अधिक सामान्य है।
शारीरिक परिवर्तन	• कार्य की धीमी गति। • चेहरे पर दु:ख के भाव। • धीमे चलना। • Posture ढ़ीला एवं झुका हुआ।	शारीरिक परिवर्तन कम गम्भीर एवं वातावरण के अनुसार परिवर्तित नहीं होता है।
मानसिक परिवर्तन	• सोचने की प्रक्रिया धीमी। • एकाग्रता में कमी। • निराशावादी सोच। • मनःस्थिति पर वातावरण का कोई प्रभाव नहीं।	मनःस्थिति में वातावरण के अनुसार परिवर्तन आता है।
Sleep Pattern	देर रात्रि अनिद्रा – (व्यक्ति समय पर सोता है एवं सुबह 3-4 बजे जग जाता है)	प्रारम्भिक अनिद्रा – (व्यक्ति देर रात तक सो नहीं पाता है।)
विचार एवं बोध में परिवर्तन	गम्भीर Delusion - Delusion of nihilism की उपस्थिति।	उद्वेग, आरामहीनता जैसे लक्षणों की उपस्थित।
उपचार	ECT Anti-depressant drugs.	- Psychotherapy - Antidepressant Drugs.

अवसादग्रस्त मरीज के अन्य लक्षण[42]

1. **अवसादग्रस्त मनःस्थिति (Depressed Mood)** :– Depressive Mood (अवसादग्रस्त मनःस्थिति) को निम्न तीन प्रकारों में वर्गीकृत किया गया है :–
   - ➢ Mild Depression, Acute Depression and Depressive Stupor.

   A. Mild Depression – इसके लक्षण निम्न हैं :–
   - अत्यधिक सावधान एवं सतर्क होना तथा आलोचना के प्रति अत्यधिक संवेदनशील।
   - आत्मविश्वास की कमी एवं क्रियाओं में घटती रूचि।

   B. Acute/Severe Depression :– इस मनःस्थिति के लक्षण निम्न हैं :–
   - सिर स्थिर (Fixed) एवं चेहरे पर भावों की अनुपस्थिति।
   - मरीज लम्बे समय तक एक ही बिन्दु की तरफ देखता है या नीचे देखता है।
   - संदेहात्मक विचारों का आवागमन एवं लम्बे समय तक (स्थायी) दु:ख की अनुभूति।
   - सामाजिक क्रियाओं में अरूचि एवं एकांतवास।

   C. Depression Stupor :–
   - अवसाद का अत्यधिक तीव्र रूप एवं सुख अनुभूति में कमी (Anhedonia)।
   - समस्त मानसिक एवं शारीरिक क्रियाओं में अत्यधिक कमी।
   - जड़ता (Stupor) एवं गम्भीर अवसाद की उपस्थिति।
   - चेतना की कमी (Loss of consciousness) and Delusion of nihilism.

- भ्रम मुख्यतया सुनने संबंधी (Auditory Hallucination).

2. अवसादग्रस्त विचार :– (Depression ideation)

- विचारों में कमी एवं अनिर्णिय की स्थिति (Reduced Judgement Capacity)।
- नकारात्मक विचारों का आना/निराशावादी सोच एवं असहाय (Helplessness) अनुभूति।
- स्वयं को अयोग्य (Worthless) समझना एवं आत्महत्या के बारे में सोचना।

3. शारीरिक क्रियाओं में कमी :–

- अक्रियता एवं ऊर्जास्तर में कमी।
- भूलक्कड़पन (स्मृति लोप) एवं एकाग्रता में कमी।
- नकारात्मक वृति एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में अरूचि।
- जीवन के प्रति रूचि एवं उत्साह में कमी।

4. शारीरिक लक्षण (Physical Symptoms) :–

- थकान की अनुभूति एवं अनिद्रा (Insomia)।
- भूख में कमी एवं शारीरिक भार में कमी (Weight Loss)।
- अत्यधिक पसीना आना एवं यौन क्रियाओं में अरूचि।
- सीने में दर्द (Chest Pain)/Palpitation) एवं पेट दर्द (Abdominal discomfort)।
- सुखी त्वचा एवं खुजली की शिकायत (Itching/Pruritis) एवं कब्ज की शिकायत।

द्विध्रुवीय मनःस्थिति विकारों (Bipolar Mood Disorders)[43] का प्रबन्धन

1. अवसाद का उपचार :– **ड्रग थैरेपी** – इसके उपचार हेतु निम्न Antidepressant औषधियां प्रयोग में आती हैं। जैसे :–

1) Tri cyclic Antidepressant (TCA)

उदाहरणत :– Imipramine, Nortryptyline and Amitryptyline.

2) SSRI's (Selective Serotonin Reputake Inhibitor)

उदाहरणत :– Fluoxetine, Sertraline and Citalopram.

3) MAOI's (Mono Amine Oxidase Inhibitor)

उदाहरणत :– Phenelzine and Isocarboxazid.

➢ अगर उपरोक्त Antidepressent औषधि से सकारात्मक परिणाम प्राप्त नहीं होते हैं तो निम्न योजना काम में लायी जाती है। जैसे :–

1) Antidepressant + Lithium therapy
2) Antidepressant + Thyroid drugs
3) Antidepressant + Other drugs
4) **ECT (Electro Convulsive Therapy)** :– इसका प्रयोग मुख्यतया गम्भीर अवसाद (Major depression) और recurrent depression के मरीज हेतु किया जाता है। अवसाद के उपचार हेतु 6 से 8 ECT प्रस्तावित है। इसे निम्न प्रकार विभाजित किया जाता है।

➢ 3 पहले सप्ताह में, 2 दूसरे सप्ताह में एवं 1 तीसरे सप्ताह में।

2. उन्माद का उपचार (Treatment of Mania) :– इसके उपचार हेतु सबसे मुख्य ड्रग Lithium (Lico3) है। इसकी प्रारम्भिक dose - 600 से 900 mg/day है एवं धीरे–धीरे इसे बढ़ाया जाता है। इसकी अधिकतम मात्रा का निर्धारण serum level के आधार पर किया जाता है। Lithium की रूधिर में सामान्य therapeutic range (.5-1 MEq/L) है। अन्य औषधियां जो BPD के उपचार हेतु प्रयुक्त होती हैं वे निम्न हैं –

➢ Sodium valproate and Carbamazepine & Lamotrigine and Antipsychotic drugs.

3. **अन्य थैरेपी** :– **Diet therapy** :– एक BPD के मरीज की diet में प्रोटीन एवं कार्बोहाइड्रेट की मात्रा अधिक होनी चाहिए ताकि मरीज के उर्जा स्तर को बनाया रखा जा सके।

Psychotic एवं Neurotic विकारों में अन्तर[44] – सारणी – 1.7.4

बिन्दु	**Psychotic Disorder**	**Neurotic Disorder**
परिभाषा	➢ Psychosis वे गम्भीर विकार हैं, जिसमें व्यक्तित्व के साथ व्यक्ति के Cognitive Functions में गम्भीर नकारात्मक परिवर्तन आते हैं एवं व्यक्ति का वास्तविकता से सम्पर्क कट जाता है।	➢ इस प्रकार के विकार में व्यक्ति के Ego function एवं insight पर कोई परिवर्तन नहीं होता है।
कारण	➢ इसके मुख्य कारण निम्न हैं – • जैविक कारण। • मनोवैज्ञानिक कारण। • सामाजिक कारण।	➢ यह मुख्यतः मनोवैज्ञानिक कारणों की वजह से होते है।
चिकित्सकीय लक्षण	• Confusion • मनःस्थिति (mood) में परिवर्तन। • भ्रान्ति (Illusion)। • भ्रम (Hallucination)। • विभ्रम (Delusion)। • विचार संबंधी विकार। • व्यवहार में परिवर्तन। • Insight की अनुपस्थिति। • Memory, ध्यान एवं concentration में कमी आती है।	• Fully conscious • मनःस्थिति में परिस्थिति के अनुसार परिवर्तन। • भ्रान्ति, भ्रम एवं विभ्रम अनुपस्थित। • विचार प्रक्रिया सामान्य। • मरीज अपने निर्णय स्वयं ले सकता है। • व्यवहार में anxiety के कारण परिवर्तन हो सकता है। • Insight की उपस्थिति। • Memory, attention एवं concentration पर कोई प्रभाव नहीं।
Defence Mechanisms (मनोरचनाएं)	➢ Psychotics मरीज सामान्यतः निम्न मनोरचनाओं का प्रयोग करते हैं। • खण्डन (Denial)। • प्रतिगमन (Regression)। • तादात्मय (Identification)।	➢ Neurotics मरीज निम्न मनोरचनाओं का प्रयोग सामान्यतः करते हैं। • दमन (Repression)। • प्रतिक्रिया निर्माण। • प्रतिस्थापन (Substitution)। • रूपान्तरण (Conversion)।
उपचार (Treatment)	• मरीज को Hospital में admit करना आवश्यक है एवं निम्न उपचार विधि का प्रयोग होता है। ➢ Psychotherapy ➢ Drug therapy ➢ ECT द्वारा उपचार	• अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है। • मुख्य उपचार मनोचिकित्सा (behaviour therapy) द्वारा किया जाता है। • Anxiety drug का प्रयोग भी किया जाता है।

सारणी – 1.7.4

❖ **समाजशास्त्रीय प्रबन्धन (Sociological Management) :–**

- सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक चिकित्सा
- सामाजिक वातावरण एवं सामाजिक पुनर्वास।

- शोधकर्ता ने उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले उन सभी सामाजिक कारकों यह शोध कार्य किया है, जिनके गड़बड़ाने से व्यक्ति में मानसिक विक्षिप्ता उत्पन्न होती है तथा इस शोध कार्य में 150 उत्तरदाताओं से साक्षात्कार निर्देशिका के माध्यम से एवं 15 साइकोसिस मनोरोगियों पर उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से किये गए वैयक्तिक अध्ययन से इस बात का पता लगाया गया है कि मनोरोगियों के उपचार एवं स्वास्थ्य सुधार लाने में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है एवं मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से इनका सीधा आनुपातिक संबंध होता है एवं इनके द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है, तथा मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है, पर शोधार्थी ने यह शोध कार्य किया है। इन चारो के उपयोग से एवं जुड़ाव के द्धारा किस तरह मनोरोगी अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाता है, इसे शोध अध्याय 03, 04 एवं 05 में विस्तृत रूप से उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर समझाया गया है।

1.8 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं संबंधित कानून

सामान्य परिचय :– WHO की Alma ata conference[45] ने 1978 में एक नारा दिया "Health for all by 2000" और स्वास्थ्य के सभी घटकों शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक इत्यादि को सम्पूर्ण अर्थ में प्राप्त करने हेतु WHO ने इस बात की सिफारिश की कि मानसिक स्वास्थ्य को Primary Health Care का भाग होना चाहिए। अतः आज 'मानसिक स्वास्थ्य की उन्नति' PHC Concept का आठवां सूत्र है। इस प्रकार Primary Mental Health Care (प्राथमिक मानसिक स्वास्थ्य सेवा) की अवधारणा अस्तित्व में आई।

Primary Mental Health Care[45] के उद्देश्य

1. मानसिक बीमारी के बारे में उपस्थित गलत धारणाओं को लोगों के मन से हटाना।
2. मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्तियों की शीघ्र पहचान करना एवं उपचार सुविधा उपलब्ध कराना।
3. मानसिक रोग होने (Occurance) से रोकना।
4. मानसिक रोगों की Incidence एवं Prevelance को कम करना।
5. उपलब्ध स्त्रोतों से मनोरोगी का पुनर्वास (Rehabilitation) करना।

- WHO की Alma - Ata Conference का Signatory सदस्य होने के नाते भारतीय सरकार ने मानसिक स्वास्थ्य को सुदृढ़ करने हेतु एक कार्यक्रम वर्ष 1982 में तैयार किया। इसी को राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम[46] के नाम से जाना जाता है।
- चूंकि भारत की अधिकांश जनसंख्या गाँवों में रहती है तथा वहाँ अभी भी मनोचिकित्सकीय सेवाएं कम मात्रा में उपलब्ध है। इन्हीं समस्याओं के निवारण हेतु राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम को आकार दिया गया तथा 1982 में इसे प्रभावी रूप से लागू किया गया।

National Mental Health Programme[46] के उद्देश्य

1. जनसंख्या के हर वर्ग एवं विशेषकर अति संवेदनशील एवं शोषित वर्ग को मानसिक स्वास्थ्य की देखरेख की सुविधा उनके क्षेत्र में उपलब्ध कराना।
2. मानसिक स्वास्थ्य संबंधी ज्ञान का उपयोग, सामान्य स्वास्थ्य की देखरेख तथा सामाजिक विकास हेतु करना।
3. मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को अन्य स्वास्थ्य सेवाओं से जोड़ना।
4. मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के विकास में सामुदायिक भागीदारी बढ़ाना तथा समाज द्वारा अपनी सहायता अपने आप करने के प्रयत्नों को बढ़ावा देना।
5. Mental Health Care हेतु आवश्यक कार्यों का चुनाव करना।
6. मानसिक स्वास्थ्य सेवा के उपलब्ध स्त्रोतों का Equal और Balanced distribution करना।

मानसिक स्वास्थ्य की देखरेख के घटक[47]

NMHP के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य की देखरेख विभिन्न स्तरों पर उपलब्ध होनी चाहिए, जैसे–

A. गाँवों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखरेख या सब–सेन्टर स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य सेवा –

1) Psychiatric emergency एवं आपातकालीन परिस्थितियों का प्रबन्धन।
2) Chronic Psychiatric Problems का उपचार, प्रबन्धन एवं इन सेवाओं का निरीक्षण एवं संचालन तथा Grand mal epilepsy की पहचान एवं प्रबन्धन।
3) Mental rerardation एवं बच्चों से संबंधित अन्य समस्याओं का, शिक्षक एवं माता–पिता के साथ मिलकर समाधान।
4) एल्कोहल एवं drug abuse संबंधी मामलों में Counselling सेवाएं प्रदान करना।

B. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर (In PHC)

1) मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं देने में MPW's (Multi Purpose Worker) के कार्यों का निरीक्षण एवं Functional Psychotic disorder का उपचार।
2) Psycho-somatic disorder से पीड़ित व्यक्ति, (जिनमें कोई और जटिलता न हो) का उपचार करना एवं संदेहपूर्ण केस की प्रारम्भिक जांच करना।
3) Psycho-social problems (जिसमें कोई जटिलता नहीं हो) का प्रबन्धन करना।
4) Mental Morbidity की जांच हेतु समुदाय में सर्वे आयोजित करना एवं भविष्य हेतु योजनाएं बनाना।
5) MPW's व अन्य को मानसिक स्वास्थ्य प्रशिक्षण कार्यक्रम आयोजित करना।

C. जिला अस्पतालों में (In District Hospital) – NMHP के अनुसार प्रत्येक जिले के District Hospital में एक Psychiatrist होना चाहिये एवं वहां 30-40 Psychiatric bed की सुविधा होनी चाहिये।

D. चिकित्सा महाविद्यालयों स्तर पर (Medical College) – [1 Unit/15 Bed के अनुसार]

S. No.	Staff	Requirement
1	Professor	1
2	Associate Professor	1
3	Assistant Professor	2
4	Senior Resident	1
5	Junior Residents	3
6	Clinical Psychologist	1

Table : 1.8.1 Medical Coucial of India[48] के अनुसार clinical Staff Pattern

NMHP के उप–कार्यक्रम (Sub-Programmes)

NHMP कार्यक्रम को तीन Sub-programme में विभाजित किया गया है, ये निम्न हैं।

1. Treatment Subprogramme.
2. Rehabilitation Subprogramme.
3. Prevention Subprogramme.

1. Treatment Subprogramme (उपचार उप–कार्यक्रम):– उपचार उप–कार्यक्रम का विशेष ध्यान Case Finding एवं शीघ्र उपचार पर रखा गया है। यह उप कार्यक्रम विशेष Diagnosis हेतु विशेष उपचार की सलाह देता है। इसका अर्थ है कि उपचार का आधार बीमारी का प्रकार होना चाहिए अर्थात् उपचार विशेषीकृत होना चाहिए।

2. Rehabilitation Subprogramme:– यह उप कार्यक्रम epileptics एवं Psychotics जैसे मरीजों हेतु समुदाय स्तर पर Rehabilitative सेवाएं प्रदान करने एवं पुनर्वास केन्द्र (Rehabilitation Center) स्थापित करने पर संकेन्द्रीत है।

3. Prevention Sub-Programme :– यह Component समुदाय आधारित है एवं इसका उद्देश्य मानसिक रोगों की प्राथमिक द्वितीयक या तृतीयक स्तर पर रोकथाम करना है।

मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित कानून

A. Indian Lunacy Act, 1912[49]

- भारत में मनोरोग विज्ञान के कानूनी पहलू Indian Lunatic Act, 1912 पर आधारित हैं एवं Indian Lunatic Act की उत्पत्ति English Lunatic Act, 1890 से हुई है।
- इस Act के 8 भाग हैं :–

  1. **Chapter - I** :– यह भाग मनोरोग विज्ञान से संबंधित अनेक नये शब्दों (term) को परिभाषित करता है। जैसे – Asylum, Lunatic, Criminal Lunatic, Reception Order, Relatives, Medical Officer, Medical Practitioner and Cost Maintenance.
  2. **Chapter – II** :– इस भाग में मानसिक अस्पताल में मनोरोगी की भर्ती एवं डिस्चार्ज प्रक्रिया को समझाया गया है। इस भाग के अनुसार, मरीज की भर्ती हेतु पांच admission method प्रस्तावित हैं :–
     1) Voluntary admission.
     2) Admission on reception order on petition.
     3) Admission on reception order without petition.
     4) Reception order of criminal lunatics.
     5) Reception after judicial inquisition.
  3. **Chapter – III** :– यह भाग मरीज की देखभाल संबंधी प्रक्रियाओं, उपचार विधि एवं मरीज की डिस्चार्ज प्रक्रिया के बारे में संक्षिप्त रूप से वर्णन करता है।
  4. **Chapter – IV** :– यह अपने Presidency town के बाहर Lunatic asylum से संबंधित प्रक्रियाओं की जानकारी देता है। इसके अलावा यह मरीज के सम्पत्ति प्रबन्धन के बारे में विस्तृत जानकारी देता है।
  5. **Chapter – V** :– यह भाग किसी Asylum की स्थापना एवं मनोरोगियों (Lunatic) के उपचार हेतु तय किये गए नियमों का वर्णन करता है।

6. **Chapter – VI** :– यह भाग मनोरोगियों की देखभाल से संबंधित राज्य सरकार द्वारा तय किये गए नियमों का वर्णन करता है।
7. **Chapter – VII** :– यह भाग मनोरोगियों पर हॉस्पीटल में उपचार के दौरान किये गए खर्च के प्रबन्धन के बारे में विस्तार से जानकारी देता है।
8. **Chapter – VIII** :– यह हॉस्पीटल की नीतियों (Policies) एवं नियमों की व्याख्या करता है।

B. Indian Mental Health Act, 1987[50]

- मानसिक अस्पताल में भर्ती होने एवं Discharge प्रक्रिया को आसान बनाने हेतु Indian Psychiatric Society द्वारा 1950 में एक नया Act बनाया गया।
- इस Bill को 1978 में तैयार करके 1981 में लोकसभा द्वारा पारित किया गया एवं 1986 में राज्यसभा द्वारा पारित किया गया।
- इस प्रकार यह Indian Mental Health Bill, 22 मई 1987 को Indian Mental Health Act कहलाया एवं 1 अप्रेल, 1993 में इसे सभी राज्यों में लागू किया गया।
- IMHA एक कानून है, जिसका उद्देश्य – मानसिक अस्वस्थ व्यक्तियों के उपचार एवं देखभाल से संबंधित कानूनों में संशोधन एवं मजबूती लाना, मरीज की सम्पत्ति एवं मामलों का बेहतर प्रबन्धन करना है।

IMHA, 1987 के लक्ष्य[50]

1. Psychiatric Hospital और Nursing home में मनोरोगियों की भर्ती प्रक्रिया को नियंत्रित करना।
2. अस्पताल में भर्ती के दौरान मरीज के हितों की रक्षा करना।
3. समाज को ऐसे मनोरोगियों से बचाना जो अन्य के लिये खतरनाक एवं नुकसानदायक हो सकते हैं।
4. किसी भी सामान्य नागरिक को बिना किसी कारण Psychiatric Nursing Home में भर्ती करने से बचाना।
5. Psychiatric Nursing Home के वित्तीय प्रबन्धन संबंधी नियम बनाना।
6. ऐसे मरीजों की सम्पत्ति एवं अन्य मामलों की देखरेख हेतु कानूनी संरक्षक को Appoint करना।
7. मानसिक स्वास्थ सेवाएं प्रदान करने हेतु केन्द्रीय एवं राज्य स्तर पर स्वायत्त संस्थाओं की स्थापना हेतु दिशा–निर्देश देना।
8. मानसिक अस्पताल की स्थापना लाईसेन्स एवं नियंत्रण हेतु सरकार को नियंत्रण शक्तियां प्रदान करना।
9. कुछ विशेष परिस्थितियों में मनोरोगी को कानूनी सहायता प्रदान करना।

IMHA के भाग[50]

1. **Chapter – I** – यह भाग मनोरोग विज्ञान से संबंधित शब्दावली (Terms) को परिभाषित करता है। इस भाग में Lunatic शब्द को Mentally ill person द्वारा स्थानान्तरित किया गया एवं Lunatic asylum को Mental hospital द्वारा बदल दिया गया। इस भाग में निम्न शब्दों को परिभाषित किया गया है। जैसे :– District Court, Inspecting Officer, License, Licensing Authority, Medical Officer, Psychiatrist, Psychiatric Hospital and Nursing Home.
2. **Chapter - II** :– यह भाग केन्द्रीय एवं राज्य स्तर पर Mental Health Authority की स्थापना हेतु बनाए गए नियमों की व्याख्या करता है। ये संस्थाएं (Authorities) मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का निर्देशन, नियमन, विकास एवं नियंत्रण करती हैं। यह chapter सरकार को मानसिक स्वास्थ्य विषय

पर सलाह–मशवरा भी प्रदान करता है। यह सरकार को किसी भी लाईसेन्स को रद्द करने या पुनर्नवीनीकरण का अधिकार भी देता है।

3. **Chapter - III** :– यह Chapter मानसिक अस्पताल की स्थापना एवं उसके प्रबन्धन के संबंध में दिशा–निर्देश प्रदान करता है। इस Chapter में एक लाईसेन्सिंग authority का भी प्रावधान है जो लाईसेन्स संबंधी प्रक्रियाओं का काम देखती है। इसमें एक इन्सपेक्टिंग ऑफिसर (Inspecting officer) की नियुक्ति का भी प्रावधान है जो समय–समय पर Psychiatric Hospital एवं नर्सिंग होम में किसी भी अनियमितता (Irregularity) की जांच करता है। इसी Chapter में हर आयु वर्ग (बच्चें, बड़े, बुढ़े) एवं मनोरोग के प्रकार के आधार पर अलग मानसिक अस्पताल की स्थापना का प्रावधान भी है।

4. **Chapter - IV** :– यह Chapter मनोरोगी के अस्पताल में भर्ती होने संबंधित प्रक्रियाओं का वर्णन करता है। इस Chapter के अनुसार, मनोरोगी का Admission निम्न प्रकार से हो सकता है :–
    1. Admission on voluntary basis.
    2. Admission under special circumstances.
    3. Reception order on application
    4. Reception order without application.
    5. Admission after judicial inquisition.
    6. Admission as a mentally ill prisoner.
    7. Temporary admission orders.

5. **Chapter - V** :– यह Chapter मानसिक अस्पताल के Inspection, मरीजों के डिस्चार्ज एवं अवकाश से संबंधित है।

6. **Chapter - VI** :– यह Chapter मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति से संबंधित न्यायिक प्रक्रियाओं का वर्णन करता है। यह मरीज की सम्पत्ति के प्रबन्धन हेतु मजिस्ट्रेट/जिला अदालत द्वारा एक कानूनी संरक्षक के appointment की सिफारिश करता है। यह मैनेजर अपनी appointment की तारीख से छः महीनों तक मरीज की सम्पूर्ण सम्पत्ति की जानकारी एकत्रित करता है एवं सम्पत्ति का पूर्ण ब्यौरा अदालत में प्रस्तुत करता है। लेकिन Legal guardian को मरीज की सम्पत्ति बेचने, खरीदने या लीज पर देने का अधिकार नहीं होता है।

7. **Chapter - VII** :– यह Chapter मनोरोगी के उपचार एवं अन्य खर्च के प्रबन्धन की व्याख्या करता है। इसके अनुसार मरीज के खर्च वहन करने हेतु मरीज के परिजनों को जिम्मेदारी लेनी चाहिए। यदि मरीज का कोई संबंधी या परिजन नहीं है तो ये जिम्मेदारी सरकार या अस्पताल प्रशासन को लेनी चाहिए।

8. **Chapter VIII** :– यह Chapter मरीज के अधिकारों की रक्षा से संबंधित है। जैसे –
    1) किसी भी मरीज को उपचार के दौरान तिरस्कृत नहीं करना चाहिए क्योंकि सम्मानपूर्वक उपचार प्राप्त करना मरीज का अधिकार है।
    2) किसी भी मरीज पर रिसर्च तब तक नहीं की जानी चाहिए जब तक मरीज इससे असहमत है। क्योंकि मरीज हेतु इस रिसर्च का कोई प्रत्यक्ष महत्व नहीं है।
    3) किसी भी मरीज द्वारा भेजे गए या प्राप्त किये गए पत्रों को नष्ट नहीं करना चाहिए।

9. **Chapter - IX** :– यह किसी भी मानसिक अस्पताल के नियमन एवं अनियमितता की स्थिति में जुर्माने (Penalty) से संबंधित है। यदि कोई मानसिक अस्पताल अपनी जरूरतें (Requirement) पूरी नहीं करता है या मरीजों की ठीक प्रकार देखभाल नहीं की जाती है तो वह अस्पताल जुर्माने का हकदार माना जाता है।

10.Chapter - X :– यह Chapter अन्य नियमों के बारे में वर्णन करता है। जैसे कि Medical Officer Incharge की मरीज के उपचार एवं अन्य कार्यों में भूमिका।

C. The Narcotic Drugs and Psychotropic Substance Act, 1985[51] (NDPSA, 1985)

- Drug abuse से संबंधित पहला कानून वर्ष 1857 में Opium Act बनाया गया।
- इसके बाद वर्ष 1930 में एक अन्य कानून dangerous drug act अस्तित्व में आया।
- पुराने कानूनों की अपर्याप्तता को देखते हुए Narcotic drug के नियमन हेतु एक नया Act NDPSA वर्ष 1985 में प्रभावी रूप से लागू किया गया।
- इस Act के अन्तर्गत निम्न Narcotic drug का नियमन (Regulation) सम्मिलित है।
- Cannabis, Cocaine, Opium and Psychotropic drugs.

NDPSA, 1985 के Chapter[51]

1. Chapter - I :– इसके 3 Section हैं। इसमें ड्रग से संबंधित शब्दावली को परिभाषित किया गया है। उदाहरणत :–

1. Addict.
2. Narcotic Drugs.
3. Psychotropic Drug की परिभाषा।

इसमें 106 Psychotropic Drugs का वर्णन किया गया है। इस अनुसूची में निम्न औषधि शामिल है :–

- Benzodiazepine, Amphetamine, LSD, Psilocybine and Barbiturate .

2. Chapter - II :– इसके चार Section विभिन्न Authorities एवं ऑफिसर से संबंधित है। यह भारत सरकार को Narcotic Commissioner एवं Consultative Committee की स्थापना का अधिकार प्रदान करता है।

3. Chapter - III :– इसमें drug abuse को रोकने हेतु राष्ट्रीय फेड निर्माण का प्रावधान है।

4. Chapter - IV :– इसके 34 Section ड्रग के अवैध वितरण, आयात, निर्यात, बेचने एवं खरीदने से संबंधित है। इसमें हर प्रकार के अपराध हेतु सजा एवं जुर्माने का प्रावधान है। उदाहरणत :– नार्कोटिक के अवैध वितरण के मामले में 10 से 20 वर्ष तक की कड़ी सजा हो सकती है एवं एक लाख से अधिक का जुर्माना हो सकता है।

- यदि कोई व्यक्ति बार–बार यह अपराध करता है तो
  कड़ी सजा की अवधि = 15 वर्ष से 30 वर्ष तक।
  जुर्माना = 1.5 लाख से 3 लाख रूपये तक हो सकता है।
- गांजा/भांग इत्यादि के अवैध वितरण करने पर निम्न सजा/जुर्माना लगाया जाता है।
  कड़ी सजा = 5 वर्ष एवं जुर्माना 5 लाख रूपये तक हो सकता है।

- चरस/ओपीयम 5 ग्राम तक अपने साथ रखने से 1 वर्ष तक की सजा दी जा सकती है। अगर किसी व्यक्ति के पास 1 किलोग्राम हेरोइन या चरस पाये जाने पर व्यक्ति को फांसी की सजा भी दी जा सकती है।

5. Chapter - V :– इसके 31 Section निम्न के संबंध में जानकारी प्रदान करते हैं।

- Power to issue warrant & Power of entry/search.
- Power of seizure.

6. Chapter - VI :– यह Chapter विभिन्न ड्रग संबंधी मामलों के प्रावधान एवं कानूनी नियमों की जानकारी देता है।

D. मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम 2017[52]

भारत में मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम 2017, 07 अप्रैल 2017 को पारित किया गया और 29 मई 2018 से लागू हुआ है।

- इस एक्ट का प्रथम उद्देश्य आत्महत्या का प्रयास करने वालों को दंडित न करके पुनर्वास के लिए अवसर प्रदान करना है एवं धारा 309 को दरकिनार करना है।
- इस एक्ट के द्वारा ई.सी.टी केवल आपातकाल स्थिति में एवं एनेस्थेटिक एजेन्ट के प्रभाव में ही रोगी पर प्रयोग की जाएगी।
- इस एक्ट के द्वारा ई.सी.टी को नाबालिगों के लिए निषिद्व कर दिया है।
- इस एक्ट के तहत मानसिक तौर पर बीमार व्यक्ति की केयर करने वाले के, प्रतिनिधि की नियुक्ति की गई है। ये केन्द्रीय मेंटल हेल्थ अथॉरिटी और स्टेट मेंटल हेल्थ अथॉरिटी या मेंटल हेल्थ रिव्यू बोर्ड के सदस्यों के प्रतिनिधि हो सकते हैं।
- इस बिल में मानसिक तौर पर बीमार व्यक्ति को यह अधिकार दिया गया है कि उसकी मर्जी के बिना उसकी कोई भी तस्वीर या जानकारी मीडिया को नहीं दी जाएगी।
- इस बिल के तहत रोगी की तस्वीर खींचने या किसी भी तरह के नियम तोड़ने पर छः महीने की जेल या 10000 रूपये जुर्माना या दोनों हो सकता है। अपराध दोहराने पर दो साल की जेल और 50000 रूपये से 5 लाख तक जुमाना या दोनों हो सकता है।
- इस एक्ट का दूसरा उद्देश्य मानसिक स्वास्थ्य से जुड़ी जानकारियों को बढ़ावा देना है।
- इस एक्ट के द्वारा मानसिक तौर पर बीमार व्यक्ति को अस्पताल में चेन या रस्सी से बांधनें को निषिद्व किया है साथ ही मरीज की उग्र स्थिति में डॉक्टर की क्या जिम्मेदारी होती है यह भी बताया गया है।
- इस एक्ट के तहत कोई भी व्यक्ति मानसिक रूप से अस्वस्थ्य व्यक्ति को पहचान सकता है। जैसे कि सर्वप्रथम जो पीड़ित व्यक्ति है, उसके व्यवहार में बदलाव आयेगा, यह बताया गया है।
- परिवार, समाज एवं साथ में काम करने वाले व्यक्तियों के द्वारा पीड़ित व्यक्ति की सोच में बदलाव आते ही तुरन्त उसे मनोचिकित्सक से परामर्श करने को कहा गया है।
- इस एक्ट का तीसरा उद्देश्य समाज में से मानसिक बीमारी एवं मनोरोगों से संबंधित अंधविश्वासों एवं गलत धारणाओं का उन्मूलन करना है।

References

1. World Health Organization.Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved 7 july 2013 form https://www.who.int/about/who-we-are/constitution
2. https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543.php#definition
3. https://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/98631/8/08_chapter%20-i.pdf
4. P. deepika, P. gokul (2007) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (1ed) Amit Publishers pp. 05-12.
5. https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health
6. https://www.whatismyhealth.com/the-8-dimensions-of-health
7. https://hnhu.org/wpcontent/uploads/Factors_Affecting_Health_web1.pdf
8. Canadian Mental Health Association. (2003). Mental health - The connection between mental and physical health. Retrieved Sep. 30, 2013 from http://www.ontario.cmha.ca/about mental illness/mental health.
9. Goldberg D. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry, Vol. 9, February 2010, Pp. 16
10. https://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health
11. P. Deepika, P. Gokul (2012) Review of A Text Book Sociology & Psychology. (4ed) Amit Publication Jaipur Pp. 19-21
12. .https://en.wikipedia.org/wiki/Frustration
13. https://en.wikipedia.org/wiki/Civilization_and_Its_Discontents
14. http://www.psychologydiscussion.net/mental-conflict/mental-conflict-meaning-and-causes-psychology/1681
15. Sharma Ramnath (2008) Review of Psychology & Mental Hygiene for Nurses (1ed) N. R. Brothers house, Indoor, ISBN 81-85605-05-X Pp. 184-189.
16. https://en.wikipedia.org/wiki/Defence_mechanism
17. Neeraja K. P. (2008) : Review of Essentials of Mental Health Psychiatric Nursing. (1ed); Vol. No.1, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. Daryaganj, New Delhi, India, Pp. 18-27. IBSN: 978-81-8448-329-1.
18. https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Defense_mechanism
19. http://journalpsyche.org/the-freudian-theory-of-personality/
20. https://en.wikipedia.org/wiki/Personality_type
21. https://en.wikipedia.org/wiki/Gordon_Allport
22. P. Deepika, P. Gokul (2014) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (6ed) Amit Publication, Jaipur. Pp. 39-44.
23. https://www.tnmgrmu.ac.in/index.php/library/e-questions/ahs-pg-degree/m-sc-medical-sociology.html
24. https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_psychiatry
25. https://oll.libertyfund.org/pages/hippocrates-c-460-377-bc
26. http://jadebpinel.blogspot.com/

27. P. Deepika, P. Gokul (2008) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (2ed) Amit Publication, Jaipur. Pp. 118-120.
28. https://en.wikipedia.org/wiki/Causes_of_mental_disorders
29. https://en.wikipedia.org/wiki/Classification_of_mental_disorders
30. Neeraja K. P. (2009) : Review of Essentials of Mental Health Psychiatric Nursing. (1ed); Vol. No.1, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. Daryaganj, New Delhi, India, Pp. 57-62. IBSN: 978-81-8448-329-1.
31. https://en.wikipedia.org/wiki/Psychosis
32. https://en.wikipedia.org/wiki/Organic_mental_disorder
33. https://en.wikipedia.org/wiki/Schizophrenia
34. https://psychscenehub.com/psychpedia/schizophrenia-first-rank-symptoms/
35. https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia_treatment
36. https://en.wikipedia.org/wiki/Mood_disorder
37. https://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fr-icd.htm?gf30.htm+
38. https://en.wikipedia.org/wiki/Mania
39. P. Deepika, P. Gokul (2008) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (2ed) Amit Publication, Jaipur. Pp. 246-247.
40. https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression
41. https://www.healthline.com/health/depression/endogenous-depression#types
42. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007
43. P. Deepika, P. Gokul (2008) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (2ed) Amit Publication, Jaipur. Pp. 252-253.
44. http://www.differencebetween.net/science/health/difference-between-psychosis-and-neurosis/
45. https://en.wikipedia.org/wiki/Alma_Ata_Declaration
46. http://vikaspedia.in/health/mental-health/national-mental-health-programme
47. https://mohfw.gov.in/sites/default/files/9903463892NMHP%20detail_0_2.pdf
48. https://www.mciindia.org/CMS/wp-content/uploads/2017/10/Minimum-Standard-Requirements-for-150-Admissions.pdf
49. http://www.rfhha.org/images/pdf/Hospital_Laws/Indian_lunacy_act_1912.pdf
50. https://www.wbhealth.gov.in/mental_health/Acts_Rules/MHA_1987.pdf
51. http://narcoticsindia.nic.in/upload/download/document_id08b2dbdc9ca941d237893bd425af8bfa.pdf
52. https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf

अध्याय – द्वितीय

पद्धतिशास्त्र : अनुसंधान प्रविधि एवं अध्ययन क्षेत्र

2.1 विषय की रूपरेखा एवं चुनाव
2.2 अध्ययन के उद्देश्य
2.3 अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण
2.4 अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव
2.5 उपकल्पनाओं का निर्माण
2.6 अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन
2.7 तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या
2.8 सामान्यीकरण
2.9 अध्ययन के महत्व का निर्धारण
2.10 जाँच एवं पुनःपरीक्षण
2.11 भविष्यवाणी करना
2.12 विषय पर किये गए कार्यों की समीक्षा
2.13 अध्ययन की सीमाएं
2.14 प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर

पद्धतिशास्त्र : अनुसंधान प्रविधि एवं अध्ययन क्षेत्र

प्रस्तावना

भारत में मनोरोगियों की दिन प्रतिदिन बढ़ती हुई संख्या के कारण मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर अध्ययन करने का महत्व तो स्वतः ही बढ़ जाता है। पिछले चार–पाँच दशकों में स्वास्थ्य पर समाज–विज्ञानों में अनुसंधान की होड़ चल पड़ी है। स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं का समुदायों पर क्या प्रभाव पड़ा है तथा ये पहलु उनकी जीवनशैली को कैसे प्रभावित कर रहे है, इन पर पर्याप्त अनुसंधान हुए है। किन्तु मनोरोगियों के स्वास्थ्य पर अभी भी स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं जैसे विषयक अध्ययनों की मात्रा सीमित है।

सामाजिक अनुसंधान एक वैज्ञानिक प्रक्रिया है जिसके माध्यम से समाज में होने वाली किसी घटना के कार्य, कारण एवं सम्बन्धों की खोज की जाती है जिसका उद्देश्य तार्किक एवं व्यवस्थित विधियों की सहायता से नए तथ्यों की खोज करना है। किसी भी शोध कार्य को प्रभावशाली बनाने के लिए कुछ निश्चित वैज्ञानिक चरणों से होकर गुजरना पड़ता है जिसमें शोध समस्या का चयन, अध्ययन क्षेत्र परिसीमन, अध्ययन का उद्देश्य, उपकल्पना का निर्माण, शोध अभिकल्प, सूचना के स्त्रोतों का निर्धारण, उत्तरदाताओं का चयन, तथ्य सकंलन के लिए उपकरणों का निर्माण, तथ्यों का सकंलन, वर्गीकरण, सारणीयन, तथ्यों का विश्लेषण एवं निर्वचन मुख्य चरण होते हैं।

स्टूअर्ट चेज[1] के अनुसार ''विज्ञान का संबंध पद्धति से है न कि विषय सामग्री से''।

प्रस्तुत शोध में वैज्ञानिक तत्वों को सम्मिलित करते हुए अनुसंधान की योजना बनाई गयी है, जो निम्न चरणों द्वारा उल्लेखित है।

2.1 विषय की रूपरेखा एवं चुनाव
2.2 अध्ययन के उद्देश्य
2.3 अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण
2.4 अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव
2.5 उपकल्पनाओं का निर्माण
2.6 अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन
2.7 तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या
2.8 सामान्यीकरण
2.9 अध्ययन के महत्व का निर्धारण
2.10 जाँच एवं पुनःपरीक्षण
2.11 भविष्यवाणी करना
2.12 विषय पर किये गए कार्यों की समीक्षा
2.13 अध्ययन की सीमाएं
2.14 प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर

2.1 विषय की रूपरेखा एवं चुनाव

प्रस्तावित शोध "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' के अन्तर्गत शोधकर्ता मानसिक अस्वास्थ्य के पीछे छिपे उन सभी सामाजिक कारकों को ढूँढ़ निकालना चाहता है, जिनके कारण व्यक्ति में मनोरोग उत्पन्न होते हैं।

शोधकर्ता की पूर्ण मान्यता रही है कि व्यक्ति को मनोरोगी बनाने में सामाजिक संबंधों का गड़बड़ाना है। इसलिए शोधकर्ता इनके (उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में) मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने में उन सभी सामाजिक पहलुओं पर अन्वेषणात्मक एवं वर्णनात्मक शोध कार्य किया है जिससे मनोरोगियों एवं अन्य सभी व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य की प्राप्ति की जा सके।

अनुसंधान के प्रमुख प्रकार अन्वेषणात्मक शोध को जानने से पूर्व प्रस्तुत शोध कार्य में 'अनुसंधान' का क्या अर्थ लिया गया है, यह जानना आवश्यक है। अनुसंधान से तात्पर्य खोज या ढूँढने से लिया जाता है। मनुष्य द्वारा किन्हीं ऐसी घटनाओं को जानने की उत्सुकता रहती है, जो उसे विचलित कर देती है, सत्यता की खोज एवं घटना के कारण का पता लगाना भी एक अनुसंधान है।

पी.वी. यंग[2] के अनुसार ''सामाजिक अनुसंधान को एक ऐसे वैज्ञानिक प्रयत्न के रूप में परिभाषित किया जा सकता है, जिसका उद्देश्य तार्किक एवं क्रमबद्ध पद्धतियों के द्वारा नवीन तथ्यों की खोज अथवा पुराने तथ्यों की परीक्षा और सत्यापन, उसके क्रमों, पारस्परिक संबंधों, कार्य–कारण की व्याख्या एवं उन्हें संचालित करने वाले स्वाभाविक नियमों का विश्लेषण करना है।''

जब शोधकर्ता किसी सामाजिक घटना के पीछे छिपे कारणों को ढूंढ निकालना चाहता है ताकि किसी समस्या के सैद्धान्तिक व व्यावहारिक पक्ष के सम्बन्ध मे पर्याप्त ज्ञान प्राप्त हो सके, तब अध्ययन के लिए जिस शोध का सहारा लिया जाता है, उसे अन्वेषणात्मक शोध कहते है।

अन्वेषणात्मक शोध अध्ययन को अधिक विश्वसनीय एवं सटीक बनाने हेतु उपयुक्त प्रकार है, यह शोधार्थी को अनुसंधान हेतु उपयुक्त विधि को चुनने में मदद करता है एवं शोध से संबंधित विभिन्न समस्याओं को कम करता है। प्रस्तुत शोध कार्य में अन्वेषणात्मक शोध के चयन का एक प्रमुख कारण यह भी है कि शोध का यह प्रकार अज्ञात तथ्यों की खोज कर तथ्यों के बारे में नवीन अन्तर्दृष्टि प्रदान करता है, ताकि शोध में यथार्थता लाई जा सके। इस अध्ययन के द्वारा अनुसंधान के सैद्धान्तिक व व्यावहारिक, दोनों उद्देश्यों की पूर्ति की गई है।

प्रस्तुत शोध कार्य मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर केन्द्रीत है, इसमें मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है का अध्ययन किया गया है।

2.2 अध्ययन के उद्देश्य

प्रस्तुत समाजशास्त्रीय अध्ययन मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर केन्द्रीत है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर आनुभविक अध्ययन करने का मुख्य उद्देश्य दोनों चरों में **सहसंबंध** के मापन का है। अध्ययनकर्ता की पूर्ण मान्यता है कि व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की महत्त्वपूर्ण योगदान होता है। उदयपुर सम्भाग के लोगों में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण संबंधी जानकारियों को बढ़ाने, उनकी मानसिक स्वास्थ्य विषयक परम्परागत भ्रांतियों को दूर करने तथा विभिन्न मानसिक बीमारियों के रोकथाम हेतु सुरक्षात्मक, उपराचारात्मक, उन्मूलनात्मक, निरोधात्मक एवं संरक्षणात्मक प्रभावशीलता को बढ़ाने में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू महत्त्वपूर्ण योगदान देते है। इस अध्ययन द्वारा उदयपुर सम्भाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की वास्तविक स्थिति का पता लगाकर, विभिन्न प्रकार की मानसिक बीमारियों को रोकने व सम्पूर्ण स्वास्थ्य विषयक नीति निर्माण हेतु महत्त्वपूर्ण सुझाव अध्ययन के उपरान्त प्रस्तुत किये गए हैं।

इस मुख्य उद्देश्य को ही निम्नलिखित बिन्दुओं में दर्शाया गया है:–

1. मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं का अध्ययन करना।
2. मनोरोगियों में चिकित्सा एंव स्वास्थ्य से सम्बन्धित अवधारणाओं, परम्परागत तरीकों, मान्यताओं, सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों, आनुवांशिकता का प्रभाव, चिन्ह, लक्षण, नियंत्रण, रोकथाम, वर्गीकरण व उपचार की अन्य विधियों का अध्ययन करना।
3. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के उपचार, रोकथाम व पुनर्वास संबंधी योगदान का अध्ययन करना।
4. मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों को ज्ञात करना एवं मनोरोगियों के उपचार व रोकथाम में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के योगदान सम्बधी जाँच पड़ताल की जाएगी।
5. मनोरोगियों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक, राजनैतिक, शैक्षणिक व सांस्कृतिक कारकों की जाँच करना एवं उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि का अध्ययन करना।
6. इस अध्ययन में यह जानने का प्रयास किया जायेगा कि सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बना रहा है?
7. मनोरोगियों की स्वास्थ्य प्रस्थिति व भूमिका को ज्ञात करना तथा उसे ऊँचा उठाने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की जाँच करना।
8. इस शोध के द्वारा इस तथ्य का पता लगाया जायेगा कि मनोरोगियों कि चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से कितना सरोकार रहता है।
9. मनोरोगियों में मानसिक बीमारी संबंधी परम्परागत मान्यताओं का अध्ययन करना तथा सामाजिक व सांस्कृतिक जीवन के प्रति विचारों की जाँच करना।
10. मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण का अध्ययन करना।

2.3 अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण

2.3.1 अध्ययन क्षेत्र का परचिय

राजस्थान संस्कृति एवं कला की एक मिसाल है, यहां धार्मिक रूप से भी अनेक जन–आस्थाएं, ईश्वर धर्म के साथ जुड़ी हुई हैं। यहाँ विशाल सांस्कृतिक क्षेत्र है, उनमें विभिन्न खान–पान, वस्त्रभूषा, रहन–सहन, रीति–रिवाज, भाषा का विभिन्न आधार पर एक समवन्य मिलता है। राजस्थान भारत का सर्वाधिक क्षेत्र में फैला हुआ राज्य है, जो 3,42,239 वर्ग किलोमीटर क्षेत्र में फैला हुआ है। यह भारत के पश्चिम दिशा में स्थित राज्य है। यहाँ पर रेगिस्तान व्याप्त है, जो पाकिस्तान की सीमा पर स्थित है, जहाँ सतलज नदी बहती है। राजस्थान के दक्षिण–पश्चिम में गुजरात, दक्षिण–पूर्व में मध्य प्रदेश एवं उत्तर–पूर्व में उत्तर प्रदेश व हरियाणा व उत्तर में पंजाब राज्य स्थित है। यहाँ की राजधानी जयपुर शहर है। सन् 1829 में जेम्स टॉड के समय से ही इस राज्य का राजस्थान नाम पड़ा। इससे पूर्व इसे राजपूताना के नाम से जाना जाता था।[3] राजस्थान प्रशासनिक रूप से 33 जिलों व 7 संभागों में विभाजित है। ये सात संभाग – जयपुर, उदयपुर, अजमेर, जोधपुर, बीकानेर, कोटा एवं भरतपुर हैं।

राजस्थान की संभागीय व्यवस्था[4]

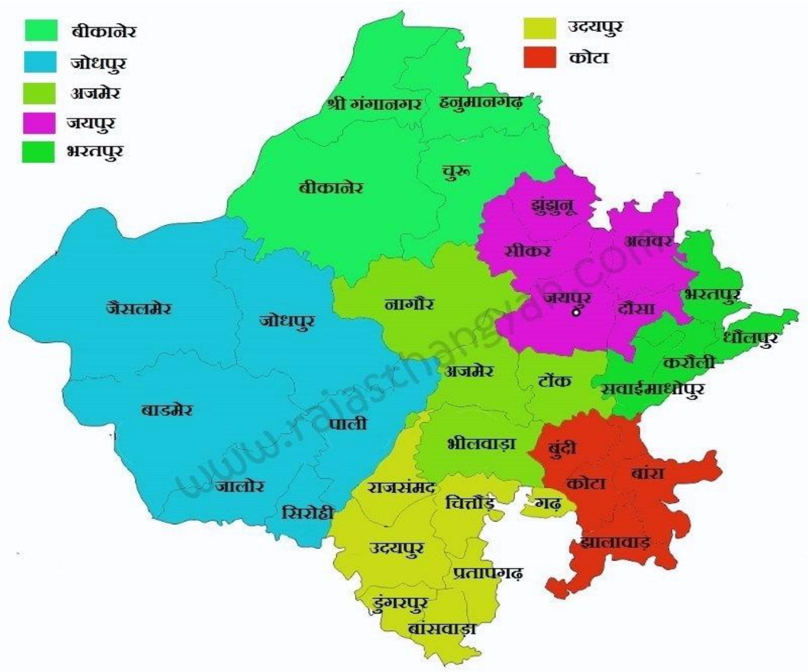
राजस्थान में वर्तमान में 7 संभाग है। अप्रेल 1962 ई. में सुखाड़िया सरकार द्वारा संभागीय व्यवस्था को समाप्त कर दिया गया था। 26 जनवरी 1987 ई. को हरिदेव जोशी सरकार ने राज्य की संभागीय व्यवस्था को 6 संभागों में बांट कर पुनः शुरू किया। राजस्थान के सातवें संभाग भरतपुर को 4 जून 2005 ई. को श्रीमती वसुंधरा राजे सरकार द्वारा बनाया गया था।

राजस्थान के संभागों का वर्गीकरण : जिले, क्षेत्रफल एवं जनसंख्या, सारणी – 2.3.1

क्रम संख्या	संभाग	जिले	क्षेत्रफल (वर्ग किमी. में)	जनसंख्या (लाखों में)
1	जयपुर	जयपुर, सीकर, झुंझुनू, अलवर, दौसा	36615	16749144
2	बीकानेर	बीकानेर, चूरू, श्रीगंगानगर, हनुमानगढ़	64708	8147344
3	अजमेर	अजमेर, नागौर, भीलवाड़ा, टोंक	43848	9720644
4	कोटा	कोटा, बूंदी, झालावाड़, बांरा	24204	5695804
5	भरतपुर	भरतपुर, करौली, धौलपुर, स. माधोपुर	18122	6548777
6	जोधपुर	जोधपुर, जालोर, सिरोही, बाड़मेर, पाली, जैसलमेर	117800	11863484
7	उदयपुर	उदयपुर, डूंगरपुर, बांसवाड़ा, प्रतापगढ़, राजसमंद, चित्तौड़गढ़	36942	9823240

सारणी – 2.3.1

उदयपुर संभागः एक परिचय



चित्र – 2.3.1

राजस्थान के संभागों का वर्गीकरण

भौगोलिक क्षेत्र की दृष्टि से राजस्थान देश का सबसे बड़ा राज्य है जिसमें 33 जिले व 7 संभाग है तथा शोध अध्ययन क्षेत्र उदयपुर संभाग है जो राजस्थान के दक्षिण भाग में स्थित है। उदयपुर संभाग को राजस्थान का एक प्रभाग भी कहा जाता है। यह राजस्थान की सात प्रशासनिक भौगोलिक इकाईयों में से एक है। सन् 2011 की जनगणना के अनुसार इस संभाग में सर्वाधिक लिंगानुपात पाया जाता है। उदयपुर संभाग में निम्न छः जिले आते हैं – उदयपुर, डूंगरपुर, बांसवाड़ा, प्रतापगढ़, राजसमंद एवं चित्तौड़गढ़। इन छः जिलों के ज्यादातर मनोरोगी जब उनकी बीमारी का इलाज सामुदायिक स्वास्थय क्रेन्द्र एवं जिला अस्पतालों पर नही हो पाता है तो वे अपनी मानसिक बीमारी के इलाज के लिए चिकित्सा महाविधालयों मे आते हैं एवं सात दिन से अधिक समय तक भर्ती रहने वाले साइकोसिस मनोरोगी अधिकतर चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में मिलते हैं। इसलिए शोधार्थी ने अपने अध्ययन विषय के लिए उदयपुर संभाग के दो चिकित्सा महाविद्यालयों जिनमें एक सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं एक निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर को चुना है।

उदयपुर शहर[5] को झीलों की नगरी, राजस्थान का कश्मीर, पूर्व का वेनिस, फाउंटेन व माउंटेन का शहर, सैलानियो का स्वर्ग एवं व्हाईट सिटी के उपनामों से भी जाना जाता है। जबकि बांसवाड़ा को आदिवासियों का शहर, डूंगरपुर को पहाड़ों की नगरी, प्रतापगढ़ को राधा नगरी एवं चित्तौड़गढ़ को राजस्थान के गौरव तथा भक्ति व शक्ति के नगर, के उपनामों से भी जाना जाता है।

2.3.2 अध्ययन इकाई का निर्धारण

प्रस्तुत शोध कार्य "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' की **अध्ययन इकाई मनोरोगी है।** मनारोगी मुख्यतः साइकोसिस व न्युरोसिस दो प्रकार के होते हैं। प्रस्तुत शोध हेतु उदयपुर संभाग के मनोरोगियों में से **साइकोसिस मनोरोगियों** को अध्ययन के लिए चुना है क्योंकि साइकोसिस मनोरोगी होने के प्राथमिक कारक सामाजिक कारण होते हैं। इस शोध के अंतर्गत उदयपुर संभाग के साइकोसिस मनोरोगियों का पता (जो तीन वर्षो, सन् 2013, 2014 एवं 2015 में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहे) इस संभाग के निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर राजस्थान के मनोचिकित्सा वार्ड से किया गया है। प्राथमिक तथ्य प्रत्यक्ष रूप से मनोरोगियों एंव उसके परिवार वालों से साक्षात्कार निर्देशिका एवं वैयक्तिक अध्ययन करके संग्रहित किये गए है। इन दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों में, तीनों वर्षो 2013, 2014 एवं 2015 में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहने वाले साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 747 मिली। इन 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 (89 पुरूष रोगी एवं 75 महिला रोगी एवं 42 मेल चाइल्ड रोगी एवं 43 फिमेल चाइल्ड रोगी) मिले और सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 (196 पुरूष रोगी एवं 232 महिला रोगी एवं 33 मेल चाइल्ड रोगी एवं 37 फिमेल चाइल्ड रोगी) साइकोसिस मनोरोगी मिले।

2.4 अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव

2.4.1 शोध अभिकल्प

प्रस्तुत शोध कार्य की प्रकृति अन्वेषणात्मक एवं वर्णनात्मक है। इसमें मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न सामाजिक एवं अन्य कारकों की वास्तविक जानकारी ली गई है। इसके साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव किस प्रकार मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार

लाने में सहयोगी होता है तथा मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना कितना सहयोगी होता है के प्रभाव एवं परिवर्तन को समझाया गया है।

2.4.2 निदर्शन

निदर्शन समग्र का एक छोटा भाग या अंश है। जो कि समग्र का प्रतिनिधि है। शोधार्थी के लिए अपने क्षेत्र विशेष की सम्पूर्ण इकाईयों को शामिल करना संभव नही हो पाता है, अतः शोधकर्ता सम्पूर्ण इकाईयों का अध्ययन न करके उन्हीं इकाईयों का चयन करता है जो सम्पूर्ण क्षेत्र का उचित प्रतिनिधित्व करे। गुडे और हाट[6] के अनुसारः ''एक निदर्शन जैसा कि नाम से ही स्पष्ट होता है, एक विस्तृत समूह का एक लघुत्तर प्रतिनिधि है''। इस शोध अध्ययन के अन्तर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से **उद्देश्यपूर्ण निदर्शन** विधि का प्रयोग करते हुए 20 प्रतिशत मनोरोगियों को अर्थात 150 उत्तरदाताओं को प्रतिनिधि के रुप में चुनकर प्राथमिक तथ्य एकत्र किये गए हैं। इन 150 उत्तरदाता मनोरोगियों मे से 100 उत्तरदाता मनोरोगी सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं 50 उत्तरदाता मनोरोगी निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर से लिए गए है।

S. No	Name of The Medical College	Time Period	Duration Time In Ward	Male Patient	Female Patient	Male Child Patients	Female Child Patients	Total Psychosis Patients	Purposive Sampling 20 %
1	Govt RNT Medical College Udaipur	2013 to 2015	More Than One Week	196	232	33	37	498	**100**
2	Privet Geetanjali Medical College Udaipur	2013 to 2015	More Than One Week	89	75	42	43	249	**50**
Total	02 Medical College	03 years	More Than One Week	285	307	75	80	**747**	**150**

सारणी – 2.4.2.1

समग्र भर्ती साइकोसिस मनोरोगियों का आर. एन. टी. चिकित्सा महाविद्यालय एवं गीतांजलि चिकित्सा महाविधालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती सन् 2013 से 2015 तक के आधार पर वर्गीकरण

इन 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से ही 15 साइकोसिस मनोरोगियों को उनकी सहमति से गहन वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) के लिए चुना है। गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के 50 उत्तरदाता मनोरोगियों में से 05 साइकोसिस मनोरोगियों को वैयक्तिक अध्ययन के लिए चुना गया है। इसी प्रकार सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के 100 उत्तरदाता मनोरोगियों में से 10 साइकोसिस मनोरोगियों को वैयक्तिक अध्ययन के लिए चुना गया है।

सारणी – 2.4.2.2

चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में वर्ष 2013 से 2015 तक, एक सप्ताह से अधिक समय तक, भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों में से उत्तरदाता मनोरोगियों का वर्गीकरण

क्रम संख्या	मेडिकल कॉलेज का नाम	मेडिकल कॉलेज की प्रकृति	वार्ड का नाम	मरीज की वार्ड में भर्ती समय अवधि	वर्ष 2013 से 2015 तक कुल मरीजों की संख्या	समग्र मनोरोगियों का उत्तरदता मनोरोगी 20 प्रतिशत	पुरूष उत्तरदाता मनोरोगी 50%	महिला उत्तरदाता मनोरोगी 50%
01	रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	सरकारी	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	498	100	**50**	**50**
02	गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	249	50	**25**	**25**
योग	कुल चिकित्सा महाविद्यालय 02	सरकारी एवं प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	**747**	**150**	**75**	**75**

इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविधालयों के 150 उत्तरदाता मनोरागियों में से 75 उत्तरदाता पुरूष एवं 75 उत्तरदाता महिला हैं जो कि सभी वर्गो का प्रतिनिधित्व करते है।

मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ का (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) महत्त्वपूर्ण योगदान होता है एवं इनसे जुड़ाव मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बनाता है की जानकारी जुटाने के लिए उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि का प्रयोग करते हुए कुल 150 उत्तरदाता मनोरोगियों का चयन किया गया जो कि सभी वर्गो का प्रतिनिधित्व करते हैं एवं चयनित 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से ही शोधकर्ता द्धारा अपने इस शोधग्रन्थ में 15 मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है।

2.5 उपकल्पनाओं का निर्माण

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के उपचार व सुधार लाने के दृष्टिकोण से निम्न प्राकल्पनाएं लेकर अध्ययन किया गया है।

1. मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।
2. मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है।

3. मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
4. मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

2.6 अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन

2.6.1 तथ्य संकलन के स्त्रोत

शोध कार्य में तथ्यों का संकलन प्राथमिक व द्वितीयक स्त्रोतों पर आधारित है।

प्राथमिक तथ्य प्रत्यक्ष रूप से मनोरोगियों एंव उसके परिवार वालों से वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी), साक्षात्कार निर्देशिका एवं असहभागी अवलोकन के माध्यम से संग्रहित किये गए है तथा कई सूचनाएं व तथ्य, द्वितीयक स्त्रातों से ली गई है जिसमें प्रकाशित व अप्रकाशित लेख, सार्वजनिक प्रलेख आदि हैं।

2.6.2 तथ्य संकलन प्रविधियाँ

शोध कार्य हेतु प्रयुक्त तथ्यों को मनमाने ढंग से एकत्रित न करके विभिन्न विधियों के माध्यम से संकलित किया गया है। इस शोध कार्य में गुणात्मक व गणनात्मक दोनों विधियों से तथ्य लिए गए हैं।

प्रस्तुत शोध कार्य में प्राथमिक तथ्य संकलन के लिए निम्न विधियों का उपयोग किया गया है।

A. प्राथमिक तथ्य संकलन प्रविधि

a. वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) – प्रस्तुत शोध में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी सहमति से सूक्ष्म व गहन वैयक्तिक अध्ययन किया गया है। शोध में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से लाभान्वित उत्तरदाताओं का जन्म से लेकर वर्तमान जीवन तक की सभी घटनाओं, परिस्थितियों एवं सामाजिक, आर्थिक, व्यवसायिक एवं अन्य आवश्यक पृष्ठभूमि की जानकारी ली गई है जिसके कारण उनका व्यक्तित्व प्रभावित हुआ। इस विधि में उनके जीवन इतिहास की जानकारी स्वयं मनोरोगी, उसके परिवार वालों एवं मित्रों से एकत्रित की गई है।

b. साक्षात्कार निर्देशिका – उत्तरदाताओं से सूचना प्राप्त करने के लिए शोधकर्ता द्वारा साक्षात्कार निर्देशिका का प्रयोग किया गया। साक्षात्कार निर्देशिका में मनोरोगी के व्यक्तिगत जीवन, पारिवारिक, सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक आदि विभिन्न चरों से सम्बन्धित प्रश्नों को सम्मिलित किया गया है। साक्षात्कार निर्देशिका के द्वारा उत्तरदाता से व्यक्तिगत सम्पर्क साधते हुए प्रत्येक प्रश्न का उत्तर लिया गया है। तथ्यों के संकलन में साक्षात्कार निर्देशिका में उन सभी चरों एवं कारकों से सम्बन्धित प्रश्न निर्मित किए गए जिनसे मानसिक बीमारी उत्पन्न हुई एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की वास्तविक स्थिति के प्रभाव की सही सूचना प्राप्त की जा सके। साक्षात्कार निर्देशिका में कुल 150 प्रश्नों का समावेश किया गया है एवं उत्तरदाताओं की सहमति से साक्षात्कार किया गया। प्रत्येक उत्तरदाता से प्रश्न पुछने में 3 से 4 घण्टें का समय लगा। शोध कार्य हेतु खुले एवं बन्द दोनों प्रकार के प्रश्नों को सम्मलित किया गया है, साक्षात्कार निर्देशिका में शिक्षित के साथ–साथ अशिक्षित उत्तरदाताओं कि मानसिक स्थिति को भी ध्यान में रखते हुए प्रश्नों को सम्मलित किया गया है, शोधार्थी ने साक्षात्कार निर्देशिका के द्वारा मनोरोगियों व उनके परिवार वालों से अस्पताल में

भर्ती होने के दौरान व गहन अध्ययन के कारण निवास क्षेत्रों में भी जाकर आमने–सामने की स्थिति में उत्तरदाताओं से सूचना को एकत्रित किया है। इस प्रकार मनोरोगियों व उनके परिवार वालों से शोध कार्य हेतु विभिन्न तथ्य एकत्र किये गए।

c. **असहभागी–अवलोकन** – मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों व उनके परिवारजनों पर पड़ने वाले प्रभावों को असहभागी अवलोकन के माध्यम से अवलोकित किया गया। कुछ हद तक इसमें सहभागी अवलोकन का भी प्रयोग हुआ है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के प्रभावों को स्वयं अध्ययनकर्त्ता ने भी महसूस किया है।

B. द्वितीयक तथ्य संकलन प्रविधि

प्राथमिक तथ्यों के साथ साथ द्वितीयक तथ्यों का भी शोध कार्य में महत्वपूर्ण भाग होता है। इसके अन्तर्गत मनोरागियों एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से सम्बन्धित संकलित सभी सूचनाओं को पुस्तकों, शोध पत्रों, विभिन्न प्रकाशित व अप्रकाशित लेखों, विभिन्न पूर्व अध्ययनों, व समाचार पत्रों में प्रकाशित तथ्यों, विभिन्न पुस्तकालयों की जर्नल्स एवं प्रकाशित रिपोर्ट्स तथा इन्टरनेट के माध्यम के द्वारा विषय से संबंधित उपलब्ध वेब पेजों से जानकारी एकत्रित की गई है। इनके साथ–साथ ही दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों में से मनोरोगियों की भर्ती दिनांक से डिस्चार्ज तक सम्पूर्ण आँकड़ें एवं मनोरोगियों के वैयक्तिक इतिहास रिकॉर्ड का संकलन किया गया है। इसके साथ–साथ ही मनोरोगियों व मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की ऐतिहासिक पृष्ठभूमि तथा अवधारणात्मक पहलुओं एवं अन्य सम्बन्धित तथ्यों का संकलन किया गया है।

2.7 तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या

तथ्यों के विश्लेषण एवं व्याख्या के बिना शोध कार्य अपूर्ण एवं अधूरा माना जाता है क्योंकि विश्लेषण शोध का रचनात्मक पक्ष है। अध्ययन क्षेत्र से तथ्यों के संकलन के पश्चात बिखरे हुए तथ्यों का समानता व एकरूपता के आधार पर वर्गीकरण किया गया है ताकि निष्कर्ष में आसानी रहे एवं अधिक निश्चित रूपरेखा प्रदान करने के लिए सारणीयन किया गया है प्राप्त तथ्यों को चित्रों एवं साधारण सारणी के माध्यम से दर्शाया गया है।

2.8 सामान्यीकरण

एक व्यवस्थित शोध के अध्ययन क्षेत्र की दो मुख्य प्रवृत्तियाँ होती हैं, पहले देखना तथा दूसरी गणना और सूचना एकत्र करना, अन्य शब्दों में इन तथ्यों को एकत्र कर व्यवस्थित किया जाता है, ताकि हम उनका अभिप्राय व उनका सामान्यीकरण कर उनके अर्थों को जान सके। इसी परिप्रेक्ष्य में प्रस्तुत शोध में तथ्यों का सामान्यीकरण, उपर्युक्त आधार पर प्राप्त तथ्यों के अनुरुप किया गया है।

2.9 अध्ययन के महत्व का निर्धारण

पिछले चार–पाँच दशकों में स्वास्थ्य पर समाज–विज्ञानों में अनुसंधान की होड़ चल पड़ी है। स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं का समुदायों पर क्या प्रभाव पड़ा है तथा ये पहलू उनकी जीवनशैली को कैसे प्रभावित कर रहे है, इन पर पर्याप्त अनुसंधान हुए है। किन्तु मनोरोगियों के स्वास्थ्य पर अभी भी स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं जैसे विषयक अध्ययनों की मात्रा सीमित है।

मानसिक स्वास्थ्य किसी भी व्यक्ति की वह योग्यता है, जिसके द्वारा वह व्यक्तिगत व सामाजिक संतुलन स्थापित करता है और व्यक्ति जब सामाजिक अस्वास्थता के कारकों (परिवार का बदलता

स्वरूप, बढ़ते तलाक, बेरोजगारी, निर्धनता, मनोरंजन के साधनों की कमी, इत्यादि) के कारण व्यक्तिगत व सामाजिक रूप से सुसंगत संबंधों का निर्माण नहीं कर पाता है तो वह मानसिक रूप से अस्वस्थ्य कहलाता है। मानसिक बीमारियाँ मुख्यतया सामाजिक, सांस्कृतिक कारणों से होती हैं। इसलिए शोधकर्ता ने उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों पर शोध कार्य किया है, जिनके गड़बड़ाने से व्यक्ति में मानसिक विक्षिप्ता उत्पन्न होती है। अगर इस क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का प्रयोग नियोजित ढ़ंग से किया जाये तो इसके महत्त्वपूर्ण परिणाम आ सकते हैं। प्रस्तुत शोध कार्य का महत्त्व इसी तथ्य में निहित है कि इसके अन्तर्गत इस बात का पता लगाया गया है कि (उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में) मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का सीधा आनुपातिक संबंध होता है तथा मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।

शोधकर्ता अपने इस अध्ययन में कुछ महत्त्वपूर्ण बिन्दुओं को जोड़कर अध्ययन करने जा रहा है, जिसके कारण मेरा यह अध्ययन कई दृष्टियों से महत्त्वपूर्ण बन जायेगा, जिन बिन्दुओं पर शोधकर्ता अध्ययन करने जा रहा है, उन पर आज तक इस उदयपुर सम्भाग में किसी समाजशास्त्री द्वारा अध्ययन नहीं किया गया है, जैसा कि :–

1. इस अध्ययन द्वारा यह स्पष्ट हो पायेगा कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की पहुंच उदयपुर सम्भाग में कितनी है।
2. **चिकित्सा विभाग की दृष्टि से** – उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के उपचार में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का क्या प्रभाव पड़ा है तथा कहाँ तक ये पहलू (समाजशास्त्रीय प्रबन्ध) मनोरोगियों व अन्य बीमारियों के प्रबन्ध में सहायक है।
3. **शिक्षा विभाग की दृष्टि से** – अध्ययन के निष्कर्षों के आधार पर मनोरोगियों के उपचार में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं व समाजशास्त्र की भूमिका के बारे में पुनर्विचार करने एवं उदयपुर संभाग के साथ–साथ सम्पूर्ण राजस्थान व देश में अधिक उपयोगी बनाने की दिशा में मार्गदर्शन मिल पायेगा।
4. **सरकार की दृष्टि से** – उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के हितों को ध्यान में रखकर बनाई जाने वाली स्वास्थ्य योजनाओं व मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू कितने कारगर साबित हो पा रहे है, इसकी तस्वीर स्पष्ट हो जायेगी।
5. अध्ययन के बाद यह पता चल पायेगा कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के सम्पर्क में आने के बाद मनोरोगियों की संख्या में कितनी कमी हुई है।
6. इस अध्ययन के द्वारा मनोरोगियों के बारे में सम्पूर्ण जानकारी मिल पायेगी कि व्यक्ति मनोरोगी कैसे बनता है? उसका कैसा व्यवहार होता है? इसके साथ ही मनोरोगों के प्रकार, कारण, लक्षण, चिन्ह, उपचार व इनको कैसे रोका जा सकता है तथा मनोरोगियों के उपचार में सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक वातावरण, सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक पुनर्वास व समाजशास्त्र की क्या भूमिका है?
7. इस अध्ययन के द्वारा यह पता चल पायेगा कि पूर्ण स्वास्थ्य व मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए सामाजिक रूप से स्वस्थ होना कितना जरूरी है?
8. इस अध्ययन के द्वारा यह पता चल पायेगा कि यह शोध समाज व देश के सभी व्यक्तियों, समाजशास्त्रियों, विशेषतया चिकित्सा समाजशास्त्रियों के लिए कितना उपयोगी है।

2.10 जाँच एवं पुनःपरीक्षण

प्रस्तुत शोध कार्य में प्राप्त निष्कर्षो से सत्यापन की जाँच हेतु उनकी पुनः परीक्षा की गई है, ताकि सार्वभौमिक एवं सही तथ्य प्राप्त हो सके।

2.11 भविष्यवाणी करना

पूर्ण रुप से परिष्कृत तथ्यों के निष्कर्षो के आधार पर प्रस्तुत शोध में भविष्य की घटनाओं का पूर्वानुमान लगाया गया है, जो सिद्धांतों के निर्माण में उपयोगी है।

इस प्रकार प्रस्तुत शोध कार्य में अध्ययन वस्तु में उल्लेखित वैज्ञानिक पद्वतियों का कार्यरुप प्रदान किया गया है, जिससे प्रस्तुत शोध में वैज्ञानिक आधार पर निष्कर्ष प्राप्त किए जा सके। क्योंकि सही ज्ञान के संचय का आधार ही वैज्ञानिक पद्वति है।

कार्ल पियर्सन[7] ने भी लिखा है कि ''सत्य के लिए लघु (संक्षिप्त) मार्ग नहीं है, विश्व का ज्ञान प्राप्त करने के लिए वैज्ञानिक पद्वति के द्वार से गुजरने के अतिरिक्त ओर कोई मार्ग नहीं है।''

2.12 विषय पर किये गए कार्यों की समीक्षा

(Review of Literature)

दिनोंदिन बढ़ते भौतिकवादी दृष्टिकोण के कारण मनुष्य का मन अनेक प्रकार की चिन्ताओं, आशंकाओं और तनावों से आक्रान्त रहता है। दिन–प्रतिदिन के इस संघर्ष ने मानसिक अस्वस्थता को जन्म दिया है। चिकित्सा सुविधाओं की सहज प्राप्ति के कारण शारीरिक स्वास्थ्य तो प्राप्त किया जा सकता है। किन्तु मन का स्वास्थ्य दिनोंदिन दुर्लभ होता जा रहा है। क्योंकि मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती हैं। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती हैं और कुछ पूरी नहीं हो पाती। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हों। अपूर्ण आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है, जिससे तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव व्यक्ति में मानसिक रोग उत्पन्न कर देता है। इसलिए मनोरोगों को कम करने एवं मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में उसके आसपास का वातावरण (सामाजिक वातावरण) का मुख्य योगदान होता है।

इमाइल दुर्खीम[8] (1897) की महत्त्वपूर्ण तृतीय कृति फ्रान्सिसी भाषा में **"ले सुसाइड"** अर्थात् 'आत्महत्या' प्रकाशित हुई। इस पुस्तक का मुख्य उद्देश्य उन सामाजिक प्रक्रियाओं व कारकों का विश्लेषण करना है। जिनके कारण आत्महत्याएं होती हैं। इस कृति में आत्महत्या से संबंधित अनेक तथ्यों को एकत्र किया गया है और उनके आधार पर यह निष्कर्ष निकाला गया है कि आत्महत्या तब की जाती है, जब व्यक्ति का सामाजिक जीवन विघटित हो जाता है और इस विघटन का कारण भी सामाजिक प्रभाव ही होते हैं और इस विघटन से व्यक्ति में तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव, मानसिक विक्षिप्ता या आत्महत्या जैसी मनोरोग आपातस्थिति का कारण बन जाता है। इस प्रकार दुर्खीम प्रत्येक सामाजिक घटना का प्रधान कारण समाज या समूह को मानते थे। सन् 1930 के बाद शोधकर्ताओं के द्वारा भी मानसिक अस्वास्थ्य के कारणों में सामाजिक वातावरण के प्रभाव की अवधारणा को मुख्य माना है। इसमें उन्होंने सामाजिक वर्ग एवं सामाजिक गतिशीलता को मुख्य माना है।

केलॉग थियोडोर एच[9] (1897) का कथन है कि मनोचिकित्सकों और समाजशास्त्रियों के बीच घनिष्ठ सहयोग की आवश्यकता है, क्योंकि मानसिक व सामाजिक विकार एक ही शर्त के दो पहलू है। घरेलू अपसमायोजन, आवारगी, नशाखोरी, बेरोजगारी, सेक्स अनैतिकता, इत्यादि व्यक्ति में तनाव उत्पन्न करते हैं और यह तनाव व्यक्ति में आपराधिक प्रवृत्ति व मानसिक विक्षिप्ता को बढ़ावा देता है।

इसी प्रकार **क्लिफोर्ड डब्ल्यू. वीयर्स**[10] **(1908)** ने अपनी पुस्तक **" ए माइण्ड दैट फाउन्ड इटसेल्फ"** में अपने स्वयं के सिजोफ्रेनिया मानसिक रोग का वर्णन किया है और उन दुर्व्यवहारों का चित्र खींचा है, जो कि उसे तीन विभिन्न संस्थाओं में सहन करने पड़े थे। इन्होंने बताया कि विखण्डित परिवारों, कच्ची बस्तियों में निवास करने वाले व्यक्तियों में सिजोफ्रेनिया मनोरोग की उपस्थिति अधिक देखी जाती है। इसके साथ ही कम बुद्धि स्तर व शिजोयड व्यक्तित्व वाले व्यक्तियों में भी इस रोग की सम्भावना अधिक होती है। इस पुस्तक के छपने के एक वर्ष बाद सन् 1909 में सिगमण्ड फ्रायड के शिष्य युंग (C.G. Jung) ने मनोविश्लेषण का संदेश अमेरीका में पहुँचाया, तब से ही मानसिक आरोग्य की दिशा में सभी प्रगतिशील देशों में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक, मानसिक व शारीरिक (जैविक) कारकों पर दिन–प्रतिदिन नये–नये अनुसंधान किये जा रहे हैं और उनके नये–नये उपचार निकाले जा रहे हैं। मानसिक रोगों का इतिहास उतना ही पुराना है, जितना कि मानव जीवन, परन्तु वैज्ञानिक स्तर पर मानसिक रोगों के विश्लेषण और उपचार का प्रयास कुछ ही शताब्दी पूर्व शुरू हुआ। स्वतंत्रता प्राप्ति से पहले मनोरोगियों को भूत–प्रेत का शिकार या पापी लोग माना जाता था।

इसी प्रकार **कूले**[11] **(1909)** ने अपने अध्ययन **"ए स्टडी ऑफ दी लार्जर माइण्ड"** में पाया कि प्राथमिक समूह वाले लोगों की अपेक्षा द्वितीयक समूह वाले लोगों में मानसिक असामान्यताएँ अधिक पाई गई, क्योंकि द्वितीयक समूह के लोगों में व्यक्तिगत जान–पहचान, घनिष्ठता, सहयोग, स्थायीपन, इत्यादि का अभाव पाया गया, जबकि ये भी विशेषताएँ प्राथमिक समूह के व्यक्तियों में पाई गई, जिसके कारण प्राथमिक समूह के सदस्य अपनी समस्याएं एक–दूसरे के साथ बांटते हैं और अपना तनाव कम करते हैं, जिससे उनका मन स्वस्थ रहता है।

इसी प्रकार संथाल जनजाति के मानसिक स्वास्थ्य के पहलुओं पर **फादर बोडिंग**[12] **(1925)** ने अपने अध्ययन **"दी सन्थाल एण्ड डिजीज"** में करते हुए उनमें रोग की उत्पत्ति होने, उनके कारण व रोग के संदर्भ में अन्धविश्वास आदि का वर्णन अपने आनुभविक अध्ययन में करते हुए परम्परागत चिकित्सकों एवं ओझाओं के बारे में बताया है तथा रोगी का व्यवहार किस प्रकार का होता है, आदि की विवेचना की है। उन्होंने रोग के निदान के लिए प्रयोग किये जाने वाले परम्परागत मंत्र एवं औषधियों को तैयार करने तथा उन्हें उपयोग में लाने की पद्धतियों का विश्लेषण किया है। यह अध्ययन आदिवासी चिकित्सा व्यवस्था एवं परम्परागत चिकित्सकों की प्रणालियों को समझने में अत्यन्त ही उपयोगी है।

इसी प्रकार **कटस** और **मोसले**[13] **(1941)** ने मानसिक स्वास्थ्य को परिभाषित करते हुए बताया है कि मानसिक स्वास्थ्य जीवन का एक ऐसा तरीका है, जिसमें व्यक्ति का परिवेश से भली प्रकार समंजन बना रहता है। उनके अनुसार मानसिक स्वास्थ्य वह योग्यता है, जिससे हम जीवन की कठिन परिस्थितियों से अपना सामंजस्य स्थापित करते हैं और मानसिक आरोग्य वह साधन है, जो इस सामंजस्य को सम्भव बनाता है। इस परिभाषा से मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक आरोग्य का संबंध व अन्तर भी मालुम पड़ता है। मानसिक आरोग्य मानसिक स्वास्थ्य का साधन है। दूसरे शब्दों में मानसिक आरोग्य वह विज्ञान है, जो कि मानसिक स्वास्थ्य प्राप्त करने, बनाये रखने तथा मानसिक अस्वस्थता दूर करने के नियमों और साधनों का अध्ययन करता है। मानसिक स्वास्थ्य साध्य है और मानसिक आरोग्य साधन है।

पी.बी. ल्यूकन[14] **(1949)** ने अपनी पुस्तक **"मेन्टल हाइजिन इन पब्लिक हैल्थ"** में लिखा है कि मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति वह है जो स्वयं सुखी है। अपने पड़ोसियों के साथ शांतिपूर्वक रहता है। अपने बच्चों को स्वस्थ नागरिक बनाता है और इन आधारभूत कर्तव्यों को करने के बाद भी जिसमें इतनी शक्ति बच जाती है कि वह समाज के हित के लिए भी कुछ कर सके। मानसिक रूप से स्वस्थ रहने पर व्यक्ति अपने परिवेश से भली प्रकार समंजन कर पाता है और अपनी और अपने परिवार को तथा अपने समाज की उन्नति के लिए कोशिश करता है।

इसी प्रकार **सेमुअल स्टॉउफर**[15] **(1949)** ने **"दी अमेरिकन सोल्जर स्टडीज इन सोश्यिल साइकोलोजी"** में द्वितीय विश्वयुद्ध के दौरान अमरीकी सैनिकों का आनुभविक अध्ययन करने पर पाया कि सभी सैनिक शारीरिक रूप से युद्ध के दौरान तन्दुरूस्त थे, लेकिन उनमें 7 प्रतिशत अमरीकी सैनिक मानसिक रूप से अस्वस्थ थे। जो कई सामाजिक कारणों से ग्रस्त थे, तब अमरीका सरकार ने उन 7 प्रतिशत सामाजिक रूप से अस्वस्थ सैनिकों के इलाज में मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों तथा समाजशास्त्रियों का सहयोग लिया।

फ्रेक[16] **(1961)** ने जनजातिय समुदायों में स्वास्थ्य के पहलुओं पर अपने आनुभविक अध्ययन **"पर्स्यूशन एण्ड डिज़ीज"** में रोग को निराशा, चिन्ता, कुण्ठा आदि मनोवैज्ञानिक कारणों से संबंधित माना है। उनके मत में मनोवैज्ञानिक अभिवृत्तियों एवं संवेगों का प्रभाव व्यक्ति के शारीरिक एवं मानसिक अवस्थाओं पर नकारात्मक रूप से पड़ता है। यही कारण है कि जनजातिय समुदायों में उपचार विधियाँ भी मनोविश्लेषणात्मक होनी चाहिए। यह अध्ययन फिलिपाईन्स के 'सूबानून' जनजातिय समुदाय पर सम्पन्न किया गया है। अध्ययन का निष्कर्ष प्रतिपादित करते हुए फ्रेंक का मानना है कि जनजातिय समूह में रोग और उपचार सम्पूर्ण संस्कृति का अंग है और लोवी के अनुसार सम्पूर्ण सामाजिक परम्परा को संस्कृति कहा गया है। रोगों के उपचार की प्रक्रिया में रोग संबंधी वर्गीकरण का भी महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।

इसी प्रकार **टर्नर**[17] **(1963)** ने लुण्डा जनजाति के स्वास्थ्य के पहलुओं पर आनुभविक अध्ययन **"लुण्डा मेडिसिन एण्ड ट्रीटमेन्ट ऑफ डिज़ीज"** में जनजातिय समुदायों में रोग को एक दुर्भाग्यपूर्ण प्रघटना मानते हैं और मनोरोगियों को तो भूत–प्रेत या दैवीय शक्ति का शिकार माना जाता है। इन जनजातिय समूहों में यह सामान्य धारणा प्रचलित है कि परम्परागत मान्यताओं एवं प्रथानुगत संस्कारों के प्रतिरोध के परिणाम स्वरूप भिन्न–भिन्न तरह के मानसिक रोग उत्पन्न होते हैं।

मैकलिन[18] **(1965)** ने अपना आनुभविक अध्ययन नाइजीरिया के जनजातिय समुदायों में किया है। उन्होंने इन समुदायों में परम्परागत दवाओं, परम्परागत चिकित्सकों और आदिवासी समाज में इनके प्रति विश्वास का अध्ययन किया है। उन्होंने लिखा है कि पीढ़ी दर पीढ़ी चली आ रही दवाओं की उपयोगिता के आधार पर आदिवासी अपने मानसिक रोगों का उपचार करते हैं। परम्परागत चिकित्सा के प्रति उनका विश्वास अटूट है। जड़ीबूटियों, झाड़–फूक, पूजा–पाठ, भोपा, आदि के माध्यम से वे विभिन्न शारीरिक व मानसिक बीमारियों के उपचार का प्रयास करते हैं।

जनजातिय समुदायों के स्वास्थ्य के पहलुओं पर हुए महत्त्वपूर्ण आनुभविक अध्ययनों में **कनेडा**[19] **(1968)** का अध्ययन एक महत्त्वपूर्ण अध्ययन है। उन्होंने अपना अध्ययन जनजातिय समुदायों में चिकित्सा की लोक एवं परम्परागत विधियों पर केन्द्रित किया। इस अध्ययन के अंतर्गत लोक चिकित्सक के व्यक्तित्व, उसके ज्ञान, विश्वास और व्यवहार प्रतिमानों का विश्लेषण करते हुए उनका सांस्कृतिक, सामाजिक परिवेश से संबंध विश्लेषित किया है।

बोस[20] **(1969)** का कथन है कि किसी समाज के विकास में आर्थिक स्थिति का विशेष महत्त्व है और इस महत्त्व को स्वास्थ्य के व्यावसायिक आयाम से प्राप्त किया जाता है। विभिन्न मानवशास्त्रियों, समाजशास्त्रियों, मनोविश्लेषकों एवं मनोरोगविशेषज्ञों ने मनोरोगियों के समाज, संस्कृति व मनोरोग चिकित्सा पद्धति का अध्ययन किया है। भिन्न–भिन्न देशों में रहने वाले मनोरोगियों के अध्ययन के लिए मनोविश्लेषण एवं मनोसांस्कृतिक प्रविधियों के माध्यम से प्रचलित चिकित्सा परम्पराओं का विश्लेषण पश्चिमी विचारकों ने किया है। इनका प्रमुख दृष्टिकोण यह रहा है कि मनोरोगियों में प्रचलित चिकित्सा पद्धति उनके सामान्य जीवन मूल्य अथवा सामाजिक–सांस्कृतिक आयाम का एक पक्ष है। मनोरोग चिकित्सा पद्धति का उनकी संस्कृति, सामाजिक संबंधों व मनोस्वास्थ्य से प्रकार्यात्मक संबंध स्थापित किया गया है। सामान्यतया प्राचीनकाल में मनोरोग चिकित्सा के अन्तर्गत परम्परागत मान्यताओं पर

आधारित झाड़–फूक एवं अप्राकृतिक शक्तियों पर आधारित विश्वासों के माध्यम से पूजा–पाठ और प्रेतात्माओं के वैचारिकी में विकसित जादू–टोने की उपचार प्रविधियाँ उपयोग में लाई जाती हैं।

आदिवासी समुदायों के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पक्षों पर हुए अध्ययनों में **रिजमान**[21] **(1974)** का अध्ययन भी गहरी जड़े रखता है। उन्होंने आदिवासी क्षेत्रों में मानसिक स्वास्थ्य के निम्न चार मुख्य कारकों का वर्णन किया है, जिनके कारण इन्हें सही मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध नहीं हो पाती हैः–

1. निर्धनता, शैक्षणिक व सांस्कृतिक पृष्ठभूमि।
2. धार्मिक अन्धविश्वास।
3. परिवार का बदलता स्वरूप व बढ़ते तलाक।
4. चिकित्सक तथा रोगी के मध्य स्थापित असमान्य व्यवहार प्रतिमान, चिकित्सकीय समस्याओं एवं संस्कृतियों के अन्तर्गत की गई है।

मित्तल[22] **(1977)** के द्वारा बिहार के संथाल आदिवासियों की कार्यगत दशाओं के संदर्भ में स्वास्थ्य परिस्थितियों का विश्लेषण अपने अध्ययन **"मॉडर्न मेडिसिन एण्ड सोसायटी अमंग दा संथाल"** में किया है। इनके मतानुसार संथाल चिकित्सक ओझा के नाम से जाना जाता है, जिसे चितरंजन क्षेत्र में 'कामरू' कहते हैं। उनका कार्य दवा देना तथा तथाकथित दैवीय शक्तियों के माध्यम से रोग का उपचार करना है। उनका मानना है कि संथाल आदिवासी रोगों के प्राकृतिक स्त्रोतों, मानवीय संवाहक और दैवीय कारण को प्रधानता मानते है। दैवीय कारणों को वे अत्यधिक प्रभावी मानते हैं। अतः पूजा–पाठ बलि चढ़ाना उनके दैनिक जीवन का एक अंग बन गया है। उनके अध्ययन का महत्त्वपूर्ण निष्कर्ष है कि ओझा रोग के कारणों को जान सकता है और उनका निदान भी कर सकता है। मंत्रों के माध्यम से ओझा, व्यक्ति विशेष के शरीर से बुरी आत्माओं को निकालने का प्रयास करता है। उनमें यह भी विश्वास प्रचलित है कि यदि किसी संथाल को आधुनिक चिकित्सक देखता है तो उसकी मृत्यु अवश्य हो जायेगी।

इसी प्रकार **मीनोचा**[23] **(1980)** के द्वारा भारत देश में स्वास्थ्य और चिकित्सकीय बहुलतावाद के विभिन्न संदर्भों की विवेचना अपने अध्ययन **"इण्डियन मेडिकल प्लूरेलिज्म एण्ड हेल्थ सर्विसेज इन इण्डिया"** में प्रस्तुत की गई है। इस अध्ययन में स्वास्थ्य एवं चिकित्सकीय बहुलतावाद का विश्लेषण करते हुए उनका मानना है कि विकसित एवं विकासशील देशों में स्वास्थ्य सेवाओं के असमान वितरण और उसके पड़ने वाले प्रभावों की तुलनात्मक विवेचना की है तथा स्वास्थ्य सेवाओं के लिए अलग आर्थिक, राजनैतिक व चिकित्सकीय दिशा निर्धारण पर बल दिया है। साथ ही मीनोचा ने अपने अध्ययन में भारतीय समाज में आधुनिक निदान औषधियों की अपेक्षा परम्परागत औषधियों के उपयोग किये जाने की स्थितियों का भी विश्लेषण किया है।

कैरोल[24] **(1981)** ने अपना आनुभविक अध्ययन केलिफोर्निया के एकल परिवारों में किया और अपने इस आनुभविक अध्ययन **"परिवार, भूमिका और अवसाद में सेक्स मतभेद"** के द्वारा सामाजिक असमानता, मानसिक विक्षिप्ता को उत्पन्न करती है, के बारे में बताया है। इनके मतानुसार अकेले रहने वाले व्यक्ति में, एकल परिवारों में अवसाद अत्यधिक पाया जाता है और अवसाद बढ़ने की सम्भावना किशोरावस्था से वृद्धावस्था तक अत्यधिक होती है। उनके इस शोध के अनुसार सामाजिक, आर्थिक, स्तरीकरण और जातिय अलगाव अवसाद को उत्पन्न करने का मुख्य कारण है।

ब्लुम[25] **(1986)** के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य पर संसार के विभिन्न समाजशास्त्रियों के द्वारा काम किया गया है। लेकिन एक संस्थागत विशेषता के रूप में चिकित्सा समाजशास्त्र ने 1950 और 1960 के दशक में एक मजबूत शैक्षणिक बुनियादी ढ़ाँचे का विकास किया गया है। सन् 1950 से 1960 के दशक

में सबसे पहले चिकित्सा समाजशास्त्र ने मानसिक स्वास्थ्य पर ध्यान केन्द्रित किया है। ब्लुम के अनुसार चिकित्सा समाजशास्त्र ने सबसे पहले विकलांग व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य के सभी पहलुओं पर ध्यान दिया है।

इसी प्रकार **डायस**[26] **(1989)** ने बिहार की सिंह भूमि की खदानों और उद्योगों में काम करने वाले व्यक्तियों में मनोरोगों की उत्पत्ति, निदान तथा जड़ीबूटियों, झाड़–फूक एवं ओझाओं के द्वारा मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्तियों के इलाज के संदर्भ की अज्ञानता का उल्लेख मिलता है।

बनर्जी[27] **(1989)** के द्वारा भारत में चिकित्सा व्यवसाय की विभिन्न कमियों से संचयी प्रभाव का वर्णन करते हुए यह स्पष्ट किया गया है कि चिकित्सा में व्यवसायी प्रवृत्ति के कारण अवनति हुई है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर कार्य करने वाले अधिकारियों द्वारा अपने कार्य की उपेक्षा के फलस्वरूप व्यक्तियों के स्वास्थ्य में गिरावट आई है और मानसिक अस्वास्थ्य में वृद्धि हुई है। इसका मूल कारण चिकित्सा शिक्षा का गिरता हुआ स्तर और निदानात्मक सामाजिक चिकित्सा की निम्न स्थिति है।

डब्ल्यु एच ओ[28] **(1986)** ने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए **''ओटावा चार्टर''** विकसित किया। इस चार्टर के अनुसार जहाँ लोग रहते है, काम करते है, खेलते है, वहाँ शारीरिक व सामाजिक वातावरण को स्वस्थ बनाया जाता है। ओटावा चार्टर के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य में कार्यवाही के लिए पाँच क्षेत्र होते है, जो इस प्रकार हैः–

- स्वास्थ्य सार्वजनिक नीति का गठन,
- सहायक वातावरण,
- सामुदायिक कार्यवाही को मजबूत बनाना,
- व्यक्तिगत कौशल का विकास,
- स्वास्थ्य सेवाओं की नई दिशा।

इसी प्रकार **हिलेल**[29] **(1994)** ने अपने आनुभविक अध्ययन **"ला डिप्रेशन चीज इन हाइटन मेडिसिन डु क्यूबेक"** में अवसाद के प्रधान कारणों, दैनिक जीवन में कामकाज की विसंगता, शैक्षणिक मिसअण्डरस्टेण्डिंग, भेदभाव और हिंसा युक्त वातावरण, सामाजिक संबंधों का खण्डन, आर्थिक संसाधनों की कमी इत्यादि को बताया है और निष्कर्ष में कहा है कि मनोरंजनात्मक वातावरण व सामाजिक संबंधों के समायोजन, आर्थिक संसाधनों (काम, शिक्षा, आवास, पैसा) की पूर्ति के द्वारा अवसाद को कम किया जाता है, जो एण्टीडिप्रेसेन्ट मेडिकेशन के समान ही अपना योगदान देते हैं।

रूटेर और **प्लोमिन**[30] **(1997)** के द्वारा लिखित अपनी पुस्तक **"सोशियोलॉजी ऑफ वोल्यूम हेल्थ एण्ड इलनेस"** के माध्यम से समझाया है कि मानसिक स्वास्थ्य के विकारों को समझने के लिए सबसे पहले सामाजिक प्रक्रियाओं, अवधारणाओं, मानसिक विकास की गठन की सीमाओं, मानसिक विकार के सामाजिक कारणों को जानना होगा, क्योंकि मानसिक विकार हमेशा आनुवांशकी और पर्यावरण के उत्पाद है, इसलिए मानसिक स्वास्थ्य की प्राप्ति के लिए मानसिक चिकित्सा समाजशास्त्र पर पुनर्विचार की जरूरत है।

इसी प्रकार **मोसर**[31] **(2001)** ने बताया है कि **"मानसिक स्वास्थ्य और बीमारी में असमानता"** पर एक लम्बे समय से समाजशास्त्रियों, जानपदिक रोग विशेषज्ञों के द्वारा मुद्दा उठाया गया है और उन्होंने बताया है कि सामाजिक कारकों के कारण ही मानसिक विकार उत्पन्न होते हैं। ये विकार अमीर लोगों की अपेक्षा गरीब लोगों में अधिक देखने को मिलते हैं और इस संदेश का संदर्भ दुर्खीम (1897) के सामाजिकीय कारणों को जाता है, जो प्रत्येक सामाजिक घटना के लिए समाज या समूह को उत्तरदायी मानते थे।

इसी प्रकार **पी.एच.ए.सी.**[32] **(2002)** कनाड़ा रिपोर्ट के द्वारा बताया गया है कि मानसिक स्वास्थ्य के निर्धारकों में सामाजिक वातावरण, सामाजिक प्रस्थिति, सामाजिक सहायता, भौतिक वातावरण, शारीरिक स्वास्थ्य, आय, शिक्षा, रोजगार, काम की परिस्थितियाँ, स्वस्थ बच्चे का विकास, स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता को रखा गया है। पी.एच.ए.सी. ने इन निर्धारकों को मानसिक स्वास्थ्य के लिए निम्नलिखित तीन विषयों में बांटा है:–

1. सामाजिक समावेश (सहायक रिश्ते, समुदाय में भागीदारी और नागरिकों की समूह गतिविधि)।
2. भेदभाव और हिंसा से मुक्ति (विविधता मूल्य, शारीरिक सुरक्षा, आत्म निर्णय और जीवन के नियंत्रण)।
3. आर्थिक संसाधनों की पूर्ति (काम, शिक्षा, आवास, पैसा) – विक्टोरियन डी.एच.एस. – 2006

डिकरसन[33] **(2002)** के अनुसार अपने आनुभविक अध्ययन **"मानसिक बीमारी एक कलंक : मनोरोग पुनर्वास के लिए बाधा"** के द्वारा यह बताया कि न्यूजीलेण्ड के 21 प्रतिशत परिवारों में मानसिक बीमारी को एक सामाजिक कलंक माना गया है और उन मानसिक विक्षिप्त व्यक्तियों को परिवार व समाज के व्यक्तियों के द्वारा शर्मिन्दगी से देखा जाता है तथा 7 प्रतिशत परिवारों में तो उन मानसिक व्यक्तियों को घर के अन्दर प्रवेश भी नहीं दिया जाता है।

ऐन्गरमेयर[34] **(2003)** ने अपने आनुभविक अध्ययन **"सोजन्य कलंक : एक प्रकार का पागलपन : रोगियों के रिश्तेदारों के एक फोकस समूह का अध्ययन"** में पाया कि मानसिक विक्षिप्त व्यक्तियों को एक कलंक न मानकर शारीरिक रोगों के समान ही पीड़ित माना गया और उनको केयर प्रदान की तो देखा कि 61 प्रतिशत मानसिक विक्षिप्त व्यक्ति जल्दी से ठीक हो गए। यह ठीक होने की प्रक्रिया विक्षिप्त व्यक्तियों के परिवार व रिश्तेदारों की देखभाल का योगदान था। यह प्रक्रिया स्कूल स्तर, पेशेवरों, वकीलों और न्यायाधीशों के द्वारा शिक्षा, प्रशिक्षण व देखभाल की गुणवत्ता में सुधार व सामाजिक संबंधों के समायोजन के आधार पर निर्धारित की गई थी।

इसी प्रकार **ऐक्टा भुग्रा**[35] **(2003)** ने अपने आनुभविक अध्ययन **''माइग्रेशन एण्ड डिप्रेशन''** मे बताया है कि व्यक्ति आर्थिक, सामाजिक, राजनीतिक, चिकित्सकीय व मनोरंजन कारकों के कारण प्रवास करता है। यह माइग्रेशन अन्तर्राज्यीय व अन्तर्राष्ट्रीय प्रकार का भी हो सकता है, जब व्यक्ति एक राज्य को छोड़कर दूसरे राज्य में या एक देश को छोड़कर दूसरे देश में जाता है तो प्रारम्भ में वह अत्यधिक सामाजिक, सांस्कृतिक, खानपान व भाषाई संबंधी समस्याओं से जुझता है व तनाव में आता है और यह तनाव व्यक्ति में अवसाद की सम्भावना पैदा करता है। इन्होंने अपने निष्कर्ष में बताया है कि कामेच्छा की कमी से, सामाजिक व पर्यावरणीय परिवर्तन से व्यक्ति में अवसाद, उन्माद, आत्महत्या व अपराध जैसी मनोरोग आपातस्थितियाँ देखने को मिलती हैं।

मेल्टजर[36] **(2004)** का कथन है कि कम शिक्षित बेरोजगार गरीब या आर्थिक रूप से निष्क्रय व्यक्तियों में मनोविकृत्तियाँ अधिक पाई जाती हैं। इन्होंने अपने निष्कर्ष में बताया है कि – दो या दो से अधिक शारीरिक बीमारी होने पर मानसिक बीमारी का उत्पन्न होना।

1- महिलाओं में पुरूषों की अपेक्षा मानसिक बीमारी अधिक।
2- तलाकशुदा, विधवा या अकेले व्यक्ति में अवसाद की दर का अत्यधिक होना।
3- 64 से 80 वर्ष के लोगों में पागलपन अत्यधिक।

एन्ड्रयू, बेवस्टर एवं **हिल**[37] **(2005)** के द्वारा भी संयुक्त राज्य अमेरीका में विकलांगता से ग्रस्त व्यक्तियों में बढ़ती हुई मानसिक विक्षिप्ता का अध्ययन किया गया है। इन्होंने अपने इस अध्ययन के द्वारा बताया है कि बेरोजगार विकलांग व्यक्तियों के स्वास्थ्य के सम्पूर्ण आयामों को प्राप्त करना बहुत ही कठिन कार्य है।

इसी प्रकार **हॉगवूड**[38] **(2005)** ने अपने आनुभविक अध्ययन **''फैमिली वेसड सर्विस इन चिल्ड्रनस मेन्टल हेल्थ''** में आस्ट्रेलिया के 279 परिवारों के बच्चों पर मानसिक स्वास्थ्य का अध्ययन किया तो पाया कि जो बच्चे अपने परिवार के साथ अधिक समय बिताते हैं, उनमें पागलपन या मानसिक विक्षिप्ता कम संख्या में पायी जाती है। लेकिन जो बच्चे अपने माता–पिता, परिवार, रिश्तेदारों व मित्रों से दूर रहते हैं, उनमें मानसिक विक्षिप्ता होने की दर 21 प्रतिशत बढ़ जाती है।

रोजर्स[39] **(2005)** ने अपने आनुभविक अध्ययन **"पुलिस में मनोरोग"** के द्वारा बताया कि मानसिक स्वास्थ्य को सबसे अधिक सामाजिक वातावरण प्रभावित करता है। इन्होंने अपना ज्यादातर अध्ययन प्राथमिक स्वास्थ्य, देखभाल और मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर किया है और इस समय रोजर्स राष्ट्रीय प्राइमरी केयर अनुसंधान और प्राइमरी केयर डिविजन एवं पुरानी बीमारियों के प्रबन्ध पर अनुसंधान के एक कार्यक्रम की मैनचेस्टर विश्वविद्यालय में निर्देशक एवं प्रोफेसर है।

इसी प्रकार **गोल्डनी, फिशर** व **टेलर**[40] **(2005)** का कथन है कि मानसिक विकार सामान्य से लेकर जटिल प्रकार के होते हैं। मानसिक विकार के प्रमुख कारणों में जैविक मनोवैज्ञानिक व सामाजिक कारणों का संयोजन है। लेकिन Buargat November - 2004 एवं May - 2007 के अनुसार सामाजिक कारक जैसे गरीबी, अशिक्षा, बेरोजगारी, इत्यादि मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं और लगभग सभी लोगों में एक–चौथाई मानसिक विकार सामाजिक कारणों से होते हैं और निष्कर्ष में इन सभी का कहना है कि बीमारी, गरीबी, बेरोजगारी व अशिक्षा से ग्रसित व्यक्तियों में अवसाद की उच्च दर पाई जाती है।

रामनाथ शर्मा[41] **(2006)** के अनुसार 150 वर्ष पूर्व अमेरीका में पागल लोगों को पापी और शैतान समझा जाता था और उनको पीटकर जंजीरों से बाँधकर अन्धेरी कोठरियों में डाल दिया जाता था। उनके इलाज का कोई इंतजाम नहीं था। यूरोप व एशिया के देशों में भी यही हाल था, परन्तु धीरे–धीरे इस अमानविक रिवाज के विरूद्ध आवाजें उठायी जाने लगी। सन् 1841 से 1881 तक 40 वर्ष पागलों के इलाज के लिए आंदोलन करके डोरोथी डिक्स (Dorothydix) ने अमेरीका, इंग्लैण्ड और यूरोप में पागलों के प्रति सहानुभूति पैदा की। इस आंदोलन में कम से कम 32 मानसिक अस्पताल स्थापित किये गए, परन्तु डिक्स का आंदोलन उन लोगों के लिए था, जो पागल हो चुके थे। लेकिन डिक्स के इस आंदोलन के कारण सभी मानसिक विक्षिप्त व्यक्तियों को एक सामाजिक कलंकी न मानकर उनका इलाज किया गया और सभी को सामाजिक पुनर्वास प्रदान किया गया था।

हॉरविटज और **वाकफिल्ड**[42] **(2007)** के अनुसार मनोरोगियों के निदान में मनोचिकित्सक तथा मनोविशेषज्ञों की भूमिका के समान ही समाजशास्त्रियों की भी भूमिका होती है, क्योंकि समाजशास्त्री ही अवसाद, उन्माद, सिजोफ्रेनिया इत्यादि मानसिक बीमारियों के पीछे छिपे सामाजिक, सांस्कृतिक कारणों को ठीक तरह से जान पाते हैं और मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने व मानसिक बीमारियों के निदान में अपनी महत्त्वपूर्ण भूमिका अदा करते हैं। इनके साथ ही मेकनली व रिचार्ड जे. मनोचिकित्सकों का मानना है कि मनोचिकित्सक व मनोविशेषज्ञ, मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराते हैं, जबकि समाजशास्त्री उपलब्ध स्त्रोतों से मानसिक बीमारी के बारे में उपस्थित गलत धारणाओं को लोगों के मन से हटाने के साथ–साथ ही मनोरोगी का सामाजिक पुनर्वास करते हैं। एलन हारविटज ए. और जिरोम वाकफिल्ड दोनों (समाजशास्त्री एवं मनोविशेषज्ञ) ने अवसाद, उन्माद, सिजोफ्रेनिया चोट के बाद तनाव जैसी असामान्यताओं, बहुव्यक्तित्व तथा मनोविच्छेदन असामान्यताओं का गहन अध्ययन किया है।

उक्त समस्त आनुभविक अध्ययनों के विश्लेषण से यह स्पष्ट होता है कि मानसिक स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं पर पर्याप्त अध्ययन हुए हैं और इन अध्ययनों में इनके परम्परागत, प्राकृतिक चिकित्सा व आधुनिक चिकित्सा पद्धति का विश्लेषण किया गया है। किन्तु मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में क्या योगदान दे सकते हैं। इस बात को लेकर अभी

आनुभविक अध्ययन की पर्याप्तता का अभाव है। यह आनुभविक अध्ययन इस अनुसंधान दूरी को समाप्त करने में सहयोगी साबित होगा।

2.13 अध्ययन की सीमाएं :–

समाज विज्ञान के अध्ययन की प्रमुख विशेषता अध्ययन के क्षेत्र का परिसीमन करना है। "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" के अन्तर्गत प्राथमिक व द्वितीयक आंकड़े एकत्रित करते समय शोधकर्ता को कई सीमाओं का सामना करना पड़ा है। जो निम्न प्रकार है –

1. समंक (डाटा) की उपलब्धता भी एक महत्वपूर्ण सीमा के रूप में रही है।
2. इस शोध परियोजना का कार्यक्षेत्र उदयपुर संभाग के निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में केवल एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहे सिर्फ साइकोसिस मनोरोगियों तक ही सीमित रहा है। क्योंकि साइकोसिस मनोरोगियों के प्राथमिक कारक सामाजिक कारण होते हैं।
3. इस शोध कार्य के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के साइकोसिस मनोरोगियों का पता (जो सिर्फ तीन वर्षो, सन् 2013, 2014 एवं 2015 मे एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहे) इस संभाग के निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय एवं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर राजस्थान के मनोचिकित्सा वार्ड से किया गया है।
4. इस शोध अध्ययन के अन्तर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि का प्रयोग करते हुए सिर्फ 20 प्रतिशत मनोरोगियों का अर्थात 150 उत्तरदाताओं को प्रतिनिधि के रुप में चुनकर प्राथमिक तथ्य एकत्र किये गए हैं।
5. इन 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों मे से ही सिर्फ 15 मनोरोगियों का ही उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया क्योंकि समय एवं धन के व्यय को ध्यान में रखते हुए सीमित करना पड़ा।
6. इस शोध के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के छः जिलों – उदयपुर, डूंगरपुर, बांसवाड़ा, प्रतापगढ़, राजसमंद एवं चित्तौड़गढ़ के सामुदायिक स्वास्थय क्रेन्द्र, जिला अस्पताल एवं सेटेलाइट अस्पतालों से सात दिन से अधिक समय तक भर्ती रहने वाले साइकोसिस मनोरोगियों का पता नही किया गया है।
7. मनोरोगी उत्तरदाताओं से जानकारी एकत्रित करने में उनसे एवं उनके परिवारजनों से सहमति लेने पर भी बहुत परेशानी का सामना करना पड़ा एवं उनकी सूचनाओं को गोपनीय बनाए रखने का विश्वास दिलाया गया।
8. वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) करने में समय अधिक लगा एवं कुछ मनोरोगियों की अस्पताल से छुट्टी होने के बाद भी एक से अधिक बार उनके निवास क्षेत्र में जाकर गहन व सूक्ष्म जानकारी ली गई। कम समय में अधिक से अधिक जानकारी लेना आसान कार्य नहीं रहा।
9. शोध कार्य में अनुसंधानकर्ता को एक साथ कई कार्यों का सम्पादन करना होता है, जैसे साक्षात्कार निर्देशिका को भरना, अवलोकन, वैयक्तिक अध्ययन आदि, इसलिए समय एवं धन के व्यय को भी ध्यान में रखकर अध्ययन करना पड़ा जो कि एक शोधार्थी के लिए चुनौती भरा कार्य रहा है।
10. शोधकर्ता ने नर्सिंग में डिप्लोमा सन् 2011 में उत्तीर्ण कर रखा था जिसके कारण शोधकर्ता की 12 फरवरी 2016 को नर्सिग स्टाफ ग्रेड़ द्वितीय के पद पर राजस्थान सरकार में सरकारी नौकरी अजमेर जिले के जवाहरलाल नेहरू चिकित्सा महाविधालय एवं अस्पताल में लग जाती है जिसके कारण शोधकर्ता को इस शोध कार्य के बेहतर निष्कर्ष प्राप्त करने के लिए कोटा विश्वविधालय, कोटा द्वारा दिये गये सम्पूर्ण समय का उपयोग करना पड़ा है।

2.14 प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर :–

- चिकित्सा जगत के क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित जितने भी आज तक अध्ययन हुए हैं, उनमें प्रत्येक विद्वान ने अपने–अपने तरीके से मनोरोगियों के स्वास्थ्य संबंधी अध्ययन किये हैं और उन्होंने मनोरोगों को नियंत्रित करने में ज्यादातर चिकित्सकीय प्रबन्ध को महत्त्व दिया है, समाजशास्त्रीय प्रबन्ध या उपचार को नहीं। कुछ विद्वानों ने स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का भी अध्ययन किया है, लेकिन मनोरोगियों के संदर्भ में नहीं। इस क्षेत्र में समाजशास्त्रियों की भूमिका भी नगण्य मात्र रही है।
- **प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर निम्न है।**

1. एक व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू उसका उच्च शैक्षणिक स्तर, रोजगार, आय, विवाहित जीवन, अच्छा व्यवसाय, अच्छा पारिवारिक, सामाजिक, मनोरंजनात्मक एवं सुरक्षायुक्त वातावरण, अच्छा घर, अच्छा सामाजिक समर्थन, स्थाई, सहयोग एवं विश्वासपूर्ण सामाजिक संबंधों की प्रकृति, उच्च प्रस्थिति, पारिवारिक सामंजस्यता एवं विकलांग रहित शरीर होते हैं।
2. लेकिन उपरोक्त क्रम संख्या (01) के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं में परिवर्तन आने से व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक अस्वास्थ्य में बदल जाता है, जिससे उसमें मनोरोग उत्पन्न हो जाते हैं।
3. उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के उपचार एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य को पुनः प्राप्त करने के लिए शोधकर्ता ने उत्तरदाताओं का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक वातावरण) से तथा मनोचिकित्सकों द्वारा दी गई सामाजिक चिकित्सा एवं राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य क्रार्यक्रमों के दौरान, सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव करवाया है।
4. अर्थात एक स्वस्थ व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू क्रम संख्या (01) वाले होते हैं। वहीं एक मनोरोगी के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू क्रम संख्या (03) वाले होते हैं।
5. यदि शोध अध्ययन मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्तियों पर किया जाता तो मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलूओं क्रम संख्या (01) वालों से उत्तरदताओं का जुड़ाव एवं परिवर्तन का अध्ययन ही किया जाता। लेकिन प्रस्तुत शोध कार्य मनोरोगियों पर किया गया है इसलिए उनकें मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों एवं अन्य कारकों को जानकर, मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं क्रम संख्या (03) वालों से उत्तरदताओं का जुड़ाव एवं उनके जीवन में आये हुए परिवर्तनों का अध्ययन किया गया है।
6. प्राचीन सामाजिक चिकित्सा को वर्तमान में मनोचिकित्सा का रूप दिया हुआ है। इसलिए यह शोध कार्य मनोवैज्ञानिक पहलुओं का भी अध्ययन करवाता है।
7. मनोरोगी समाज का ही एक व्यक्ति है जबकि मनोरोग चिकित्सकीय अवधारणा है। अर्थात यह अध्ययन शोध शीर्षक के आधार पर समाजशास्त्रीय अध्ययन होने के साथ–साथ मनोवैज्ञानिकीय एवं चिकित्सकीय अध्ययन बन गया है। जो शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य के सहसम्बन्ध को दर्शाता है एवं डब्ल्यूएचओ की स्वास्थ्य की परिभाषा को पूर्ण करता है।
8. इस शोध कार्य में मनोरोगियों के उपचार एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि के लिए समाजशास्त्रीय प्रबन्ध (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) को उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों के आधार पर परखते हुए शोधकर्ता ने इन चारों थैरिपियों को मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि कहा है।

References

1. Chase Stuart, 1956 "The Proper study of mankind" New York, P-6
2. Young P.V., "Scientific Social Survey and Research", P-44
3. फ. के. कपिल ;1990 राजपूताना स्टेट ए 1817.1950ए बुक टेजर ए पेज .1 ए पुन प्रकाशित जुन 24 .2011
4. Jat B.C. and Kumawat P.L.(2016) Review of General study of Rajasthan chyavan Prakshan, Jaipur. Pp. 168
5. Rav kunwar K. S. (2009-10) Review of Dharohar Rajasthan General study Pink City Publisher, Jaipur. Pp. C 97-99. ISBN No. 81-87542-51-9.
6. Goode and Hatt; Methods in Social Research, mcgraw hill, social science, P-209
7. Pearson Karl,1892 "The Grammer of Science",cosimo inc. Pp-10
8. Durkheim E. Suicide, New York : Press, 1951 (1897). PP.33-37
9. Thiyodor Kailog H. MD. Handbook of Psychiatry, New York, 1897, PP. 501-515.
10. Clifford W. Beers (1908); Review of A Mind that Found Itsel , PP. 103-107.
11. Charles Horton Cooley, Social Organization : A Study of the Larger Mind, New York : Charles Scribner's Sons, 1909, PP. 25-31.
12. Bodding, P.O., 1925; "The Santals and Disease", Memoirs of the A.S.B., Vol. 10, No. 1, PP. 1-127.
13. Cutts, N.F. and Mosley. N.; "Practial School Discipline and Mental Hygiene", Houghton Mifflin Co. (1941), Boston, PP. 4.
14. Lewkan, P.V.; Review of Mental Hygiene in Health, McGraw Hill (1949), PP. 68.
15. SA. Stouffer et al. eds.; "The American Soldier Studies in Social-Psychology of World War - II, Vol. 4 Princeton University Press, 1949. PP. 49-53
16. Frank, J.D. (1961); Persuation and Healing, Johns Hopkins, Baltimore, PP. 68-100.
17. Turner, V.W. (1963); Lunda Medicine and the Treatment of Disease, Population of the Rhodes Livinstone Museum Clivingstone, Northern Rhodesia, PP. 99-109.
18. Maclean (1965); "Traditional Medicine and Its Practitioners in Ibadan, Nigeria", Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Vol. 68, PP. 237-244.
19. Caneda C. (1968); The Teaching of Dontuan : A Yaqui Way of Knowledge, University of California Press, Berkeley, PP. 201-235.
20. Bose S. (1969); "The Role of Economic Life in Social Integration", The Tribal, Vol. 6, No. 3, PP. 47-51.
21. Riessman, C.K. (1974); The Use of Health Services by the Poor, Social Policy, Vol. 5, No. 1, May-June, PP. 41-49.
22. Mital, K. (1977); "Modern Medicine and Society : Among the Santals", The Tribal, Vol. 10, No. 1-2, July-September, PP. 34-37.
23. Minocha, A. (1980); Indian Medical Pluralism and Health Services in India, Social Science and Medicine, Vol. 14B, No. 4, PP. 217-223.
24. Carol S. Aneshensel (1981); Family, Roles and Sex Differences in Depression, Journal of Health and Social Behaviour, Vol.22 PP 379-393.
25. SW. Bloom (1986); Institutional Trends in Medical Sociology", Journal of Health and Social Behaviour, Vol.27(1986), PP. 265-276.
26. Dais, Zavier (1989); "Not for the Love of Tribals", Economic and Political Weekly, Vol. 24, No. 10, March 11, PP. 497-98.
27. Banerji D. (1989); "Crisis in Medical Profession in India, Economic and Political Weekly, Vol. 24, No. 20, May 20, PP. 1091-92.
28. World Health Organization (WHO) (1986); Ottawa Charter for Health Promotion. PP. 32-47

29. Hillel. J. Desrosiers. P. Turnier. L. (1994); La Depression Chez I'haitien Medicin du Quebec, Vol.29 No.(2) : PP. 14-123.
30. Rutter and Plomin (1997); Review of Sociology of Volume Health and Illness, Vol.22, No. 5 PP. 543-558.
31. Moser K. (2001); Inequalities in Treated, Heart Disease and Mental Illness in England and Wales, 1994-1998, British Journal of General Practice, PP. 438-444.
32. Public Health Agency of Canada (PHAC) (2002) : Health is Everyone's Business, Retrieved: Jan.22.2013 from http://www.phac_aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/collab 1.html
33. Dickerson F.J. Sommerville el al. (2002); "मानसिक बीमारी कलंक : मनोरोग पुनर्वास के लिए एक बाधा", मनोरोग पुनर्वास कौशल, Vol.6 No.(2) : PP. 186-200.
34. Angermeyar. M.B. Schule et al. (2003); "सोजन्य कलंक : एक प्रकार का पागलपन, रोगियों के रिश्तेदारों के एक फोकस समूह का अध्ययन", सामाजिक मनोचिकित्सा और मनोरोग जानपदिग रोग विज्ञान, Vol.38, PP. 593-602.
35. Acta Bhugra D. (2003); Migration and Depression (Psychiatric Scandinavica-Supplementum), Vol.48, PP. 67-73.
36. Meltzer D. Fryers, T. and Jenkins R. (2004); Social Inqualities and the distribution of the Common Mental Disorder, Hove : Psychology Press. PP. 29-37
37. Andrayu Butters. Mayc Bebster and Met Hill. C. (2005); Assess to Health Care for People with Learning Disabilities in the UK : Mapping the Issues and Reviewing the Evidence : Journal of Health Services Resend and Policy, Vol. 10, PP. 173-182.
38. Hoagwood KE. (2005); Family based Services in Children's Mental Health : A Research Review and Synthesis, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.46, PP. 690-713.
39. Anne Rogers (2005); Sociology of Illness and Mental Health : Manchester University Press, 01 July, 2005, PP. 269.
40. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E. & Taylar A. (2005); Change in Mental Health Literacy about Depression : South Australia, 1998 to 2004, Medical Journal of Australia, Vol.83 No.(3), PP. 134-137.
41. Ramnath Sharma (2006); Review of Psychology & Mental Hygiene for Nurses (9 ed.) PP. 167-168.
42. Horwitiz A. and Wakefield J. (2007); The Loss of Sadness : How Psychitry Transformed Normal Sarrow into Depressive Disorder, Oxford University Press. PP. 69-74

अध्याय – तृतीय

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं उत्तरदाताओं का जुड़ाव

3.1 मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारक

शिक्षा	बेरोजगारी
आय	निर्धनता
वैवाहिक स्थिति	व्यवसाय
पारिवारिक वातावरण	धर्म एंव संस्कृति
घर का स्वरूप	जातिवाद
लैंगिकता	सामाजिक समर्थन
सामाजिक परिवर्तन	सामाजिक संबंध
प्रस्थिति	मादक पदार्थों का सेवन
पारिवारिक संरचना	पारिवारिक असामंजस्यता
नस्ल और नृजातियता	विकलांगता
मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता	स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता

3.2 मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारक

आयु	कुपोषण
आनुवांशिकता	शारीरिक स्वास्थ्य
संवेगात्मक स्थिति	किशोरावस्था
भौगोलिक क्षेत्र	अन्य कारक

3.3 मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं जुड़ाव का प्रभाव (मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में)

3.3.1 सामाजिक स्वास्थ्य
3.3.2 सामाजिक वातावरण
3.3.3 सामाजिक चिकित्सा
3.3.4 सामाजिक पुनर्वास

3.1 मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारक[1]

प्रस्तुत शोध कार्य साइकोसिस मनोरोगियों पर किया गया है। शोध करते समय शोधकर्ता द्वारा प्रत्येक रोगी को मानसिक बीमारी होने के अलग–अलग कारकों का होना पाया गया। इसलिए शोधकर्ता द्वारा 15 मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से सूक्ष्म एवं गहन वैयक्तिक अध्ययन किया है। लेकिन विभिन्न पूर्व अध्ययनों एवं इस शोध कार्य के आधार पर व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न सामाजिक कारकों का परिचय कराते हुये साक्षात्कार निर्देशिका के माध्यम से 150 उत्तरदाताओं (मनोरोगी, परिवार वाले, मित्र एवं रिश्तेदार) की संचेतना के आधार विवेचन निम्न प्रकार है।

3.1.1 **शिक्षा** – शिक्षा भी मानसिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य सामाजिक कारक है, क्योंकि शिक्षा का कम स्तर खराब स्वास्थ्य, अधिक तनाव और कम आत्मविश्वास के साथ जुड़ा हुआ होता हैं। अशिक्षा का प्रभाव व्यक्ति के सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, सामाजिक संस्थाओं, समूहों व संरचनाओं पर पड़ता हैं, जिससे अशिक्षित या कम शिक्षित व्यक्ति सामाजिक दायित्वों का सही तरह से निर्वाह नहीं कर पाता हैं। एक व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य इस बात पर भी निर्भर करता है कि उसका शिक्षा का स्तर क्या है। यदि उसकी शिक्षा दोषपूर्ण है तो निश्चय ही इसका प्रभाव उस व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर भी दिखाई पड़ता है।

सारणी – 3.1.1

मानसिक स्वास्थ्य पर शिक्षा के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	107	71.33
02	असहमत	34	22.67
03	तटस्थ	09	6
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छे मानसिक स्वास्थ्य के लिए उच्च एवं दोषरहित शिक्षा को प्राथमिकता देते हैं, जिनमें 71.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 22.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.1 में दर्शाया गया है।

3.1.2 **बेरोजगारी** – मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य सामाजिक कारक बेरोजगारी भी है। वास्तव में, जब कोई व्यक्ति कार्य करने का इच्छुक है और वह शारीरिक एवं मानसिक रूप से कार्य करने में समर्थ है, फिर भी उसे कोई कार्य नहीं मिलता जिससे कि वह जीविका कमा सकें तो ऐसे व्यक्ति को बेरोजगार कहते है। बेरोजगार होने की दशा को बेरोजगारी कहते हैं। जब व्यक्ति पूर्णतया बेरोजगार (संरचनात्मक, मौसमी, खुली, अल्प, प्रच्छन्न, एवं शिक्षित बेरोजगार) हो जाता है तो

उसका मानसिक संतुलन गड़बड़ा जाता है, और उसमें अनेक मनोविकृतियां उत्पन्न हो जाती है।

सारणी – 3.1.2

मानसिक स्वास्थ्य पर बेरोजगारी के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	112	74.67
02	असहमत	26	17.33
03	तटस्थ	12	8
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए बेरोजगारी को प्राथमिकता देते है, जिनमें 74.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 17.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.2 में दर्शाया गया है।

3.1.3 **आय** – आय भी मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण पहलू हैं। क्योंकि उच्च आय बेहतर स्वास्थ्य के साथ उच्च मानसिक स्थिति के साथ जुड़ी हुई हैं, जिससे सबसे अमीर और सबसे गरीब के बीच में सामाजिक एवं मानसिक स्वास्थ्य का बहुत बड़ा मतभेद उत्पन्न हो जाता हैं।

सारणी – 3.1.3

मानसिक स्वास्थ्य पर आय के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	127	84.67
02	असहमत	13	8.66
03	तटस्थ	10	6.67
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छे मानसिक स्वास्थ्य के लिए अच्छी आय को प्राथमिकता देते है, जिनमें 84.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.3 में दर्शाया गया है।

3.1.4 **निर्धनता** – मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य सामाजिक पहलू निर्धनता भी है। जब व्यक्ति के पास आय के साधन कम होते जाते है तो निर्धनता बढ़ती जाती है और उसके मन का संतुलन बनाये रखना बड़ा कठिन हो जाता है। इसलिए बीमारी, गरीबी, बेरोजगारी व अशिक्षा से ग्रसित व्यक्तियों में अवसाद की उच्च दर पाई जाती हैं। गिलिन और गिलिन[2] के अनुसार, "गरीबी वह दशा है जिसमें एक

व्यक्ति या तो अपर्याप्त आय अथवा मूर्खतापूर्ण व्यय के कारण अपने जीवन स्तर को इतना ऊँचा नहीं रख पाता कि उसकी शारीरिक एवं मानसिक क्षमता बनी रह सके और उसको तथा उस पर आश्रितों को अपने समाज के स्तरों के अनुसार उपयोगी ढंग से कार्य करने के योग्य बनाये रखा जा सके।" अमीर व्यक्ति की तुलना में गरीब व्यक्ति की सामाजिक स्थिति निम्न होती हैं, एवं वह अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे – भोजन, आवास, स्वास्थ्य आदि की पूर्ति सही तरीके से नहीं कर पाता हैं, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित हो जाता हैं।

सारणी – 3.1.4

मानसिक स्वास्थ्य पर निर्धनता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	113	75.33
02	असहमत	22	14.67
03	तटस्थ	15	10
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए निर्धनता को प्राथमिकता देते है, जिनमें 75.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 10 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.4 में दर्शाया गया है।

3.1.5 **वैवाहिक स्थिति** – अविवाहित व्यक्ति की तुलना में विवाहित व्यक्ति की सामाजिक एवं मानसिक स्थिति उच्च होती हैं, क्योंकि विवाहित व्यक्ति ही विभिन्न प्रकार के धार्मिक कार्य कर सकता है। जैसे – पंच महायज्ञ करना, दान देना, कन्या दान लेना व देना, अतिथि सत्कार करना, ईश्वर की पूजा–पाठ करना, आदि। इसके साथ ही बाल विवाह, विवाहित जोड़े के पारिवारिक जीवन में मानसिक टेंशन ला देता है।

सारणी – 3.1.5

मानसिक स्वास्थ्य पर वैवाहिक स्थिति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	101	67.33
02	असहमत	37	24.67
03	तटस्थ	12	8
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर वैवाहिक स्थिति के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 67.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.5 में दर्शाया गया है।

3.1.6 **व्यवसाय –** किसी व्यक्ति के द्वारा किया जाने वाला ऐसा कार्य जो अमुक व्यक्ति को आजीविका प्रदान करता है उस व्यक्ति का व्यवसाय कहलाता है। अर्थात जीवन के वे सभी कार्य जो हमारी आर्थिक, सामाजिक एवं मानसिक आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए किये जाते है व्यवसाय के अन्तर्गत आते है। वर्तमान में व्यवसाय का चयन, मात्र आवश्यकता की पूर्ति हेतु नहीं बल्कि अधिकाधिक धनोपार्जन के मूल्य पर आधारित हो गया है क्योंकि उच्च व्यवसाय, उच्च प्रस्थिति का सूचक है। जो समाज में सामाजिक व पारिवारिक प्रतिष्ठा का सर्वोच्च मापदण्ड बन गया है।

सारणी – 3.1.6

मानसिक स्वास्थ्य पर व्यवसाय के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	97	64.67
02	असहमत	29	19.33
03	तटस्थ	24	16
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छे मानसिक स्वास्थ्य के लिए उच्च व्यवसाय को प्राथमिकता देते है, जिनमें 64.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.6 में दर्शाया गया है।

3.1.7 **पारिवारिक वातावरण –** व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर उसके पारिवारिक वातावरण का भी प्रभाव पड़ता है क्योंकि जन्म के समय बच्चा न तो सामाजिक होता है और न असामाजिक। उसके मन रूपी किताब पर सर्वप्रथम परिवार के अनुभवों का प्रभाव पड़ता है। यदि बालक को परिवार में उपयुक्त वातावरण प्राप्त नहीं होता है तो बालक में विभिन्न शारीरिक मानसिक विकार उत्पन्न हो जाते है। अतः सारणी 3.1.7 से स्पष्ट है कि पारिवारिक वातावरण व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण पहलू होता है।

सारणी – 3.1.7

मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	91	60.67
02	असहमत	38	25.33
03	तटस्थ	21	14
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए परिवार में उपयुक्त वातावरण को प्राथमिकता देते है, जिनमें 60.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 25.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 14 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.7 में दर्शाया गया है।

3.1.8 **धर्म एंव संस्कृति –** व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को उसका धर्म एंव संस्कृति भी प्रभावित करते है। व्यक्ति अपने आपको जानने, स्वीकार करने एवं अभिव्यक्त करने का तरीका धर्म एवं संस्कृति से सीखता है। अतः उत्तरदाताओं की मानसिक स्वस्थता व अस्वस्थता का अध्ययन करते समय आवश्यक था कि उनकी सांस्कृतिक एवं धार्मिक पृष्ठभूमि का अध्ययन भी किया जाये।

सारणी – 3.1.8

मानसिक स्वास्थ्य पर धर्म एंव संस्कृति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

कम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	98	65.33
02	असहमत	32	21.33
03	तटस्थ	20	13.34
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए धर्म एवं संस्कृति को प्राथमिकता देते है, जिनमें 65.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 21.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.8 में दर्शाया गया है।

3.1.9 **घर का स्वरूप –** घर का स्वरूप भी मानसिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारक है, क्योंकि कच्चे घरों में रहने वाले व्यक्तियों की सामाजिक स्थिति, पक्के घरों में रहने वाले व्यक्तियों की बजाय निम्न होती हैं। इसी प्रकार गन्दी बस्तियों में रहने वाले व्यक्तियों की मानसिक एवं सामाजिक स्थिति, कच्चे घरों में रहने वाले व्यक्तियों की बजाय निम्न होती हैं। गन्दी बस्तियों एवं कच्चे घरों में ज्यादातर गरीब व्यक्ति ही निवास करते हैं एवं इनको विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं से गुजरना पड़ता है। जैसे– श्वसन संक्रमण, त्वचा संक्रमण, दुर्घटनायें, मृत्युदर एवं अस्वस्थता दर।

सारणी – 3.1.9

मानसिक स्वास्थ्य पर घर के स्वरूप के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	107	71.33
02	असहमत	36	24
03	तटस्थ	07	4.67
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर घर के स्वरूप के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 71.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 4.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.9 में दर्शाया गया है।

3.1.10 **जातिवाद –** जातिवाद वह संकीर्ण भावना है जो एक जाति के सदस्यों को अन्य लोगों के सामान्य हितों की चिंता नहीं करते हुए अपनी ही जाति के लोगों को जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में प्राथमिकता देने को प्रेरित करती है। एक और जहां व्यक्ति स्वयं को अपनी जाति में होने को मानसिक रूप से संतुष्टी देता वहीं जातिवाद व्यक्ति की मानसिकता पर बुरा एवं गहरा प्रभाव डालता है।

सारणी – 3.1.10

मानसिक स्वास्थ्य पर जातिवाद के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	108	72
02	असहमत	36	24
03	तटस्थ	06	4
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए जातिवाद को जिम्मेदार मानते है, जिनमें 72 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 4 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.10 में दर्शाया गया है।

3.1.11 **लैंगिकता –** लैंगिकता भी मानसिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य पहलू है, क्योंकि विभिन्न समय में पुरूषों और महिलाओं में विभिन्न प्रकार के रोग उत्पन्न हो जाते हैं। दूसरा मुख्य कारण यह है कि महिलाएं घर के भीतर काम करती है, और पुरूष घर के बाहर कार्य करता हैं। पुरूषों के बजाय महिलाऐं बच्चों की परवरिश और घर के कामकाज की देखभाल अधिक करती है, जिससे उनके सामाजिक सम्बन्ध पुरूषों की अपेक्षा कम बनते हैं एवं पुरूषों को आज भी सभी समाजो में महिला से प्रत्येक क्षेत्र में उच्च स्थान दिया जाता है जो महिला की मानसिकता पर बुरा प्रभाव डालता है।

सारणी – 3.1.11

मानसिक स्वास्थ्य पर लैंगिकता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	87	58
02	असहमत	38	25.33
03	तटस्थ	25	16.67
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर लैंगिकता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 58 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 25.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.11 में दर्शाया गया है।

3.1.12 **सामाजिक समर्थन** – सामाजिक समर्थन भी सामाजिक एवं मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण पहलू हैं। इसके अंतर्गत यदि व्यक्ति अपने परिवार, दोस्तों और समुदायों का अधिक से अधिक सर्मथन प्राप्त कर लेता है, तो उसके सामाजिक एवं मानसिक स्वास्थ्य पर उसको समर्थन देने वाले उच्च व्यक्तियों एवं सभी समुदायों के विश्वास का सकारात्मक प्रभाव पड़ता हैं।

सारणी – 3.1.12

मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक समर्थन के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	89	59.33
02	असहमत	47	31.34
03	तटस्थ	14	9.33
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक समर्थन के प्रभाव को प्राथमिकता देते हैं, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 31.34 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 9.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3. 1.12 में दर्शाया गया है।

3.1.13 **सामाजिक परिवर्तन -** मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला अन्य मुख्य कारक सामाजिक परिवर्तन भी है। वह परिवर्तन जो मानवीय सम्बन्धों, व्यवहारों, संस्थाओं, प्रथाओं, प्रस्थितियों, कार्यविधियों, मूल्यों, सामाजिक संरचना, आदि में होता है सामाजिक परिवर्तन कहलाता है। यह परिर्वतन प्राकृतिक, जैविक, आर्थिक, सांस्कृतिक, प्रौधोगिक, जनसंख्यात्मक, सैनिक, राजनैतिक, मनोवैज्ञानिक इत्यिादि कारकों के कारण घटित होता है। अत्यधिक सामाजिक परिवर्तन मानसिक असन्तोष, मानसिक संघर्ष, मानसिक तनाव, इत्यादि उत्पन्न करता है, जो हत्या, आत्महत्या, तथा अपराध को बढ़ावा देता है।

सारणी – 3.1.13

मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक परिवर्तन के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	89	59.33
02	असहमत	28	18.67
03	तटस्थ	33	22
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक परिवर्तन के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 18.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 22 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.13 में दर्शाया गया है।

3.1.14 **सामाजिक संबंध -** मानव एक सामाजिक प्राणी हैं और सामाजिक प्राणी होने के नाते मानव विभिन्न प्रकार के सामाजिक संबंधों का निर्माण करता है और ये सामाजिक संबंध सहयोग–असहयोग, स्थायी–अस्थायी, सरल–जटिल एवं अमूर्त इत्यादि प्रकृति के होते है। जब मनुष्य इन सामाजिक संबंधों के साथ पूर्ण रूप से सामंजस्य नहीं कर पाता है तो इन संबंधों का प्रभाव विभिन्न सामाजिक संस्थाओं, समूहों व संरचनाओं पर पड़ता है। सामाजिक संस्था जैसे – परिवार, विवाह आदि में सामाजिक संबंध, सहयोग, स्थायी व विश्वास प्रकृति के होते है। लेकिन जब वे सामाजिक संबंध सहयोग, स्थायी व विश्वास प्रकृति के न होकर असहयोग, अस्थायी व अविश्वास प्रकृति के हो जाते हैं तो इन संबंधों का प्रभाव परिवार के सभी व्यक्तियों पर पड़ता है और व्यक्ति अपने आपको परिवार के मध्य पाते हुए भी अकेला कुण्ठित, तनाव ग्रस्त, आशाविहीन समझने लगता है, जिसके कारण उसका मानसिक स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता है और एक सामाजिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति मानसिक रूप से अस्वस्थ हो जाता है। इस प्रकार व्यक्ति जब मानसिक रूप से अस्वस्थ होता है तो उसे समाज में पागल समझा जाने लगता है, जिसके कारण उसके मन में अत्यधिक अकेलापन, असंतोष, हीनभावना, तनाव, कुण्ठा इत्यादि आ जाती है, जिसके कारण उसकी दैनिक क्रियाएं बदल जाती है और वह व्यक्ति मानसिक व शारीरिक रूप से अस्वस्थ एवं कमजोर हो जाता है, जिसके कारण उसको अनेक मानसिक व शारीरिक बीमारियां हो जाती है।

सारणी – 3.1.14

मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक संबंधों के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	123	82
02	असहमत	18	12
03	तटस्थ	09	06
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक संबंधों के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 82 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.14 में दर्शाया गया है।

3.1.15 **प्रस्थिति –** समाज में प्रत्येक व्यक्ति की एक निश्चित प्रस्थिति और उस प्रस्थिति से सम्बन्धित भूमिका होती है। प्रस्थिति सामाजिक पद है जिसे धारण करने वाले को शक्ति और सम्मान की एक निश्चित मात्रा प्राप्त होती है। सामाजिक व्यवस्था के अंतर्गत किसी समय विशेष पर व्यक्ति को जो दर्जा प्राप्त होता है उसके अनुसार हम उसकी

प्रस्थिति को आंकते है। समाज में कुछ व्यक्ति उच्च पदों पर आसीन होते है तो कुछ व्यक्तियों को अपेक्षाकृत निम्न पद प्राप्त होते है। स्वस्थ्य व्यक्ति एवं उच्च पद पर आसीन व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य हमेशा उच्च होता हैं। स्वस्थ्य व्यक्ति एवं उच्च पद पर आसीन व्यक्ति की तुलना में अस्वस्थ्य व्यक्ति एवं निम्न पद पर आसीन व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य हमेशा निम्न होता हैं।

सारणी – 3.1.15

मानसिक स्वास्थ्य पर प्रस्थिति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	123	82
02	असहमत	09	06
03	तटस्थ	18	12
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक बीमारी होने पर, अपनी प्रस्थिति में परिवर्तन को प्राथमिकता देते है, जिनमें 82 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 06 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 12 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1. 15 में दर्शाया गया है।

3.1.16 **मादक द्रव्य व्यसन -** मादक द्रव्य व्यसन वह दशा है जिसमें शरीर को कार्य करने के लिए मादक पदार्थों के प्रयोग की आवश्यकता महसूस होती है। यदि मादक पदार्थों का प्रयोग बंद कर दिया जाता है तो शरीर संचालन में बाधा पैदा होती है। व्यसन में मानसिक निर्भरता पाई जाती है जिसे आदी होना कहा जाता है। अर्थात व्यक्ति मादक पदार्थों पर इतना अधिक आश्रित हो जाता है कि उसके बिना वह नहीं रह पाता है।

सारणी – 3.1.16

मानसिक स्वास्थ्य पर मादक पदार्थों के व्यसन के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	117	78
02	असहमत	21	14
03	तटस्थ	12	8
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर मादक द्रव्य व्यसन के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 78 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 12 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.16 में दर्शाया गया है।

3.1.17 **पारिवारिक संरचना** – व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक संरचना का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता है। क्योंकि यदि व्यक्ति एकाकी परिवार में निवास करता है तो उसे अकेलेपन का वातावरण मिलता है एवं अपनी समस्याओं को किसी के साथ बांट नहीं पाता है जिससे व्यक्ति में विभिन्न प्रकार के मानसिक विकार उत्पन्न हो जाते है। जबकि संयुक्त परिवार मे रहने से व्यक्ति अपने सभी सुख एवं दुःखों को परिवार के सभी व्यक्तियों के साथ बांट लेता है और उसका मन हल्का हो जाता है जिससे उनमें मानसिक विकार कम मिलते है। इसी कारण प्रस्तुत शोध में अकेले रहने वाले व्यक्तियों, विधवा, तलाकशुदा व्यक्तियों मे अवसाद की दर अधिक पाई गई।

सारणी – 3.1.17

मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक संरचना के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	110	73.33
02	असहमत	29	19.33
03	तटस्थ	11	7.34
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए एक साथ मिलकर रहने एवं संयुक्त परिवार को प्राथमिकता देते है, जिनमें 73.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 7.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.17 में दर्शाया गया है।

3.1.18 **पारिवारिक असामंजस्यता :-** परिवार के सदस्यों के मध्य जब सामाजिक संबंध असहयोग एवं अविश्वास प्रकृति के हो जाते है तो इन संबंधों का प्रभाव परिवार के सभी व्यक्तियों पर पड़ता है। जैसे पति पत्नी मे ज्यादा लड़ाई झगड़े, गृह हिंसा एवं विवाह विच्छेद, परिवार के सभी व्यक्तियों को मानसिक टेंशन देता हैं जिससे उनका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित हो जाता है।

सारणी – 3.1.18

मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक असामंजस्यता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	118	78.67
02	असहमत	19	12.66
03	तटस्थ	13	8.67
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक असामंजस्यता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 78.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12.66 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.18 में दर्शाया गया है।

3.1.19 **नस्ल और नृजातियता -** नस्ल और नृजाति दोनो ही भिन्न अवधारणाएं हैं। नस्ल की पहचान के लिए जैविकीय विशेषताओं का प्रयोग किया जाता हैं, जबकि नृजातियता की पहचान के लिए जैविकीय विशेषताओं के साथ–साथ सांस्कृतिक विशेषताओं जैसे धर्म, व्यवसाय, भाषा आदि को ध्यान में रखा जाता हैं।

सारणी – 3.1.19

मानसिक स्वास्थ्य पर नस्ल और नृजातियता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	67	44.67
02	असहमत	57	38
03	तटस्थ	26	17.33
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर नस्ल और नृजातियता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 44.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 38 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 17.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते है। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.19 में दर्शाया गया है।

3.1.20 **विकलांगता –** विकलांगता एक व्यापक शब्द है जो किसी व्यक्ति के शारीरिक, मानसिक, ऐन्द्रिक एवं बौद्विक विकास में किसी भी प्रकार की कमी को इंगित करता है। इसके लिए अपंगता, निःशक्तता एवं निर्योग्यता आदि शब्दो का प्रयोग किया जाता है। प्रस्तुत शोध कार्य मे उत्तरदाता की इकाई मनोरोगी ही है जो मानसिक विकलांगता की शत प्रतिशता को दर्शाते हैं।

3.1.21 **मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता -** मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता एवं मानसिक स्वास्थ्य में सीधा आनुपातिक संबंध होता है। मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता व्यक्ति मे मनोरंजन की क्षमता को बढ़ाती है और वह व्यक्ति मानसिक रूप से उतना ही अधिक स्वस्थ होता है। मनोरंजन के साधनों की कमी के कारण ही तलाकशुदा, विधवा या अकेले व्यक्तियों में अवसाद की दर अत्यधिक पाई जाती है।

सारणी – 3.1.21

मानसिक स्वास्थ्य पर मनोरंजन के साधनों की उपलब्धता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	94	62.67
02	असहमत	36	24
03	तटस्थ	20	13.33
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए मनोरंजन के साधनों की कमी को प्राथमिकता देते है, जिनमें 62.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत

उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.21 में दर्शाया गया है।

3.1.22 **स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता** – स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण पहलू है। एक्सीडेन्ट होने पर या बीमार होने पर व्यक्ति अपने आस पास के अस्पताल में ही उपचार लेने को प्राथमिकता देता है। यदि इस संकट अवस्था में आस पास में अस्पताल नहीं होता है या अस्पताल घटित घटना के स्थान अत्यधिक दूरी पर होता है तो व्यक्ति पर उसका मानसिक रूप से गहरा प्रभाव पड़ता है।

सारणी – 3.1.22

मानसिक स्वास्थ्य पर स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	122	81.33
02	असहमत	18	12
03	तटस्थ	10	6.67
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 81.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.22 में दर्शाया गया है।

3.2 मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारक

व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारकों का परिचय कराते हुए 150 उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार विवेचन निम्न प्रकार है।

3.2.1 **आयु** – आयु भी स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण पहलू है। एरिकसन[3] के अनुसार सम्पूर्ण जीवन में आठ प्रकार की संघर्षमयी अवस्थाऐं आती हैं, और इस अवधि में व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य सामाजिक अन्तः क्रियाओं, सामाजिक लक्ष्य, भावनात्मक संघर्ष, सामाजिक संबंध आदि से प्रभावित होता हैं एवं हर व्यक्ति इन आठ अवस्थाओं से होकर गुजरता हैं। जन्म से एक साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध माता से एवं विश्वास की भावना पर आधारित होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत आशा होती हैं। जबकि एक से तीन साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध माता–पिता से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत बच्चे की इच्छा शक्ति होती हैं। इसी प्रकार तीन साल से छः साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध परिवार के सदस्यों से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत बच्चे के उद्देश्य होते हैं। छः वर्ष से बारह वर्ष एवं बारह साल से उन्नीस साल तक के बच्चे का महत्वपूर्ण संबंध

क्रमशः स्कूल के मित्रों और स्कूल के बाहर के मित्रों से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत क्रमशः स्वयं की योग्यता का सम्मान और विश्वास होता हैं। इसी प्रकार बीस वर्ष से चालीस वर्ष और चालीस वर्ष से पैंसठ वर्ष तक के व्यक्ति का महत्वपूर्ण संबंध क्रमशः पति–पत्नी, मित्रो और घर के सदस्यों के साथ होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत क्रमशः प्यार और दूसरों की देखभाल से होती हैं। जबकि पैंसठ वर्ष से अधिक साल के व्यक्ति का महत्वपूर्ण संबंध समस्त मानव जाति से होता है एवं इस अवस्था की मनो सामाजिक ताकत बुद्धिमता होती हैं। अर्थात छोटी उम्र में जहाँ बच्चे का समाजीकरण होता है वहीं पैंसठ वर्ष से अधिक साल का व्यक्ति अपना जीवन साथी, मित्र या प्रिय को खो चुका होता है एवं उसका साथी अकेलापन हो जाता हैं, जो तनाव को बढ़ावा देता है, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता हैं।

सारणी – 3.2.1

मानसिक स्वास्थ्य पर आयु के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	82	54.67
02	असहमत	43	28.66
03	तटस्थ	25	16.67
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर आयु के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 54.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 28.66 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.1 में दर्शाया गया है।

3.2.2 **कुपोषण** – समुदाय में कुपोषण का प्रभाव प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष दोनों प्रकार से देखा जाता हैं। इसके प्रत्यक्ष प्रभाव के कारण बच्चों में क्वाशियोरकर, मैरास्मस, विटामिन तथा खनिज लवणों की कमी से होने वाली बीमारियां पैदा होती हैं तथा अप्रत्यक्ष प्रभाव के कारण बच्चों में मृत्युदर, रूग्णता दर का अधिक होना, शारीरिक तथा मानसिक दुर्बलता तथा कई बार स्थाई अपंगता विकसित होना देखा गया हैं।

सारणी – 3.2.2

मानसिक स्वास्थ्य पर कुपोषण के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	100	66.67
02	असहमत	29	19.33
03	तटस्थ	21	14
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छा मानसिक स्वास्थ्य बनाये रखने के लिए अच्छे एवं संतुलित भोजन को प्राथमिकता देते है, जिनमें 66.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 14 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.2 में दर्शाया गया है।

3.2.3 **आनुवांशिक कारक -** आनुवांशिकता व्यक्ति के व्यवहार, व्यक्तित्व तथा शारीरिक मानसिक योग्यताओ के निमार्ण एंव विकास को प्रभावित करने वाला एक महत्वपूर्ण कारक है। एक बालक को अपने पूर्वजों से प्राप्त हुए गुणों की मात्रा एवं संख्या उसके मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कई रोगियों में उनको मानसिक बीमारी अपने माता पिता से जन्मजात रूप से ही प्राप्त हुई है।

सारणी – 3.2.3

मानसिक स्वास्थ्य पर आनुवांशिकता के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	117	78
02	असहमत	21	14
03	तटस्थ	12	8
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर आनुवांशिकता के प्रभाव को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 78 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.3 में दर्शाया गया है।

3.2.4 **शारीरिक स्वास्थ्य -** व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के लिए आवश्यक है व्यक्ति शारीरिक रूप से स्वस्थ हो। जो व्यक्ति लम्बे समय तक शारीरिक रोगों से ग्रस्त होते है, उनमें विभिन्न प्रकार के मानसिक संघर्ष, कुण्ठाएं इत्यादी उत्पन्न हो जाती है। जैसे दो या दो से अधिक शारीरिक बीमारी होने पर मानसिक बीमारी का उत्पन्न होना।

सारणी – 3.2.4

मानसिक स्वास्थ्य पर शारीरिक स्वास्थ्य के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	110	73.33
02	असहमत	29	19.33
03	तटस्थ	11	7.34
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए शारीरिक रूप से स्वस्थ होने को प्राथमिकता देते है, जिनमें 73.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19. 33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 7.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.4 में दर्शाया गया है।
- उपरोक्त सारणी 3.2.4 में सहमति पक्ष वाले उत्तरदाताओं (110) को मानसिक बीमारी होने के साथ–साथ एक से अधिक शारीरिक बीमारियों से ग्रसित होना पाया गया था।

3.2.5 **संवेगात्मक स्थिति -** व्यक्ति की संवेगात्मक स्थिति भी मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। यदि व्यक्ति अपने संवेगों एवं भावनाओं की अभिव्यक्ती सही प्रकार से नहीं कर पाता है तो निश्चय ही उसमें संवेगात्मक और स्नायुविक विकार उत्पन्न हो जाते है।

सारणी – 3.2.5

मानसिक स्वास्थ्य पर संवेगाात्मक स्थिति के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	88	58.67
02	असहमत	35	23.33
03	तटस्थ	27	18
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए अपने संवेगों एवं भावनाओं की अभिव्यक्ती को सही प्रकार से प्रकट करने को प्राथमिकता देते है। जिनमें 58.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 23.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 18 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.5 में दर्शाया गया है।

3.2.6 **किशोरावस्था -** किशोरावस्था के प्रारम्भ होते ही शरीर में अनेक महत्वपूर्ण परिवर्तन आते हैं जैसे – शरीर के आकार, यौन ग्रन्थियों, जननेन्द्रिय और मुखाकृति में परिवर्तन। ये शारीरिक परिवर्तन व्यक्ति के व्यवहार एवं व्यक्तित्व निर्माण को भी प्रभावित करते है। इस अवस्था में अनेक प्रकार के मनोवैज्ञानिक तनाव, द्वन्द एवं कुण्ठा उत्पन्न होती है जो मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है।

सारणी – 3.2.6

मानसिक स्वास्थ्य पर किशोरावस्था के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	89	59.33
02	असहमत	26	17.33
03	तटस्थ	35	23.34
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर किशोरावस्था के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 17.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 23.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते है। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.6 में दर्शाया गया है।

3.2.7 **भौगोलिक क्षेत्र** – वह क्षेत्र जहां व्यक्ति निवास करता है उसका वह भौगोलिक क्षेत्र कहलाता है। व्यक्ति के आस पास का वातावरण उसको मानसिक रूप से बहुत अधिक प्रभावित करता है। क्योंकि निवास स्थान की क्षेत्रीय भाषा, रहन सहन, खान पान, पहनावा आदी का व्यक्ति के जीवन पर प्रभाव पडता है। प्रत्येक व्यक्ति शांत, सुरक्षायुक्त एवं स्वास्थ्यवर्धक स्थान पर मानसिक शांति की प्राप्ती के लिए रहना पसन्द करता है।

सारणी – 3.2.7

मानसिक स्वास्थ्य पर भौगोलिक क्षेत्र के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	119	79.33
02	असहमत	22	14.67
03	तटस्थ	09	6
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए भौगोलिक क्षेत्र के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 79.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14.64 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.7 में दर्शाया गया है।

3.2.8 **अन्य कारक** – आधुनिक समाज में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य मुख्य कारकों में विश्वास की कमी, पारिवारिक विखण्ड़न, कठोर व्यवहार, स्व-सम्मान, बदलते सामाजिक मूल्य, राजनीतिक अस्थिरता एवं सामाजिक सुरक्षा भी है।

सारणी – 3.2.8

मानसिक स्वास्थ्य पर अन्य कारकों के प्रभाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	109	72.67
02	असहमत	27	18
03	तटस्थ	14	9.33
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारकों में विश्वास की कमी, पारिवारिक विखण्ड़न, कठोर व्यवहार, स्व-सम्मान, बदलते सामाजिक मूल्य, राजनीतिक अस्थिरता एवं सामाजिक सुरक्षा को भी प्राथमिकता देते हैं, जिनमें 72.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 18 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 9.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.8 में दर्शाया गया है।

- चयनित 150 उत्तरदाताओं में मानसिक बीमारी होने के कारणों का अध्ययन करने पर पाया कि अधिकांश उत्तरदाताओं को मानसिक बीमारियां सामाजिक कारकों के कारण उत्पन्न हुई थी। जिनके कारण उनका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होते हुए मानसिक अस्वास्थ्य में बदल गया था। इसलिए शोधकर्ता द्वारा उनकी मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए, शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन, शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा क्रमशः सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव एवं सरोकार के प्रोत्साहन तथा मनोचिकित्सकों एवं मनोविशेषज्ञों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा तथा राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के द्वौरान प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव का अध्ययन किया है कि ये पहलू मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बना रहे है एवं इनका योगदान मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही होता है या नहीं।

3.3 मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं जुड़ाव का प्रभाव (मनोरोगियों के विशेष सन्दर्भ में)

दिनोंदिन बढ़ते भौतिकवादी दृष्टिकोण के कारण मनुष्य का मन अनेक प्रकार की चिन्ताओं, आशंकाओं और तनावों से आक्रान्त रहता है। दिन–प्रतिदिन के इस संघर्ष ने मानसिक अस्वस्थता को जन्म दिया है। चिकित्सा सुविधाओं की सहज प्राप्ति के कारण शारीरिक स्वास्थ्य तो प्राप्त किया जा सकता है किंतु मन का स्वास्थ्य दिनोंदिन दुर्लभ होता जा रहा है। क्योंकि मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती है। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती है और कुछ पूरी नहीं हो पाती हैं। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हो। अपूर्ण आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है, जिससे तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव व्यक्ति में मानसिक रोग उत्पन्न कर देता है। इसलिए मनोरोगों को कम करने एंव मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एंव सामाजिक पुनर्वास का मुख्य योगदान होता है।

इस तथ्य का पता उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले) के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनोचिकित्सकों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास एवं शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन, शोधकर्ता एवं चिकित्सकों द्वारा क्रमशः सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन एवं सरोकार का परिचय कराते हुए चयनित 150 उत्तरदाताओं के जुड़ाव के प्रभाव की संचेतना के आधार पर विवेचन एवं विश्लेषण किया गया हैं। शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा मनोरोगी का उपचार करने के लिए एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के निम्न सामाजिक पहलुओं का उपयोग किया गया था।

3.3.1 सामाजिक स्वास्थ्य

3.3.2 सामाजिक वातावरण

3.3.3 सामाजिक चिकित्सा

3.3.3.1 व्यक्तिगत मनोचिकित्सा

3.3.3.2 समूह चिकित्सा

3.3.3.3 व्यवहार चिकित्सा

3.3.3.4 अन्य चिकित्सा

3.3.4 सामाजिक पुनर्वास

3.3.1 सामाजिक स्वास्थ्य[4]

1. सामाजिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति के स्वास्थ्य से संबंधित होता हैं। इसके अन्तर्गत व्यक्ति समाजीकरण एवं सामाजिक अन्तःक्रियाओं के द्वारा दूसरे व्यक्तियों के साथ संतुष्टिपूर्ण रिश्ते बनाता है एवं प्राप्त करता हैं।
2. व्यक्तियों का सामाजिक स्वास्थ्य, किसी भी व्यक्ति की भलाई के उस आयाम को संदर्भित करता है कि वह अन्य लोगो के साथ कैसे क्रिया एवं प्रतिक्रिया करता है एवं वह किस प्रकार सामाजिक संस्थाओं और सामाजिक आचार के साथ सूचनाओं का आदान प्रदान करता हैं से संबंधित होता हैं।
3. मनुष्य एक सामाजिक प्राणी हैं बिना समाज के मनुष्य की कल्पना करना भी निरर्थक है। सामाजिक स्वास्थ्य का मतलब व्यक्ति के खुद के अन्दर व समाज के सदस्यों के बीच तथा मानव जाति व खुद के बीच आपसी ताल–मेल व अंखण्ड़ता की भावना ही सामाजिक स्वास्थ्य कहलाती है।
4. दूसरे अर्थों में व्यक्ति की उसके व उसके समाज के अन्य सदस्यों के बीच आपसी सम्बन्धों की सीमा एवं गुणवत्ता को सामाजिक स्वास्थ्य कहा गया है। अर्थात –

- सामाजिक स्वास्थ्य एक व्यक्ति की अपने समुदाय के साथ अन्तःक्रिया की मात्रा है।
- एक समाज के लिए समाजिक स्वास्थ्य कानून और नियमों की तरह है जिसे सभी नागरिकों पर समान रूप से लागू किया जाता हैं।
- सामाजिक स्वास्थ्य, निर्णय प्रक्रियाओं के लिए सार्वजनिक पहुंच हैं।
- सामाजिक स्वास्थ्य के अंतर्गत व्यक्ति समुदाय का एक सदस्य होने के नाते महसूस करता है कि उसकी शिक्षा एवं प्रतिभा का विकास, व्यक्तिगत विकास के साथ प्रोत्साहित किया जाता हैं।

5. सामाजिक स्वास्थ्य[5], स्वास्थ्य के आयामों में से एक है। यह स्वास्थ्य का सकारात्मक आयाम है, जो डब्ल्यूएचओं की, स्वास्थ्य की संवैधानिक परिभाषा में शामिल है। इसके साथ ही यह सामाजिक समस्याओं एवं मानसिक बीमारियों की रोकथाम तक ही सीमित नही है, इसमें दूसरों की चिंता एवं चिंता की भावना शामिल हैं। जैसे–जैसे हम जीवन में आगे बढ़ते है वैसे–वैसे ही सामाजिक संबंध हमारे जीवन में अपनी जगह बनाते चले जाते हैं और हम अपने आस पास के विभिन्न समुदायों का हिस्सा बन जाते है। ये सकारात्मक संबंध ही हमें स्वस्थ बनाने की प्रणाली में मदद करते है। जो लोग समाज में अच्छी तरह से एकीकृत रूप में रहते है उनके पास लम्बा और स्वस्थ जीवन होता है एवं अच्छे सामाजिक रिश्ते जीवित रहने की संभावनाओं में वृद्वि के साथ जुड़े हुए होते हैं।
6. सामाजिक स्वास्थ्य में बढ़ोतरी होने से तनाव एवं अवसाद जैसी मानसिक बीमारियां नहीं होती है जबकि सामाजिक अलगाव एवं सामाजिक बहिष्कार दोनों ही जीवन की गुणवत्ता में कमी, अवसाद एवं पुरानी बीमारियों में बढ़ोतरी होने के साथ जुड़े हुए होते है एवं शारीरिक व मानसिक अस्वास्थ्य का कारण बन जाते हैं। इसलिए मानसिक स्वास्थ्य को बनाएं रखने के लिए सामाजिक स्वास्थ्य में बढ़ोतरी करना अति आवश्यक है। अर्थव्यवस्था, वस्तुओं और सेवाओं, शिक्षा एवं समुदायों आदि तक पहुंच व्यक्ति के सामाजिक स्वास्थ्य को निर्धारित करती है।

सामाजिक स्वास्थ्य के आयाम

कोरी ली एम कीज[5] के अनुसार सामाजिक स्वास्थ्य एवं भलाई के पांच आयाम है। सामाजिक एकीकरण, सामाजिक योगदान, सामाजिक सामंजस्य, सामाजिक बोध एवं सामाजिक स्वीकृति।

1. **सामाजिक एकीकरण** – यह समाज के हिस्से के रूप में एक भावना है। यह प्रदर्शित करता है कि किसी व्यक्ति की भावनाएं समाज और समुदाय से किस हद तक जुड़ी है। यह दूसरों के साथ एक व्यक्ति की समानता एवं अपनेपन की भावना को दर्शाता है। सामाजिक रूप से एकीकृत होने के लिए मानदण्डों एवं शौक के माध्यम से दूसरों पर निर्भरता को बढ़ाना होगा। सामाजिक एकीकरण की कमी से समाज में अव्यवस्था उत्पन्न होती है एवं व्यक्ति को सामाजिक रूप से खारिज कर दिया जाता है।
2. **सामाजिक योगदान** – यह समाज में एक व्यक्ति के मूल्य को महसूस करवाता है एवं दूसरों के प्रति व्यक्ति के आत्म दायित्व को दर्शाता है और प्रदर्शित करता है कि एक व्यक्ति का व्यवहार समाज को समग्र रूप से कितना प्रभावित करता है। व्यक्ति की मिड़लाइफ वह अवधि होती है जिसमें वह सर्वाधिक समाज के लिए योगदान कर सकता है।
3. **सामाजिक सामंजस्य** – यह एक ऐसी स्थिति है जहां एक व्यक्ति या एक समूह एक दूसरे के साथ बातचीत करते है। अवांछनीय एवं तनावपूर्ण जीवन की घटनाओं का सामना करने पर लोगो के बीच सकारात्मक बातचीत नए विचारों और सामंजस्य को बनाए रखने की क्षमता को जन्म देती है।
4. **सामाजिक बोध** – यह दूसरों के साथ सकारात्मक आयाम का स्तर है। इसे विकसित करने के लिए लगातार अपने विचारों, प्रयासों एवं अनुभवों को बांटना होता है। जो लोग अपने आप में इस क्षमता की कल्पना करते है वे सामाजिक रूप से स्वस्थ होते है। वे महसूस करते है कि उनके पास समाज को बेहतर एवं स्वस्थ बनाने की क्षमता है और बदले में वे सामाजिक विकास के लाभार्थी होते है।
5. **सामाजिक स्वीकृति** – यह व्यक्ति की समाज में अच्छे एवं बुरे को सहन करने की क्षमता है। समुदाय में ढ़लने के लिए एक व्यक्ति को अपने आस पास के लोगों की तरह व्यवहार करना होता है। समाज में सहज महसूस करने के लिए लोग इस व्यवहार का प्रदर्शन करते है। स्वयं में अच्छे एवं बुरे व्यवहार को समझने एवं स्वीकार करने वाला व्यक्ति सामाजिक एवं मानसिक स्वास्थ्य के लिए जाना जाता है। इस प्रकार यह कह सकते है कि दूसरों की सामाजिक स्वीकृति के लिए आत्म स्वीकृति आवश्यक है।

सामाजिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने की रणनीतियां

अच्छा सामाजिक स्वास्थ्य प्राप्त करने के लिए एक व्यक्ति को निम्न रणनीतियों को अपनाना चाहिए।

- समाज के लिए कुछ समय, प्रयास एवं ऊर्जा का त्याग करें।
- स्वयं की पहचान स्थापित करें।
- नये संबंधों का विकास करें।
- नये वातावरण में समायोजित होना सीखें।
- दोस्तों के साथ पैसा खर्च करें।
- छोटी–छोटी बातों की शिकायित न करें।

सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रणनीतियां

सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए एक व्यक्ति को अन्य व्यक्तियों से सम्पर्क बनाकर, सक्रिय बनकर, स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाकर एवं परिवार में स्वस्थ आदतें विकसित करनी होती है।

1. **सम्पर्क बनाकर –**
    - पढ़ने, ड्राइंग, लेखन, योग आदि के समूहों में शामिल होकर नये शौक विकसित करें।
    - कला, नृत्य, खाना पकाने, तैराकी आदि जैसे नये कोशल सीखें।
    - यात्रा करें एवं नये लोगो से मिलें।
    - स्कूलों या घटनाओं के बाहर स्वयंसेवक बने।

2. **सक्रिय बनकर –**
    - बहस एवं चर्चा में भाग लेकर।
    - एक व्यायाम समूह में शामिल होकर।
    - दोस्तों के साथ नई बाहरी गतिविधियों को शुरूकर।
    - घर के कार्यों में माता पिता की मदद करके।

3. **स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाकर –**
    - माता पिता या अपने दोस्तों के साथ अपनी भावना साझा करें।
    - जरूरत पड़ने पर मदद मांगे एवं देवें।
    - समझौता करें एवं समझौते पर कार्य करें।
    - टकराव और क्रोध से बचें।
    - दूसरों की सुने एवं सम्मान देवें।
    - बुरी संगत से खुद को बचाएं एवं सीमाएं निर्धारित करें।

4. **परिवार में स्वस्थ आदतें विकसित करके –**
    - परिवार के सदस्यों के साथ स्वस्थ भोजन ग्रहन करें।
    - अधिक टीवी या मोबाइल देखने के बजाय बाहर धूमनें जाएं।
    - साथ में खाना पकाएं एवं खाएं।
    - बच्चों को कार्य करने के लिए देवें एवं समाप्त होने पर उन्हें बधाई देवें।
    - अनुशासित व्यवहार के लिए घर पर नियम निर्धारित करें।
    - छुट्टियों के दौरान परिवार के साथ समय बिताएं।

सारणी – 3.3.1

शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	139	92.67
02	असहमत	09	06
03	तटस्थ	02	01.33
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपने सामाजिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना करने के लिए सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव को प्राथमिकता देते हैं, जिनमें 92.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 06 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 01.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.1 में दर्शाया गया है।

3.3.2 सामाजिक वातावरण

1. व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित होता हैं। जिस प्रकार प्रदूषित प्राकृतिक वातावरण स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता हैं उसी प्रकार प्रदूषित सामाजिक एवं सांस्कृतिक वातावरण भी स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव डालता हैं।
2. हमारे स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, स्कूल के वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता हैं।[6]
3. सामाजिक वातावरण समाजशास्त्रीय संदर्भ में तात्कालिक पारिवारिक, भौतिक एवं सामाजिक सेटिंग को संदर्भित करता है। जिसमें लोग रहते है कुछ करते है या विकसित करते है। इसमें वह संस्कृति शामिल है जिसमें व्यक्ति को शिक्षित किया गया था। इसमें वे सभी व्यक्ति एवं संस्थाएं आती है जो आपस में बातचीत या संचार करते है। सामाजिक वातावरण सामाजिक वर्ग एवं सामाजिक दायरे की तुलना में एक व्यापक अवधारणा है। समान सामाजिक वातावरण वाले लोग अक्सर सामाजिक एकजुटता की भावना विकसित करते है। वे एक दूसरे की मदद करते है एक दूसरे पर विश्वास करते है एवं सामाजिक समूहों में एकत्रित होते हैं।[7]
4. इमाइल दुर्खीम[8] ने सामाजिक परिवेश के बारे में व्यापक विचार दिया और तर्क दिया कि इसमें सामाजिक तथ्यों की आंतरिक अपेक्षाएं और सामूहिक प्रतिनिधित्व शामिल है।
5. हेनरी एलेन वर्गर[9] ने रोगी को उसकी बीमारी के निदान के अनुसार स्वस्थ पारिवारिक एवं सामाजिक वातावरण उपलब्ध कराने को सामाजिक सर्जरी कहा था। तब से ही इसी तरह के विचार सामुदायिक मनोचिकित्सा एवं पारिवारिक चिकित्सा में उठाये गये हैं।[10]
6. उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। उदयपुर शहर को झीलों की नगरी, राजस्थान का कश्मीर, पूर्व का वेनिस, फाउंटेन व माउंटेन का शहर, सैलानियो का स्वर्ग एवं व्हाईट सिटी के उपनामों से भी जाना जाता हैं।
7. यहां के प्रमुख स्थलो में पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी, सुखाड़िया सर्किल, लेक पैलेस, राजमहल, जगदीश जी का मन्दिर, सौर वेधशाला, शिल्प ग्राम एवं मोती मगरी हैं।
8. भारतीय संस्कृति, लोक कला एवं परम्पराओं के संरक्षण तथा उन्हें पुनर्जीवित करने के लिए चार राज्यों महाराष्ट्र, गुजरात, गोवा व राजस्थान का, पश्चिमी सांस्कृतिक केन्द्र पिछोला के तट पर गणगौर घाट पर स्थित बागौर की हवेली में स्थापित किया गया है।[11]
9. शोधकर्ता एवं चिकित्सकों द्वारा मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में एवं रोगी के रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए निम्न तरह के सामाजिक वातावरण में परिवर्तन करवाने की उपलब्धता के साथ–साथ रहने के लिए भी प्रोत्साहित किया गया।

- सामाजिक गतिविधियों में रूचि बढ़ाकर।
- सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाकर।
- परिवार के सदस्यों के मध्य संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाकर।
- संगीतयुक्त एवं मनोरंजनात्मक वातावरण उपलब्ध कराकर।
- स्वास्थ्यवर्धक पारिवारिक वातावरण बनाए रखकर।
- आत्मविश्वास एवं निर्णयक्षमता को बढ़ाकर।
- लाचारी एवं बेकारी में कमी लाने को प्रोत्साहित कर।
- साक्षरता एवं कार्य की उपलब्धता को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित कर।

- रहने के मानकों मे वृद्धि करकें।
- प्यार भरे रिश्ते बनाकर एवं निभाकर।
- वित्तीय कठिनाइयों में कमी लाने को प्रोत्साहित कर।
- अकेले रहने वाले व्यक्तियों, तलाकशुदा, विधवा एवं विधुर व्यक्तियों में आत्महत्या के विचारों एवं प्रयासों में कमी लाकर।
- मरीज को सुरक्षापूर्ण, अनुत्तेजक एवं शांत वातावरण उपलब्ध करा कर।
- मरीज की अधिक बोलने की आदत को कम करके।
- मरीज की शारीरिक क्रियाओं में कमी लाकर।
- मरीज की नींद को प्रोत्साहित करके।
- मरीज को व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रेरित करके।
- मरीज के पोषण स्तर को सुधार कर।
- मरीज के व्यवहार हेतु सीमाएं तय करके।
- मरीज की निर्णय क्षमता में सुधार करके।
- मरीज की एकाग्रता एवं ध्यान क्षमता को बढ़ाकर।
- मरीज की सम्प्रेषण एवं समाजीकरण क्षमता को सुधारकर।

10. मनोरोगी की चिकित्सा करते समय चिकित्सकों ने उनकी बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण उपलब्ध कराने के साथ ही स्वस्थ सामाजिक वातावरण में रहने की सलाह दी थी। जैसे अति प्रतिक्रिया वाला व्यवहार, करने वाले मनोरोगी (उन्माद) को शांत एवं अनउत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध कराया गया। इसी प्रकार दुःखी मन एवं कम प्रतिक्रिया करने वाले मनोरोगी (अवसाद) को मनोरंजनात्मक एवं उत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया गया था।

सारणी 3.3.2

सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या एवं प्रतिशत	सहयोगी पक्ष के उत्तरदाता एवं प्रतिशत	असहयोगी पक्ष के उत्तरदाता एवं प्रतिशत	तटस्थ उत्तरदाता एवं प्रतिशत
1	सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना	150 100 %	141 94 %	03 02 %	06 04 %

✓ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती थे तब चिकित्सक के द्वारा उनकी सामाजिक पृष्ठभूमि के साथ सहयोग रखते हुए मानसिक बीमारी का इलाज किया था।

✓ इसके साथ ही उनके जन्म से लेकर भर्ती समय तक की सभी घटनाओं की विस्तृत जानकारी ली एवं पारिवारिक इतिहास को पूछते हुए बीमारी के निदान के अनुसार उनकों सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया था।

✓ ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से 141 हैं, जिनका प्रतिशत 94 है। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.2 में दर्शाया गया है। अर्थात मानसिक बीमारियों के उपचार में चिकित्सक, परामर्शदाता एवं परिवारजनों सहित स्वयं रोगी का सामाजिक वातावरण से जुड़ाव एवं सरोकार रखना सहयोगी होता है।

3.3.3 सामाजिक चिकित्सा[12]

परिचय – जब कोई व्यक्ति किसी भी समय किसी भी प्रकार की सामाजिक चुनौतियों का सामना करता है जैसे सामाजिक चिंता, रिश्तों की समस्याएं, अवसाद, चिंता, घबराहट, भावुकता, आदि को एक विशेष सोच और बातचीत के नये तरीके के माध्यम से बदला जाता है वही नया तरीका सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।

किसी भी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा कहलाता है। चाहे वह परिवार की सेटिंग के भीतर हो, स्कूल में, नौकरी पर, दोस्तों के साथ या मानसिक रोगियों के संदर्भ में हो। अर्थात दूसरों के साथ सकारात्मक बातचीत करना ही सामाजिक चिकित्सा है। शारीरिक एवं भावनात्मक चुनौतियों वाले लोग अक्सर रिश्तों के निर्माण में कठिनाईयों का सामना करते है। सामाजिक चिकित्सा अकलेपन, अलगाव और तनाव की भावना को कम करने मे सहयोगी होती है।

सामाजिक चिकित्सा एक हस्तक्षेप है जो समूहों पर आधारित है और उस समूह के भीतर एक व्यक्ति की भूमिका है। इस थैरेपी को एक ऐसे व्यक्ति की मदद करने के लिए विकसित किया गया है जो समूह की चिकित्सकीय सेटिंग्स में भाग लेकर अपनी भावनाओं को विनियमित करने और दूसरों से सम्बन्ध बनाने के लिए मनोवैज्ञानिक मुद्दों का सामना कर रहा है।

पारम्परिक चिकित्सा आम तौर पर एक मरीज और एक चिकित्सक के बीच होती है लेकिन सामाजिक चिकित्सा एक समूह के अभिन्न अंग के रूप में एकल स्वास्थ्य और कल्याण से ध्यान हटाती है। सामाजिक चिकित्सा का संबंधपरक दृष्टिकोण एक व्यक्ति को उसकी आबादी में एकीकृत करने उसके भीतर उसकी भूमिका को समझने में मदद करता है। सामान्य मनोसामाजिक मुद्दे जैसे चिंता, शर्म, भावनात्मक जुड़ाव, निराशा, उदासी, डिप्रेशन, आत्मविश्वास एवं चेतना से सम्बन्धित विकारों के लिए सामाजिक चिकित्सा दी जाती हैं।

➢ **सामाजिक चिकित्सा के लक्ष्य :–**

- अपने अनुभवों के माध्यम से पीड़ित व्यक्तियों की समस्याओं को हल करना।
- सकारात्मक सामाजिक सहभागिता और सहयोग को प्रोत्साहित करना।
- पीड़ित व्यक्ति का आत्मविश्वास विकसित करने में मदद करना।
- पीड़ित व्यक्ति के लिए स्थायी सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाना।
- समूह में योगदान करने के लिए पीड़ित व्यक्ति को सशक्त बनाना।
- सामाजिक सम्पर्क के लिए शारीरिक और मनोवैज्ञानिक बाधाओं को दूर करना।
- बातचीत के लाभ और आनन्द का एहसास।

➢ **सामाजिक चिकित्सा के लाभ** – सामाजिक चिकित्सा के निम्न लाभ हैं।

- रिश्तों को बढ़ाना।
- व्यक्तित्व का विकास करना।
- रचनात्मकता, उत्पादकता एवं स्वतंत्रता में वृद्धि।
- सहयोगी प्रयासों को प्रोत्साहित करना।
- उदाहरण द्वारा सीखने को प्रोत्साहित करना।

- आत्म नियमन और कौशल को बढ़ाना।
- अकलेपन और अलगाव की भावनाओं को कम करना।
- तनाव व चिंता को कम करना।
- सामाजिक कौशल को बढ़ाना।
- मित्रता करने को प्रोत्साहित करना।

सामाजिक चिकित्सा न केवल एक समूह सेटिंग में भागीदारी के लिए आवश्यक कौशल प्रदान करती है बल्कि यह परिवारों और दोस्तों को समूह सेटिंग में व्यक्तिगत बातचीत के अवसरों के लिए विशेष आवश्यकता वाले व्यक्ति को चिकित्सा प्रदान करने के लिए प्रोत्साहित करती है। सामाजिक चिकित्सा भय, चिंता, शर्मिंदगी, असामान्य नींद, दिल की धडकन बढ़ जाना आदि को सुधारने और कम करने में मदद करती है।

➢ **सामाजिक चिकित्सा देने का समय :—**

- सामाजिक चिकित्सा देने का कोई पूर्व निर्धारित समय नहीं है लेकिन सामाजिक चिकित्सा एक मनोरोगी के उपचार की समग्र योजना का हिस्सा है तो उसके बचपन से लेकर उसकी वर्तमान आयु तक समस्त सामाजिक चुनोतियों को आवश्यकताओं के आधार पर जानना होगा। क्योंकि सामाजिक चिकित्सा आवश्यकताओं पर आधारित है, जब मनोरोगी रिश्तों एवं सामाजिक संपर्कों के बारे में बेचैनी व्यक्त करता है तो उसको सामाजिक चिकित्सा के लिए प्रोत्साहित करते है एवं इस चिकित्सा के लाभों के बारे मे बताते हैं।

➢ **सामाजिक चिकित्सा का उद्देश्य :—**

- पीड़ित व्यक्ति के लक्षणों मे कमी लाकर, सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना तथा सामाजिक कामकाज का विस्तार करना है।

➢ **सामाजिक चिकित्सा कैसे करें :—**

- समूह और व्यक्तिगत गतिविधियों का उपयोग करके किसी भी संख्या में सामाजिक चिकित्सा का प्रदर्शन किया जा सकता है। जैसे ही एक साइकोसोशल थैरापिस्ट मनोरोगी के निकट जाता है तो उसके विचित्र व्यवहार को विक्षिप्तग्रस्त के रूप में समझकर चिकित्सकीय रूप में हल करेगा। जैसे — यदि कोई मनोरोगी अति प्रतिक्रिया वाला व्यवहार कर रहा है तो उसे शांत सामाजिक वातावरण उपलब्ध करना होगा, इसी प्रकार दुःखी मन वाले व्यक्ति को मनोरंजनात्मक सामाजिक वातावरण उपलब्ध करना होगा।

➢ **सामाजिक चिकित्सा कहां पर करें :—**

- सभी स्थानो पर सामाजिक चिकित्सा की जा सकती है। लेकिन समूह के सदस्यों एवं उनकी गतिविधियों के अनुकूल होनी चाहिए।
- वर्तमान में सामाजिक चिकित्सा ज्यादातार एक नैदानिक केंन्द्र में जो सामाजिक चिकित्सा में विशेषज्ञता लिए हुए हो, के द्वारा की जाती है। सभी गतिविधियों की देखरेख एक मनोसामाजिक विशेषज्ञ के द्वारा की जाती है। इसके अतिरिक्त माता—पिता को भी ऐसी नीतियां सिखाई जाती हैं, जो पारिवारिक इकाई के भीतर सकारात्मक बातचीत को बढ़ाने में सहायक हो। सामाजिक चिकित्सा निम्न स्थान पर दी जाती है।
- मनोवैज्ञानिक कार्यालय, मानसिक स्वास्थ्य केंद्र एवं अस्पताल।
- आउट पेशेंट केन्द्र, पुनर्वास केन्द्र, नशा निवारण केन्द्र।
- स्कुल एवं विशिष्ट अभ्यास वाले स्थान।
- सामान्य पाठशाला एवं मंदबुद्धि बच्चों हेतु विशेष स्कूलों में।
- सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य केन्द्रों में।
- औद्योगिक स्वास्थ्य इकाइयों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य गृहों में।

- **सामाजिक चिकित्सा कौन प्रदान कर सकता है।**
  - वे व्यक्ति जिनकी मानसिक स्वास्थ्य परामर्श में व्यापक पृष्ठभूमि हो सामाजिक चिकित्सा प्रदान कर सकता है। जैसे मनोचिकित्सक, मनोविशेषज्ञ, सामाजिक कार्यकर्ता एवं क्लिनीकल समाजशास्त्री। एक योग्य चिकित्सक भी सामाजिक चिकित्सा में भाग लेता है जिसने कुछ नैदानिक प्रशिक्षण पूरा किया हैं।
- **सामाजिक चिकित्सा के दौरान क्लिनीकल समाजशास्त्री[13] की भूमिका**
  - क्लिनीकल समाजशास्त्री सामाजिक चिकित्सा के दौरान कई प्रकार की भूमिकाएं निभाता है। जैसे सोशल थैरेपिस्ट की भूमिका।
  - मरीज की माता–पिता एवं एक अध्यापक की भूमिका।
  - एक सलाहकार एवं एक प्रशासक की भूमिका।
  - एक तकनीशीयन एवं एक कम्यूनिकेटर की भूमिका।
  - व्यवसायिक थैरेपिस्ट एवं सामाजिक एजेन्ट की भूमिका।
  - मरीज हेतु रोल मोडल एवं मरीज हेतु प्रेरक की भूमिका।

सामाजिक चिकित्सा

परिचय – सामाजिक चिकित्सा[14] को ही मनोचिकित्सा के समान ही माना जाता है।

मनोचिकित्सा का इतिहास प्राचीन हैं। प्रारम्भ में हिप्पोक्रेटिज का मानना था कि मनोरोगों के उपचार हेतु भोजन में परिवर्तन, मालिश या अन्य तकनीक द्वारा सुधार लाया जा सकता है। बाद में कई विद्वान यह मानने लगे कि मानसिक रोगियों की तकलीफों और आपबीती को ध्यानपूर्वक सुनकर इनके कष्टों को दूर किया जा सकता है। इन्हीं विद्वानों के प्रयास स्वरूप अनेक नई मनो–चिकित्सा पद्धतियों का विकास हुआ।

वोलबर्ग[15] के अनुसार – "यह भावनात्मक समस्याओं के उपचार का मनोवैज्ञानिक तरीका है, जिसमें एक प्रशिक्षित व्यक्ति मरीज के साथ निम्न लक्ष्यों की प्राप्ति हेतु एक व्यवसायिक संबंध स्थापित करता है। उपस्थित चिकित्सीय लक्षणों को हटाने, परिवर्तित करने हेतु। व्यवहार के विचलित रूपों में सुधार लाना एवं व्यक्तित्व में सकारात्मक वृद्धि एवं विकास को प्रोत्साहित करना।" अर्थात मानव मन पर प्रभाव डालने की क्रिया ही मनोचिकित्सा है, जिसका लक्ष्य रोग का निराकरण करना होता है।

मनोचिकित्सकों एवं मनोविशेषज्ञों के द्वारा मनोचिकित्सा का उपयोग साइकोसिस मनोरोगियों के उपचार हेतु सहायक चिकित्सा के रूप में किया जाता हैं।

मनोचिकित्सा के उद्देश्य एवं महत्व[16]

1. इससे रोगी को रोग से छुटकारा मिलता है एवं उसके लक्षणों की तीव्रता में कमी आती हैं एवं मनोरोगी की कार्यक्षमता में वृद्धि होती हैं।
2. इसमें मनोरोगी के उपचार के साथ उसके शारीरिक क्रियाओं पर भी नियंत्रण स्थापित होता हैं एवं उपचार से लाभ के साथ–साथ रोगी की समझ, आत्म–निर्भरता, आत्म–सम्मान में वृद्धि होती हैं।
3. इस उपचार पद्धति के द्वारा रोगी को जीवन के विभिन्न क्षेत्रों में समायोजन में सहायता मिलती हैं जिससे रोगी की मनःस्थिति में परिवर्तन आता है एवं रोगी प्रसन्नता का अनुभव करता हैं।
4. मनोपचार पद्धति के प्रभाव से रोगी की क्रियाओं में परिवर्तन आता है एवं रोगी धीरे–धीरे निर्देशित लक्ष्यों को प्राप्त करना प्रारम्भ करता है।

मनो–सामाजिक चिकित्सा के प्रकार[17]

1. व्यक्तिगत मनोचिकित्सा
उदाहरण :– मनो–विश्लेषण थैरेपी, सम्मोहन, एबरिएक्शन एवं सहायक मनोचिकित्सा।

2. समूह थैरेपी
3. व्यवहार चिकित्सा
   उदाहरण :– सिस्टेमिक डिसेन्सटाइजेशन, ऐबरसन थैरेपी, फलोडिंग थैरेपी, सकारात्मक एवं नकारात्मक रैनफोर्समेन्ट थैरेपी, असरटिबनेस थैरेपी एवं संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा।
4. अन्य थैरेपी : उदाहरण :– इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी।

3.3.3.1 व्यक्तिगत मनोचिकित्सा

व्यक्तिगत मनोचिकित्सा में एक समय में एक ही व्यक्ति को मनोचिकित्सा प्रदान की जाती है। यह थैरेपी एक से एक संबंध पर आधारित है। इसलिये इसकी सफलता विश्वासपूर्ण थैरेपीस्ट–मरीज संबंध पर निर्भर करती हैं।

व्यक्ति आधारित मनोचिकित्सा के प्रकार – मनो–विश्लेषण थैरेपी, सम्मोहन, एबरिएक्शन एवं सहायक मनोचिकित्सा।

3.3.3.1.1 मनो–विश्लेषण थैरेपी

मनो–विश्लेषण थैरेपी का विकास सिगमण्ड फ्रायड[18] द्वारा किया गया। यह थैरेपी निम्न पांच सिद्धान्तों पर आधारित है – मन के स्तर का सिद्धान्त, मन की संरचना का सिद्धान्त, मनोरचनाओं का सिद्धान्त एवं मनो विकास सिद्धान्त – ये चारों सिद्धान्त व्यक्ति के मन को केसे प्रभावित करते है इसका विवेचन शोधकर्ता ने अध्याय एक के उपशीर्षक 1.4 में कर दिया है।

स्वप्न का सिद्धान्त

स्वप्न का सिद्धान्त – यह मन में छिपी दमित भावनाओं, स्मृतियों एवं मन के आन्तरिक संघर्षों पर केन्द्रित है। इस सिद्धान्त के अनुसार हमारे सारे दुःखद अनुभवों का, हमारी अधुरी इच्छाओं एवं दमित भावनाओं का अचेतन मन में संग्रह होता है, ये छिपी हुए भावनाएं एवं इच्छाएं स्वप्न द्वारा प्रकट होती है। अतः फ्रायड[18]. ने स्वप्न को रॉयल रोड टू कोन्सियस माना हैं। फ्रायड के अनुसार अचेनत मन की ये अधूरी इच्छाएं उद्वेग का कारण बनती है। अतः इनका संतुष्टीकरण एकमात्र उपाय स्वप्न या कल्पना तरंगों के माध्यम से इन्हें अभिव्यक्त करना है। इसे ही ड्रीम वर्क के नाम से जाना जाता हैं। फ्रायड[18] ने मनो–विश्लेषण हेतु चार तरीकों का प्रयोग किया है – मुक्त साहचर्य, स्वप्न विश्लेषण, व्याख्या एवं पुनर्शिक्षण एवं स्थानान्तरण।

a) **मुक्त साहचर्य** – इसमें रोगी को मंद प्रकाश वाले कमरे में एक विशेष आराम वाली कुर्सी पर बैठाया जाता है। मनोविश्लेषक इस प्रकार बैठता है कि वह रोगी के सम्पर्क में न आ सके। मनोविश्लेषक सर्वप्रथम मरीज के साथ सौहार्दपूर्ण संबंध स्थापित करता है। इसके पश्चात् मनोविश्लेषक कुछ उत्तेजक वाक्यों के द्वारा रोगी के मन से दमित भावनाओं को बाहर निकालने का प्रयत्न करता है। रोगी जब अपने मन की दमित भावनाओं को व्यक्त कर देता है तो वह राहत का अनुभव करता है, इसे केथारिस भी कहते हैं।
b) **स्वप्न विश्लेषण** – स्वप्न विश्लेषण से अनेक अवदमित विचारों एवं भावनाओं का पता चलता है। रोगी के स्वप्नों की सामग्री को मनोचिकित्सक समय–समय पर एकत्रित करता रहता है तथा इस सामग्री के विश्लेषण के आधार पर अचेतन मन की अवदमित इच्छाओं को ज्ञात कर रोग के कारणों का पता लगाता हैं।
c) **व्याख्या एवं पुनर्शिक्षण** – मुक्त साहचर्य एवं स्वप्न विश्लेषण से प्राप्त सामग्री के आधार पर मनो–विश्लेषक रोग के कारणों का पता लगाने का प्रयास करता हैं। इसमें मनोविश्लेषक

संबंध–विच्छेद अवस्था में मरीज की पुनः शिक्षा द्वारा समाज के नियमों के अनुसार रोगी के व्यक्तित्व का पुनर्निर्माण करता हैं।

d) स्थानान्तरण – मनोविश्लेषण में स्थानान्तरण एक चरम अवस्था है। इस अवधि में रोगी और मनोविश्लेषक के बीच विकसित संवेगात्मक संबंध ही स्थानान्तरण है। इस अवस्था में रोगी बिना किसी हिचकिचाहट के अपनी सभी गुप्त बातों को मनोविश्लेषक के सामने रखता है। परिणामस्वरूप चिकित्सक रोगी के प्रति सकारात्मक एवं नकारात्मक प्रतिक्रिया करता है।

सारणी – 3.3.3.1.1

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनो–विश्लेषण थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	89	59.33
02	असहमत	48	32
03	तटस्थ	13	8.67
कुल	योग	150	100

- ➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनो–विश्लेषण थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 32 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.1 में दर्शाया गया है।
- ➢ विपक्ष वाले उत्तरदाताओं पर मनो–विश्लेषण थैरेपी का प्रयोग नहीं किया गया था क्योंकि इनमें साइकोसिस लक्षण ज्यादा उपस्थित थे। अर्थात इस थैरेपी का उपयोग ज्यादातर न्युरोसिस विकारो एवं न्युरोसिस लक्षण रखने वाले साइकोसिस मरीजों पर किया जाता है।

3.3.3.1.2 सम्मोहन[19]

परिचय – हिप्नोसिस शब्द की व्युत्पत्ति एक ग्रीक शब्द हिप्नोस से हुई हैं। जिसका अर्थ नींद है। ब्रेड ने सम्मोहन शब्द का सर्वप्रथम प्रयोग किया एवं शार्को एवं उसके सहयोगियों ने इस विधि का प्रयोग हिस्टीरिया के उपचार हेतु किया था।

थैरेपी विवरण

1. यह एक जटिल प्रक्रिया है, जिसमें व्यक्ति की एकाग्रता अपने चरम पर होती हैं।
2. हिप्नोसिस में एक बिंदु पर एकाग्रता सर्वाधिक होती है एवं पेरीफेरल जागरूकता कम हो जाती हैं।
3. यह एक सतही या गहरी अवस्था है जो कि निद्रा के समान हैं।
4. यह निरन्तर सलाह एवं रिलेक्सेसन विधि की सहायता से प्रेरित की जाती हैं।
5. इस थैरपी के लिए जरूरी है कि मरीज स्वयं सम्मोहित होने हेतु इच्छुक हो, एवं उसमें सम्मोहित होने की योग्यता होनी चाहिये।
6. हिप्नोसिस का संचालन सिर्फ ऐसे मनोचिकित्सक द्वारा किया जाता है जो साइको डायनेमिक क्षेत्र में प्रशिक्षित होता है।
7. इस थैरपी का उपयोग हिस्टीरीया, उद्वेग विकार एवं स्मृति विकार, मनो–दैहिक विकार बच्चों के मनोरोगों के उपचार हेतु एवं व्यसन विकारो के लिए भी किया जाता है।

सम्मोहन के उद्देश्य एवं महत्व :–

1. यह मरीज की समस्याओं का समाधान निकालता हैं।
2. इससे मनोचिकित्सक को मनचाही जानकारी प्राप्त होती हैं।
3. यह मनोचिकित्सा का अधिक प्रत्यक्ष रूप हैं।
4. यह मनोचिकित्सक की समस्या के एक भाग पर ध्यान केन्द्रित करने की क्षमता बढ़ाती हैं एवं मरीज का स्वयं पर नियंत्रण बढ़ाती हैं।
5. मरीज की सलाह स्वीकार करने की योग्यता से समस्या अधिक स्पष्ट रूप से सामने आती हैं।
6. यह मरीज के पूर्व के स्व–सम्मान स्तर को पुनःस्थापित करती हैं।
7. यह मरीज के वातावरण को तनाव के कारकों से मुक्त करती है।

सम्मोहन के दोष :–

1. इस थैरेपी का सबसे बड़ा दोष यह है कि इसका उपयोग केवल कुछ चिकित्सकों तक ही सीमित है, क्योंकि रोगी को सम्मोहित करना एक कठिन कार्य है। यह सिर्फ एक उच्च प्रशिक्षित साइकोथैरेपिस्ट द्वारा ही सम्भव हैं।
2. इससे सभी मानसिक रोगों की चिकित्सा सम्भव नहीं हैं।
3. इसका एक दोष यह भी है कि बार–बार सम्मोहन से व्यक्ति दूसरों पर अवलम्बित रहना सीख लेता है एवं स्वावलम्बी बनकर जीवन व्यतीत नहीं कर पाता।
4. इस हेतु मरीज में स्व–इच्छा एवं सलाह स्वीकार करने की योग्यता का होना आवश्यक है।

हिप्नोसिस की तकनीक :–

हिप्नोसिस एक जटिल प्रक्रिया है। जिसके मुख्य तत्व निम्न है।

1. रिलेक्शेसन एवं धीमा श्वास लेना।
2. एक ही स्वर में निरन्तर निर्देश।
3. ध्यान केन्द्रित करने हेतु एक स्थिर बिंदु।
4. सलाह की एक श्रृंखला।

हिप्नोसिस के तीन मुख्य मनोवैज्ञानिक कारक है।

1. गहरे अनुभवों का अवशोषण।
2. दुखद अनुभवों से मनोविच्छेदन।
3. मरीज की सलाह स्वीकार करने की योग्यता।

मनोरोग विज्ञान में हिप्नोसिस का प्रयोग दो प्रकार से होता है।

1. सतही अनुभव – इसका रिलेक्शेसन हेतु प्रयोग होता है।
2. गहरे अनुभव – इसका प्रयोग हिस्टीरिया के उपचार हेतु किया जाता है।

हिप्नोसिस तकनीक के चरण

1. मरीज को सर्वप्रथम एक आरामदायक कुर्सी या बिस्तर पर लिटाया जाता हैं।
2. हिप्नोसिस रूम का वातावरण शान्त एवं धुंधला प्रकाशित होता है।
3. मरीज को अपनी दृष्टि एक बिंदु पर केन्द्रीत करने हेतु कहा जाता है यह बिंदु एक स्थिर वस्तु हो सकती है जैसे – एक रिंग, एक सिक्का, दीवार पर कोई बिंदु या पेंसिल की नोक।
4. यह बिंदु कोई दोलन करती हुई वस्तु भी हो सकती है। यह बिन्दु नाक से 3 सेमी ऊपर एवं 8 सेमी दूरी पर होता है।
5. जब वह अपना ध्यान केन्द्रीत कर लेता है, थैरेपीस्ट मरीज के रिलेक्शेसन एवं निद्रा को प्रेरित करने हेतु एक ही स्वर में निर्देश/सलाह देता हैं –
   जैसे तुम्हारी आँखे अब बंद हो रही है, अब तुम रिलेक्श होने जा रहे हो, तुम्हारी पलके बोझील होती जा रही है, तुम निद्रा की अवस्था में जा रहे हो।

6. इस स्तर पर मरीज का सहयोग बेहद जरूरी है। अगर मरीज कहे अनुसार आँखे बंद कर लेता है तो आगे के निर्देश दिये जाते है। ये निर्देश तब तक जारी रहते है जब तक मरीज की पलके कंपन करना प्रारम्भ करती है एवं मरीज निद्रावस्था की तरह श्वास लेना प्रारम्भ करता हैं।
7. यह एक हिप्नोटिक ट्रेन्स की अवस्था है, यह निद्रा से अलग है। इस अवस्था में व्यक्ति पूछे गये प्रश्न स्पष्ट रूप से सुन सकता है एवं जवाब दे सकता हैं।
8. इस ट्रेन्स फेज को निम्न प्रकार से उपयोग किया जाता है :–
   - मरीज से विविध प्रकार से प्रश्न पूछे जाते हैं।
   - मरीज की अचेतन मन में एकत्रित अधूरी इच्छाओं को सक्रिय किया जाता है एवं इनका पता लगाया जाता हैं।
   - किसी भी अवांछित लक्षणों को हटा दिया जाता हैं।
   - मरीज अपने जीवन के दुखद पूर्व अनुभवों को अभिव्यक्त करता हैं।
   - इसी चरण में पोस्ट हिपनोटिक सुझाव दिये जाते है।
9. सम्मोहित मरीज से ऐसे कार्य करने या बात करने हेतु मजबूर (बल–प्रयोग) नहीं किया जाता है, जिससे उसकी पूर्व–मान्यताओं एवं विश्वासों के मध्य संघर्ष उत्पन्न करता हो।
10. सम्मोहन का अंत – मनोचिकित्सक द्वारा तेज ताली बजाकर या चुटकी बजाकर मरीज की सम्मोहन अवस्था का अंत किया जाता हैं।
11. मरीज के पुनः सामान्य अवस्था में आने के बाद भी थैरेपी के दौरान दिये गये निर्देश का प्रभाव बना रहता है। अतः मनोचिकित्सक इस प्रभाव का उपयोग अतिरिक्त जानकारी प्राप्त कर मरीज के उपचार हेतु करता है।

सारणी – 3.3.3.1.2

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सम्मोहन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	02	1.33
02	असहमत	137	91.33
03	तटस्थ	11	7.34
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि केवल 02 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सम्मोहन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 01.33 प्रतिशत है। एवं 91.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.2 में दर्शाया गया है।

3.3.3.1.3 एबरिएक्शन[20]

परिचय – यह प्रक्रिया मानसिक वातायन के समान है। मानसिक वातायन की तरह इसमें भी व्यक्ति के अचेतन मन के अन्तर्द्वन्दों, अधुरी इच्छाएं एवं संबंधित भावनाओं को चेतन मन में लाकर अभिव्यक्त किया जाता है। अन्तर यह है कि इसमें संवेगों को व्यक्त करने का स्तर/मात्रा अधिक होती है। संवेगों को

व्यक्त करवाना ही एक थैरेपी की तरह कार्य करता है। अर्थात यह एक उपचारात्मक तकनीक है, जिसमें मरीज अपनी दमित भावनाओं के बारे में खुलकर बात करता है एवं अपने दुःखद अचेतन अनुभवों से मुक्ति पाता हैं। इसका उपयोग हिस्टीरिया एवं जड़ता मनोरोगों के उपचार हेतु भी किया जाता है।

थैरेपी वर्णन

1. इसका प्रयोग सामान्यतः ऐसे व्यक्तियों के उपचार हेतु किया जाता है जो युद्ध के समान किसी अन्य दुर्घटना से पीड़ित हैं।
2. यह एक स्वतंत्र थैरेपी न होकर यह हिप्नोसिस एवं मनोविश्लेषन का भी आवश्यक भाग हैं।
3. यह थैरेपी अन्य थैरेपी की तरह ही मरीज के दमित अनुभवों एवं पुरानी घटनाओं को बाहर निकालती हैं।
4. इस थैरेपी का दो प्रकार से क्रियान्वयन होता है – औषधि के प्रयोग के साथ एवं बिना किसी औषधि के साथ।

सारणी – 3.3.3.1.3

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में एबरिएक्शन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	13	8.67
02	असहमत	132	88
03	तटस्थ	05	3.33
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि केवल 13 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में एबरिएक्शन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 08.67 प्रतिशत है। एवं 88 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.3 में दर्शाया गया है।

3.3.3.1.4 सहायक मनोचिकित्सा[21]

परिचय – यह व्यक्ति आधारित मनोचिकित्सा का एक प्रकार हैं। इसे सतही चिकित्सा के नाम से भी जाना जाता है। इस थैरेपी में मनोचिकित्सक इन तकनीकों द्वारा मरीज के भावनात्मक तनावों को दूर करता है – मानसिक वातायन, वातावरण में परिवर्तन, परशुऐशन, रिएजुकेशन, सुझाव एवं वर्णन।

1. **मानसिक वातायन** – यह इस कहावत को चरितार्थ करता है कि खुशी बांटने से दुगनी होती है एवं दुःख बांटने से आधा होता है। अपने दमित संवेगों को व्यक्त करना ही मानसिक वातायन कहलाता है। इसमें मरीज को ऐसा वातावरण उपलब्ध कराया जाता है, जिसमें मरीज स्वतंत्र रूप से अपनी भावनाएं व्यक्त करता है एवं अपनी समस्याओं को बांटता है। ये समस्याएं सामाजिक कारणों एवं मनोवैज्ञानिक कारणों की वजह से होती हैं। इस प्रकार मानसिक वातायन की यह प्रक्रिया भावनात्मक तनाव को कम करती है एवं उपचार में सहायक हैं।
2. **वातावरण में परिवर्तन** – यह भी सहायक मनोचिकित्सा का प्रकार है इसमें मरीज के निदान के अनुसार वातावरण में फेरबदल (परिवर्तन) किया जाता है। इसे मुख्य मनोचिकित्सा के साथ सहायक

रूप से प्रयोग किया जाता है, जिससे सकारात्मक परिणामों की सम्भावना बढ़ जाती हैं। जैसे – एक उन्माद एवं आक्रामक प्रवृत्ति के मरीज हेतु शान्त एवं अनुत्तेजक वातावरण उपलब्ध कराया जाता है एवं अवसाद के मरीज को मनोरंजनात्मक एवं क्रियाशील वातावरण उपलब्ध कराया जाता है, जो उसे अन्य लोगों के साथ बातचीत करने एवं समाजीकरण हेतु प्रेरित करता है। इस प्रकार मरीज के अनुरूप वातावरण तैयार करने को वातावरण में फेरबदल कहा जाता हैं।

3. **परशुऐशन** – इस प्रक्रिया के अन्तर्गत थैरेपीस्ट मरीज को अपनी समस्याओं को सुलझाने हेतु अनेक नये तरीके सुझाता हैं। वह मरीज को अपने व्यवहार में बदलाव की सलाह भी देता है। मरीज थैरेपीस्ट द्वारा सुझाये गये नये तरीकों के साथ समस्या का हल निकालने हेतु स्वयं की तर्क–शक्ति, इच्छा शक्ति एवं स्व–मूल्यांकन का भी प्रयोग करता हैं।
4. **रिएजुकेशन** – यह सहायक मनोचिकित्सा की एक तकनीक है जो मरीज में सकारात्मक मनोवृत्ति के विकास में सहायता करती है। यह उन मरीजों हेतु बहुत लाभदायक है, जिनका आत्म–विश्वास स्तर कम होता हैं एवं उद्वेग विकारों से पीड़ित होते है। रिएजुकेशन द्वारा मरीज को भावनात्मक समस्याएं सुलझाने हेतु नये प्रभावी तरीके सिखाये जाते हैं। साथ ही मरीज के आत्म विश्वास को बढ़ाने हेतु सकारात्मक आश्वासन दिये जाते है। लेकिन इसमें थैरेपीस्ट झूठे आश्वासन देने से बचता है, जैसे तुम कुछ ही दिनों में ठीक हो जाओगे, तुम्हारे डर आधारहीन है एवं तुम्हें चिंता करने की कोई आवश्यकता नहीं हैं इत्यादि।
5. **वर्णन** – मरीज को अपनी बीमारी के बारे में पर्याप्त जानकारी दी जाती है जिससे कुछ हद तक उसके उद्वेग एवं तनाव में कमी आती है। अतः सलाह एवं व्याख्या (विवेचन) भी मनोचिकित्सा की एक सहायक तकनीक है। इसमें थैरेपीस्ट मरीज एवं उसके परिजनों को निम्न बिन्दुओं पर पर्याप्त विवेचन देता है – बीमारी (मनोरोग) का वर्णन, कारणों का वर्णन एवं उपचार की विधि का वर्णन। इससे मनोरोग एवं उपचार से संबंधित डर एवं चिन्ता में कमी आती है।
6. **सुझाव** – सुझाव एक सकारात्मक कथन है जो लक्षणों की गम्भीरता को कम करता है। सुझाव एवं वर्णन का प्रयोग मुख्यतः मनोस्नायु एवं मनोदेहिक विकारों के मरीजों के उपचार हेतु किया जाता है।

सारणी – 3.3.3.1.4

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सहायक मनोचिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	138	92
02	असहमत	03	02
03	तटस्थ	09	06
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 138 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सहायक मनोचिकित्सा की विभिन्न विधियों के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 92 प्रतिशत है। एवं 02 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.4 में दर्शाया गया है।

3.3.3.2 समूह मनोचिकित्सा[22]

परिचय – इस थैरेपी का सर्वप्रथम प्रयोग 1905 में जोसेफ प्रेत ने टी.बी. के मरीजों हेतु किया था। इसको फेमिली थैरेपी के उपनाम से भी जाना जाता हैं। यह मनोवैज्ञानिक समस्याओं के उपचार का एक माध्यम हैं, जिसमें मरीजों के एक समूह को मनोचिकित्सकों को एक समूह द्वारा मनोचिकित्सा प्रदान की जाती है। साथ ही मरीज एक–दूसरे से अन्तःक्रिया करते है एवं समस्या समाधान में मदद करते है।

थैरेपी वर्णन

1. समूह थैरेपी में 8-10 मरीजों के समूह को एक साथ साइको थैरेपी दी जाती हैं।
2. यह थैरेपी अन्य थैरेपियों की तुलना में कम खर्चीली है एवं इसमें समय भी कम खर्च होता हैं एवं इसके सत्र् का आयोजन सप्ताह में एक बार होता हैं।
3. समूह थैरेपी के एक सत्र् की अवधि अन्य की तुलना में अधिक होती है। इसके एक स्त्र की लम्बाई एक से दो घण्टे होती है जबकि व्यक्ति आधारित मनोचिकित्सा के स्त्र की अवधि लगभग 30 मिनट होती हैं।
4. समूह थैरेपी में समूह के सभी मरीजों की समस्या एक ही प्रकार की होती हैं। जैसे एल्कोहोलीज्म एवं मादक द्रव्य व्यसन तथा ऐल्जाइमर रोग।

समूह थैरेपी के लक्ष्य :–

1. इस थैरेपी के माध्यम से समूह के सभी सदस्यों की अन्तर्दृष्टि का विकास करते हैं।
2. इसमें समूह के सभी सदस्यों की सम्प्रेषण कला में सुधार किया जाता हैं।
3. इससे समूह के मरीजों के अन्तःसम्बन्धों में मजबूती लाई जाती हैं।
4. इसमें मरीज एक–दूसरे के साथ अपनी भावनाओं, विचारों एवं अनुभवों को बांटते हैं।
5. इससे मरीजों में पारस्परिक सम्मान की भावना में वृद्धि होती है एवं साथ ही साथ उनके स्व–सम्मान एवं आपसी समझ में वृद्धि होती है।

समूह के प्रकार :–

1. **उपचारात्मक समूह** – इस समूह के सभी मरीज मनोचिकित्सक के मार्ग–निर्देशन में मानसिक स्वास्थ्य के सुधार हेतु एक साथ कार्य करते है। इस समूह के मरीज सामान्यतः किसी लम्बी अवधि के मनोरोगों से पीड़ित होते हैं।
2. **सहायक समूह** – यह समूह मरीजों का समूह नहीं हैं इस समूह के सदस्य चयनित मरीजों के समूह की विभिन्न प्रकार से सहायता सकते है, जैसे – संगीत थैरेपी द्वारा, कला थैरेपी द्वारा एवं नृत्य थैरेपी द्वारा। इन सहायक समूह के उदाहरण निम्न हैं – समाजीकरण समूह, मनोरंजन करने वाले समूह एवं वास्तविकता से उन्मुख कराने वाले समूह।
3. **पारम्परीक समूह** – इस समूह के सदस्य वे मरीज होते है, जो हॉस्पीटल में भर्ती होते है। इस समूह के सदस्यों को विभिन्न नये तरीकों द्वारा मनोचिकित्सा प्रदान की जाती हैं। जैसे – लेक्चर विधि एवं फिल्म शो द्वारा। इसमें थैरेपीस्ट सर्वप्रथम मरीजों को दिशा–निर्देश एवं अपने विचार व्यक्त करता है और बाद में मरीजों को एक–दूसरे से बात करने की अनुमति देता है।
4. **अपारम्परीक समूह** – इसे साइको ड्रामा भी कहा जाता है। इसमें समूह के सदस्य विविध प्रकार के नाटकों में भिन्न प्रकार की भूमिका निभाते है, ये नाटक जीवन की परिस्थितियों से संबंधित होते है। ये नाटक मरीज को अपनी भावनाएं एवं विचार अभिव्यक्ति हेतु मंच प्रदान करते हैं। इसके द्वारा अपने व्यवहार के बारे में अन्तर्दृष्टि भी विकसित होती हैं।
5. **प्रशिक्षण समूह** – इसे टी समूह भी कहा जाता है। इस समूह में मुख्य ध्यान अव्यक्त भावनाओं एवं विचारों को अभिव्यक्त करने पर दिया जाता है। इस समूह के सदस्य सामान्य व्यक्ति भी हो सकते है। इसके लिये सदस्यों का मनोरोगी होना आवश्यक नहीं हैं।

6. **समजात समूह** – इस समूह के सदस्य लिंग, आयु, जाति, सामाजिक–आर्थिक स्तर के आधार पर समान होते है, अतः इसे समजात समूह कहा जाता है।
7. **विषमजात समूह** – यह समजात समूह के पूर्णतः विपरीत समूह है। इस समूह के सदस्य किसी भी आधार पर (आयु, लिंग, सामाजिक–आर्थिक स्तर) समान नहीं होते है।
8. **खुले एवं बन्द समूह** – खुले समूह के सदस्य किसी भी समय सदस्यता ग्रहण या त्याग कर सकते है। बंद समूहों के सदस्यों की निश्चित संख्या और निश्चित अवधि होती है। इसके सदस्य चाह कर भी मध्यावधि में सदस्यता ग्रहण या त्याग नहीं सकते है।
9. **मनोरोगों के आधार पर बनाये गये समूह** – कभी–कभी समूह का निर्माण मनोरोग के वर्गीकरण के आधार पर भी होता हैं। जैसे – साइकोसिस समूह एवं न्युरोसिस समूह।

समूह थैरेपी के चरण :–

समूह मनोचिकित्सा के चार मुख्य चरण है।

1. **पूर्व परिचय चरण** – इस चरण में निम्न कार्य सम्पन्न किया जाता है।
   - भौतिकता का निर्धारण तथा जगह एवं समय का निर्धारण।
   - समूह के प्रकार का निर्धारण, सत्र् की संख्या एवं सदस्यों की संख्या का निर्धारण।
   - थैरेपी के उद्देश्य का निर्धारण।
2. **उन्मुख चरण** – इस चरण के कार्य निम्न है।
   - समूह के सदस्यों का एक–दूसरे से परिचय कराना।
   - मरीजों का थैरेपीस्ट से परिचय कराना।
   - समूह के सदस्यों को दिशा–निर्देश देना एवं समूह प्रतिनिधि का चयन।
   - समस्या समाधान हेतु वातावरण तैयार करना।
3. **कार्य का चरण** – यह समूह थैरेपी का सबसे महत्वपूर्ण चरण है। इस चरण में निम्न कार्य किये जाते है।
   - आपसी समझ एवं सहयोग द्वारा समस्याओं का समाधान करना।
   - आपसी अन्तर्द्वन्दों का समाधान करना।
   - समूह के सदस्यों को अपनी–अपनी भूमिका का वितरण।
   - समूह के सदस्यों में हम की भावना का निर्माण करना।
4. **समाप्ति चरण** – समूह अनुभवों का मूल्यांकन करना।
   - खुले समूह में थैरेपी का समापन एक वैयक्तिक प्रक्रिया है एवं बन्द समूह में यह एक सामूहिक प्रक्रिया हैं।
   - इस चरण में समूह के सदस्यों में निम्न समस्याएं उत्पन्न होती है। जैसे चिन्ता, प्रतिगमन एवं स्थानान्तरण इत्यादि।

समूह थैरेपी के लाभ :–

1. यह उपचार की विधि मूल्यरहित है, इस विधि द्वारा अनेक मरीजों को एक साथ मनोचिकित्सा प्रदान की जाती हैं।
2. इस थैरेपी के माध्यम से समूह के सदस्यों को समस्या समाधान के अन्य तरीकों के बारे में जानकारी प्राप्त होती हैं।
3. इसमें मरीजों को अन्य की समस्याओं के बारे में जानने का अवसर प्राप्त होता है। इससे उनके अकेलेपन, उदासीनता की भावना में कमी आती हैं।
4. समूह थैरेपी मरीजों को एक सुरक्षित वातावरण में अपने तरीके से सम्प्रेषण हेतु अवसर प्रदान करती हैं।

5. इस थैरेपी द्वारा मरीजों को अपनी कार्यात्मक–भूमिका निभाने का अवसर मिलता है। इसमें मरीज थैरेपीस्ट के साथ को–थैरेपीस्ट की तरह कार्य करते है।

समूह थैरेपी की हानियां :–

1. इसमें मरीज की प्राइवेसी का हनन होता है, क्योंकि इस थैरेपी में मरीज की व्यक्तिगत भावनात्मक समस्याओं के समाधान हेतु समूह में खुली चर्चा होती हैं।
2. यह उन मरीजों हेतु उपयुक्त नहीं है, जो अन्य मरीजों से बात करने में हिचकिचाहट रखते है एवं सही प्रकार से सम्प्रेषण नहीं कर पाते हैं।

सारणी – 3.3.3.2

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में समूह थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	142	94.67
02	असहमत	02	01.33
03	तटस्थ	06	04
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 142 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में समूह थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 94.67 प्रतिशत है। एवं 01. 33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 04 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.2 में दर्शाया गया है।

3.3.3.3 व्यवहार चिकित्सा[23]

परिचय – व्यवहार चिकित्सा मनोचिकित्सा का एक प्रकार है जो सीखने के सिद्धान्तों पर आधारित है एवं कुसंमजित व्यवहार को बदलने एवं सुधार करने पर केन्द्रित है।

सीखने के सिद्धान्त – सीखने से संबंधित अनेक सिद्धान्त भिन्न–भिन्न मनोवैज्ञानिकों द्वारा प्रतिपादित किये गए हैं, जैसे गलती करके सीखने का सिद्धान्त, पेवलोव एवं स्कीनर सिद्धान्त, संज्ञानात्मक सीखने का सिद्धान्त।

व्यवहार चिकित्सा निम्न मनोरोग विकारों हेतु उपचार की प्रथम पसन्द है। जैसे ऐन्जाइटी विकार, फोबिया, ओ सी डी विकार, हिस्टीरिया, लैगिक विकार, एनयुरेसिस, नैल बाइटिंग, थम्ब सकिंग, टिक विकार, माइग्रेन, मोटापा, एनोरोक्सिया नर्वोसा, बुलिमिया नर्वोसा, साइको सोमेटिक विकार एवं तम्बाकु व शराब छुड़ाने के लिए।

व्यवहार चिकित्सा के प्रकार :–

1. **सिस्टेमिक डिसेन्सटाइजेशन** – इसका उपयोग मुख्यतः फोबिया एवं ओ सी डी विकार के उपचार हेतु किया जाता हैं।

सिद्धान्त – यह रेसिप्रोकल इन्हिबिशन के सिद्धान्त पर आधारित है। इसका अर्थ है कि यदि कोई प्रतिक्रिया जो चिंता के साथ मेल नहीं खाती है, को उद्वेग उत्पन्न करने वाले उद्दीपक के साथ उपस्थित किया जाता है तो उत्पन्न होने वाली इनकम्पिटेबल रेसपोन्स से उद्वेग में कमी आती है।

चरण – इसके तीन चरण है।

(a) मुख्य व्यवहार चिकित्सा से पहले मरीज को रिलेक्शेसन तकनीक का प्रशिक्षण देना।

(b) उद्वेग उत्पन्न करने वाले उद्दीपकों की आरोही क्रम में एक सूची बनाना – इस चरण में मरीज को उद्वेग उत्पन्न करने वाले उत्तेजक की एक सूची निर्माण हेतु कहा जाता है। यह सूची आरोही क्रम में होती है अर्थात् वह उत्तेजक जिससे अधिकतम चिंता उत्पन्न होती है, उसे सर्वोच्च स्थान पर रखा जाता हैं एवं जिस उद्दीपक से सबसे कम चिन्ता उत्पन्न होती है। उसे सूची में सबसे निम्न स्थिति पर रखा जाता हैं।

(c) सिस्टेमिक डिसेन्सटाइजेशन – इसे दो प्रकार से किया जाता हैं।

- एस. डी. - I :– इसमें उद्दीपक की कल्पना की जाती हें
- एस. डी. - R :– इसमें वास्तविक रूप से उद्दीपक का सामना कराया जाता है।

विधि – सर्वप्रथम मरीज को उद्दीपक सूची के सबसे निम्न स्थिति वाले उद्दीपक से सामना कराया जाता है एवं मरीज को पूर्व में सिखाये गये अनुसार चिंतित होने पर रिलेक्स होने का निर्देश दिया जाता है। कुछ कोशिशों के बाद मरीज उस उद्दीपक से उत्पन्न होने वाली चिन्ता को नियंत्रण करने में सक्षम हो जाता हैं। इस प्रकार यही क्रम तब तक जारी रहता है जब मरीज सूची के सर्वोच्च स्थिति वाले उद्दीपक से उत्पन्न तनाव को नियंत्रित करने में सक्षम हो जाता हैं।

2. फलोडिंग थैरेपी – इसे इम्पलसिव थैरेपी भी कहा जाता हैं। इसका उपयोग फोबिक ऐन्जाइटी विकार में किया जाता है। इनकी तकनीक सिस्टेमिक डिसेन्सटाइजेशन की तरह ही है लेकिन इनमें निम्न अन्तर है।

- व्यवहार चिकित्सा की इस तकनीक में मरीज को थैरेपी से पूर्व रिलेक्शेसन तकनीक नहीं दी जाती है।
- इसमें किसी भी प्रकार की सूची का निर्माण नहीं किया जाता है। मरीज को प्रत्यक्ष रूप से अचानक भय उत्पन्न करने वाले उद्दीपक से सामना कराया जाता है। अतः यह सिस्टेमिक डिसेन्सटाइजेशन की तरह एक चरणबद्ध प्रक्रिया नहीं है। इस तकनीक में थैरेपीस्ट के दिशा–निर्देश ही चिन्ता और भय को कम करते हैं।

3. ऐबरसन थैरेपी – इस थैरेपी का उपयोग एल्कोहल डिपेन्डेन्स, चाइल्ड साइकेट्रिक डिसऑर्डर एवं समलैंगिकता विकार मे किया जाता है।

सिद्धान्त – इस तकनीक/थैरेपी का सिद्धान्त यह है कि जब एक सुखद उद्दीपक को असुखद प्रतिक्रिया के साथ जोड़ा जाता है तो यह जुड़ाव धीरे–धीरे इस सुखद उद्दीपक (एल्कोहल) को असुखद उद्दीपक में बदल देता है एवं व्यक्ति उसे छोड़ना प्रारम्भ कर देता है।

- ➢ इस थैरेपी में कम से कम 20 से 90 सत्र् आयोजित किये जाते हैं।
- ➢ प्रत्येक सत्र् की अवधि लगभग 1 घण्टा होती हैं।
- ➢ उपचार समाप्ति के बाद भी बूस्टर सत्र् आयोजित किये जाते हैं। जैसे –

1) एल्कोहल की anti-abuse drug disulfirum के साथ जुड़ाव।

यहां Alcohol - pleasant stimulus हैं।

↓ Disulfirum

Alcohol → Acetaldehyde → Acetate → $CO_2 + H_2O$

↓ Cause

यह (सिरदर्द, पसीना आना, जी मितलाना एवं उल्टी होना) असुखद प्रतिक्रिया है।

2) थम्ब सकिंग को लो इलेक्ट्रिक वोल्टेज के साथ जोडना।

4. **वांछित व्यवहार को बढ़ाने हेतु थैरेपी**

A. **सकारात्मक रैनफोर्समेन्ट थैरेपी** – इस तकनीक के अनुसार व्यक्ति के व्यवहार को सुधारने या सकारात्मक दिशा में परिवर्तन, सकारात्मक प्रोत्साहन (इनाम) देकर लाया जाता है। जब किसी अवांछित व्यवहार को रोकने हेतु इनाम का प्रयोग किया जाता है तो इसे ओमिसन ट्रेनिंग कहा जाता हैं। उदाहरण :– एक बच्चे को मुंह से नाखून काटने की आदत छोड़ने के बदले में आइसक्रीम का लालच देना।

B. **नकारात्मक रैनफोर्समेन्ट थैरेपी** – इस तकनीक में व्यवहार में परिवर्तन लाने हेतु सजा या नकारात्मक प्रोत्साहन दिया जाता है। अतः इस एसकेप ट्रेनिंग भी कहा जाता है। इस सजा का प्रयोग वांछित व्यवहार को बढ़ावा देने हेतु किया जाता हैं।

C. **मोडलिंग** – वांछित व्यवहार को बढ़ावा देने हेतु प्रयुक्त इस तकनीक को नकल करके सीखना भी कहा जाता है। मोडलिंग एक प्रक्रिया है जो उद्दीपक की तरह कार्य करते हुए एक अन्य प्रतिक्रिया को जन्म देती है। अनेक प्रकार का व्यवहार हम समाज में अन्य को देखकर सीखते है, अतः इसे सोशल लर्निंग भी कहा जाता हैं। उदाहरण – परिवार के परम्परागत कार्य जैसे – देवी देवताओं की पूजन विधि आदि को देखकर ही सीखा जाता हैं। इस प्रकार कुसमंजित व्यवहार भी मोडलिंग द्वारा बदला जाता है। इसमें मरीज को ऐसे वातावरण में रखा जाता है ताकि उसे आदर्श व्यवहार देखने एवं नकल करने का अवसर मिले। मोडलिंग का प्रयोग अक्सर जटिल व्यवहार के सीखने हेतु किया जाता हैं। इसका उपयोग फोबिक ऐन्जाइटी डिसऑडर का उपचार करने हेतु भी प्रयोग किया जाता है।

D. **टोकन इकोनॉमी** – यह टोकन इकोनॉमी भी सकारात्मक प्रोत्साहन का एक प्रकार है। इसमें टोकन को इनाम की तरह प्रयोग किया जाता है एवं मरीज को प्रत्येक वांछित व्यवहार के बदले में एक टोकन इनाम स्वरूप दिया जाता है। इसी प्रकार एक निश्चित संख्या में एकत्रित टोकन का मूल्य मरीज को दिया जाता है। यह इनाम एक विशेष भोजन या अस्पताल से कुछ दिनों की छुट्टी के रूप में दिया जाता हैं। यह इनाम मरीज द्वारा एकत्रित किये गये टोकन की संख्या पर निर्भर करता है। इस प्रकार मरीज बार–बार वांछित व्यवहार को दोहराता है, धीरे–धीरे यह व्यवहार उसकी आदत या दिनचर्या का हिस्सा बन जाता है।

5. **अवांछित व्यवहार को घटाने हेतु प्रयुक्त थैरेपी**

A. **टाइम आउट** – यह प्रक्रिया सामान्तयः बच्चों हेतु प्रयोग की जाती है। इस प्रक्रिया में एक निश्चित समय तक अगर कोई व्यक्ति नकारात्मक व्यवहार को नहीं त्यागता है तो उसे प्राप्त हो रहे सभी लाभों को रोक दिया जाता हैं। जैसे अगर कोई बच्चा समय पर अपना गृह कार्य पूरा नहीं करता है तो उसे बाहर जाकर खेलने पर रोक लगा दी जाती है।

B. **सजा** – इसमें व्यक्ति को अवांछित एवं गलत व्यवहार करने पर सख्त सजा दी जाती हैं।

C. **सटेशन** – व्यवहार थैरेपी की इस तकनीक में व्यक्ति/मरीज को अवांछित व्यवहार हेतु रोका नहीं जाता बल्कि उसे उसी व्यवहार को दोहराने का निर्देश दिया जाता है। उसके न चाहते हुए भी उसे वही कार्य करने हेतु कहा जाता है। एक निश्चित समय के बाद व्यक्ति को उस क्रिया से लगाव खत्म हो जाता है एवं वह स्वयं ही उस अवांछित व्यवहार को करना छोड़ देता है। जैसे एक 10 वर्ष के बच्चे को ज्यादा चॉकलेट खाने की आदत हैं, उसकी इस आदत को छुड़वाने हेतु उसे एक साथ बहुत सारी चॉकलेट (उसके न चाहते हुए भी) खाने को कहा जाता है। परिणामस्वरूप वह चॉकलेट से घृणा करना प्रारम्भ कर देता हैं। इस प्रक्रिया को नकारात्मक कार्य विधि भी कहा जाता है।

6. **रेसपोन्स शेपिंग** – इस थैरेपी का उपयोग मंद बुद्वि मरीजों के उपचार हेतु किया जाता है या उन मरीजों के उपचार हेतु जिन्हें व्यवहार संबंधी (बोलने, खाने, सोने) संबंधी समस्याएं हो के लिए किया

जाता है। आकार देना का तात्पर्य है किसी विचलित व्यवहार को एक धीमी चरणबद्ध प्रक्रिया द्वारा सामान्य व्यवहार जैसा बनाना। जैसे एक मंद बुद्धि बच्चा जो ठीक प्रकार से बोल नहीं पाता है, उसे रेसपोन्स शेपिंग के द्वारा सर्वप्रथम मां कहना सिखाया जाता है। इसके पश्चात् चरणबद्ध रूप से मरर इसके पश्चात् मार एवं मदर कहना सिखाया जाता हैं।

उदाहरण – एक मंद बुद्धि बच्चे को भोजन कराते समय, बच्चे को हर सकारात्मक प्रतिक्रिया पर पुरस्कृत किया जाता है। जैसे बैठना सिखाना एवं हाथों को टेबल पर रखना एवं हाथ में चम्मच सही तरह से पकड़ना एवं सही दिशा में चम्मच को घुमाना।

7. **संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा** – इस थैरेपी के अनुसार कुसंमजित व्यवहार के कारणों को केवल ओपरेन्ट कन्डीसनिंग विधि के माध्यम से नहीं समझाया जा सकता है। इसका कारण स्वयं व अन्य की नकारात्मक सोच एवं अवबोधन भी होता हैं।

   इस थैरेपी का उपयोग अवसाद, सामंजस्य विकार, उद्वेग विकार एवं खाने संबंधी मनोविकार के लिए किया जाता है। इसकी अवधि 3 महीने होती है, इस दौरान 15 विजिट की जाती हैं।

   तकनीक – इस थैरेपी में थैरेपीस्ट मरीज की नकारात्मक सोच एवं नजरिये को सही करने एवं इसे सकारात्मक दिशा में मोड़ने का प्रयत्न करता हैं। चिकित्सक मरीज में अन्तर्दृष्टि का विकास करता है। इस अन्तर्दृष्टि से मरीज के बोध एवं संज्ञान कार्यों को सुधारा जाता है।

   कोगनेटिव – इसमें मन के निम्न कार्य सम्मिलित होते है जैसे – ज्ञान की धारणा, सोचना, योजना बनाना, बोध होना, तर्क–वितर्क, कार्य–कारण–परिणाम के बारे में सोचना इत्यादि। थैरेपीस्ट उपरोक्त कार्यों हेतु तीन तकनीक का प्रयोग करता है।

   (अ) कोगनेटिव तकनीक – इसमें नकारात्मक सोच को पहचाना जाता है एवं थैरेपीस्ट द्वारा मरीज की नकारात्मक सोच को सही करने के साथ उसकी अन्तर्दृष्टि का विकास किया जाता है।

   (ब) व्यवहार तकनीक – इसमे मरीज के व्यवहार में बदलाव का निर्धारण करते हुए निर्धारित व्यवहार की प्रेक्टिस करवाने के साथ–साथ डाइवरसन तकनीक का प्रयोग करना सिखाया जाता है।

   (स) समस्या समाधान प्रशिक्षण।

8. **असरटिबनेस थैरेपी** – इस थैरेपी का उपयोग सामान्य लोगों हेतु किया जाता है, लेकिन यह मनोरोगियों के उपचार हेतु भी काम आती है। इस तकनीक में मरीज को रोल प्लेयिंग में विभिन्न भूमिकाओं द्वारा स्वयं को अभिव्यक्त करने का अवसर प्रदान किया जाता है एवं बाद में उसी व्यवहार को अपनी वास्तविक जिंदगी में भी अपनाने की सलाह देते है। इस प्रकार व्यवहार में सकारात्मक परिवर्तन लाया जाता है। इस प्रकार की थैरेपी में मुख्य ध्यान अन्तर्वैयक्तिक संबंधों पर होता हैं। इसमें मरीजों को शाब्दिक एवं अशाब्दिक व्यवहार द्वारा स्वयं को व्यक्त करने हेतु कहा जाता है। इस हेतु मरीज को भूमिकाएं करने का प्रशिक्षण दिया जाता हैं। यह थैरेपी उन मरीजों हेतु उपयुक्त है जो समाज के लोगों से दूर भागते है या सामाजिक शर्मीले स्वभाव के है।

9. **रिलेक्सेशन तकनीक** – यह चिंता घटाने का एक सफल तरीका है। इसे अन्य व्यवहार चिकित्सा के साथ या अकेले ही प्रयोग किया जाता हैं। इसका उपयोग सभी प्रकार के उद्वेग विकारों के उपचार हेतु किया जाता हैं।

   प्रकार – योग/ध्यान, सम्मोहन, शवासन, प्राणायाम एवं योगनिद्रा।

- जेकबसन प्रोग्रेसिव मस्कुलर रिलेक्सेशन तकनीक – इसे सबसे ज्यादा प्रयोग मे लाया जाता है। इसमें शवासन की तरह ही धीरे–धीरे शरीर की समस्त मांसपेशियों को रिलेक्स किया जाता है, मगर क्रम सिर से पांव की तरफ होता है।

सारणी – 3.3.3.3

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में व्यवहार चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	145	96.67
02	असहमत	02	01.33
03	तटस्थ	03	02
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 145 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में व्यवहार चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 96.67 प्रतिशत है। एवं 01.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 02 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.3 में दर्शाया गया है।

3.3.3.4 अन्य चिकित्सा

इलेक्ट्रो–कन्वलसीव थैरेपी[24]

इलेक्ट्रो–कन्वलसीव थैरेपी – ईसीटी एक शारीरिक/दैहिक उपचार विधि है, जिसमें सिजर जैसा प्रभाव उत्पन्न करने हेतु दो इलेक्ट्रोडस की मदद से मस्तिष्क के दोनों टेम्पोरल क्षेत्र में इलेक्ट्रिक करन्ट प्रवाहित कराया जाता है।

➢ विद्युत धारा की मात्रा = 200-1600 mAMP
➢ वॉल्टेज की मात्रा = 70-130 Volt
➢ समय = .6-1 Second

इसका उपयोग गम्भीर अवसाद, उन्माद, सिजोफ्रेनिया एवं जैविक मनोरोग विकार के मरीज जिनका उपचार दवाई एवं विभिन्न मनो–सामाजिक चिकित्साओं से सम्भव नहीं होता है तब प्रयोग में लाया जाता है।

ईसीटी की प्रस्तावित संख्या एवं आवृत्ति

- एक सिजोफ्रेनिया के मरीज हेतु 20 से 25 ईसीटी पर्याप्त होती हैं।
- यह एक सप्ताह में 3 बार प्रयोग की जा सकती हैं।
- ECT का चरम प्रभाव 5 से 10 ईसीटी के बाद प्राप्त किया जाता है।

ईसीटी के प्रकार :–

1) ईसीटी को इलेक्ट्रोड की स्थिति के आधार पर दो भागों में वर्गीकृत किया गया है।

A. बाईलेटरल ईसीटी – यह ईसीटी का सर्वाधिक प्रयोग में आने वाला प्रकार है। इस प्रकार में इलैक्ट्रोड को मस्तिष्क के दोनों तरफ टेम्पोरल क्षेत्र में रखा जाता है। इसकी बिल्कुल सही स्थिति इस प्रकार हैं। आँख के बाहरी कोण से उसी तरफ के कान के मध्य खींची गयी रेखा के मध्य बिन्दु से 2.5 – 4.0 सेमी (1-1½”) ऊपर का बिन्दु।

B. यूनीलेटरल ईसीटी – यह बाईलेटरल ईसीटी की तुलना में कम प्रयोग में आती है लेकिन यह बाईलेटरल की तुलना में अधिक सुरक्षित है एवं इसके साइड इफेक्ट कम होते है। इस प्रकार की ईसीटी में इलेक्ट्रोड का प्लेसमेन्ट इस प्रकार होता है।

➢ एक इलेक्ट्रोड मस्तिष्क की नोन डोमियेन्ट साइड के टेम्पोरल क्षेत्र पर रखा जाता हैं।

➢ दूसरा इलेक्ट्रोड मस्तिष्क की मिडलाइन के पास, इसे भी मस्तिष्क के नोन डोमियेन्ट साइड में रखा जाता है। अर्थात् एक दायें हाथ से कार्य करने वाले व्यक्ति हेतु इलेक्ट्रोड मस्तिष्क के दांयी तरफ ही एप्लाई किये जाते है।

2) **ईसीटी** को एक अन्य प्रकार से भी वर्गीकृत किया जाता है जिसका आधार ईसीटी के साथ एनेश्थैटिक एजेन्ट एवं अन्य औषधि का प्रयोग हैं।

A. डाइरेक्ट ईसीटी – इसमें बिना किसी पूर्व–औषधि प्रयोग के मरीज को ईसीटी दिया जाता हैं।

B. इनडाइरेक्ट ईसीटी – इस प्रकार की ईसीटी में शोक उपचार से पूर्व मरीज को मस्कुलर रिलेक्सेन्ट एवं जनरल एनेश्थैटिक औषधि दी जाती है। इसलिये इसे मोडीफाइड ईसीटी भी कहा जाता है।

ईसीटी की क्रियाविधि – ईसीटी की क्रियाविधि अभी तक स्पष्ट नहीं हो पायी है। एक्सन को समझाने हेतु अनेक प्रकार के सिद्धान्त प्रतिपादित किये गये हैं। जैसे – न्युरोफिजियोलॉजिकल थ्योरी, न्युरोएण्डोक्राइन थ्योरी, न्युरोकेमिकल थ्योरी एवं केटेकोलामाइन हाइपोथिसिस थ्योरी।

➢ उपरोक्त सभी सिद्धान्तों में केटेकोलामाइन हाइपोथिसिस थ्योरी सर्वाधिक उपयुक्त मानी जाती है। इस सिद्धान्त के अनुसार ईसीटी से केटेकोलेमीन के स्तर में वृद्धि आती है। इसके कार्य एन्टी डिप्रेसेन्ट औषधियों के समान है।

ईसीटी की तकनीक – ईसीटी एक ओपीडी एवं आईपीडी प्रक्रिया है। इसे किसी भी मानसिक अस्पताल, क्लिनीक एवं नर्सिंग होम में दिया जा सकता है।

➢ ईसीटी मशीन एक उपकरण है जो अल्टरनेटिव करन्ट को एक उद्दीपक में बदल देता है। इसके साथ एक अपचायी ट्रांसफॉर्मर भी जुड़ा होता है, जो उच्च वोल्टेज को कम वोल्टेज (110-130V) में बदलता है। इस उपकरण में वोल्टेज एवं धारा मापन/पढ़ने की सुविधा होती है।

सारणी – 3.3.3.4

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में ई.सी.टी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	42	28
02	असहमत	94	62.67
03	तटस्थ	14	09.33
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 42 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में इलेक्ट्रो–कन्वलसीव थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 28 प्रतिशत है। एवं 62.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 09.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.4 में दर्शाया गया है।

3.3.4 सामाजिक पुनर्वास
व्यावसायिक चिकित्सा

सामाजिक पुनर्वास[25] – सामाजिक पुनर्वास प्रक्रिया सभी तरह के अपंग व्यक्तियों पर केन्द्रीत हैं जिसका उद्देश्य उनकी शेष क्षमताओं का अधिकतम उपयोग करना एवं उन्हें पुनः समुदाय में लाभदायक एवं अर्थपूर्ण जीवन जीने योग्य बनाना है।

व्यावसायिक चिकित्सा[26] – व्यावसायिक चिकित्सा पुनर्वास तकनीक का एक प्रकार है। इस चिकित्सा पद्धति में मरीज के कार्यों को उपचार के माध्यम की तरह प्रयोग किया जाता है। इस चिकित्सा का कार्य कम अवधि हेतु उद्देश्य मरीजों के जीवन स्तर को सुधारना है एवं इसका दीर्घावधि लक्ष्य[25] मरीज का समाज में पुनर्वास करना हैं। कोई भी कार्य (मानसिक, शारीरिक एवं सामाजिक) जो मनोरोगी के ठीक होने एवं पुनर्वास में सहायक होता है वह व्यावसायिक चिकित्सा के अर्न्तगत आता है। अर्थात व्यवसायिक थैरेपी उपचार का एक सक्रिय तरीका है, जिससे मरीज की मानसिक क्षमता अनुसार कार्य वितरण किया जाता है। दूसरे शब्दों में व्यक्ति द्वारा कोई भी उद्देश्यपूर्ण, अर्थपूर्ण कार्य करना, जिससे व्यक्ति को अपनी योग्यता एवं मूल्यों के बारे में पता चलता है एवं जिसके माध्यम से वह स्वयं को अन्य से जुड़ा हुआ पाता है, व्यवसायिक थैरेपी के अन्तर्गत आता है।

यह थैरेपी एक योजनाबद्ध, उद्देश्यपूर्ण प्रक्रिया है, जिसमें मरीज कार्यों के माध्यम से नयी कलाओं एवं कौशल का विकास करता है। यह थैरेपी मरीज, थैरेपीस्ट एवं वातावरण के मध्य अन्तःक्रिया एवं अन्तःसंबंधों, पर आधारित होती है। इस थैरेपी से अनेक मनोवैज्ञानिक, सामाजिक, शारीरिक एवं विकासात्मक लाभ मिलते है।

व्यावसायिक चिकित्सा के उद्देश्य :–

मुख्य लक्ष्य – राष्ट्रीय स्वास्थ्य क्रार्यक्रमों में इसका सबसे बड़ा उद्देश्य है मरीज का पुनर्वास करना। यह थैरेपी मरीज को समाज[25] में पुनः स्थापित करने में सहायता करती है एवं सामाजिक आर्थिक रूप से उपयोगी कार्य करने में मरीज की रूचि को बढ़ाती है। यह थैरेपी मरीज को पुनः सामुदायिक जीवन की मुख्यधारा में शामिल करने में सहयोग देती है। इस थैरेपी में मरीज को अपनी सामाजिक–आर्थिक समस्या को सफलतापूर्वक सुलझाने हेतु प्रशिक्षण एवं शिक्षा प्रदान की जाती है।

थैरेपी के अन्य उद्देश्य :–

- मरीज की आवश्यकताओं का आंकलन करना।
- मरीज की योग्यताओं की पहचान करना।
- मरीज के कुसंमजित व्यवहार को बदलना।
- मरीज की भूमिका में सुधार लाना।
- मरीज के आत्म–विश्वास को बढ़ाना।
- मरीज को स्वयं को अभिव्यक्त करने हेतु अवसर प्रदान करना।
- मरीज में एक स्वस्थ एवं समेकित इगो का विकास करना।
- मरीज की मानसिक बीमारी संबंधी गलत धारणाओं को हटाना।
- मरीज को स्वयं के प्रति वास्तविक दृष्टिकोण का विकास करना।
- मरीज की कुण्ठित इच्छाओं के संतुष्टिकरण में सहायता करना।
- मरीज के सम्प्रेषण एवं समाजीकरण योग्यताओं में सुधार लाना।
- मरीज की पुरानी योग्यताओं में सुधार लाना एवं नयी योग्यताओं का विकास करना।

➢ मरीज को स्वयं के मूल्यांकन हेतु अवसर प्रदान करना।
➢ मरीज की मनःस्थिति में सुधार लाना एवं उद्वेग में कमी लाना।
➢ मरीज को स्वतंत्र व्यक्तिगत देखभाल हेतु प्रेरित करना।
➢ मरीज का सामाजिक सामंजस्य में सुधार लाना।

सारणी – 3.3.4

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में व्यावसायिक थैरेपी से जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	101	67.33
02	असहमत	39	26
03	तटस्थ	10	06.67
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 101 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में व्यवसायिक थैरेपी से जुड़ाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 67.33 प्रतिशत है। एवं 26 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.4 में दर्शाया गया है।
➢ राष्ट्रीय स्वास्थ्य क्रार्यक्रमों में व्यवसायिक थैरेपी के दौरान मरीजों को अनेक प्रकार के उनकी रूचि के अनुसार एवं उत्साहवर्धक कार्य करने के अवसर प्रदान किये गये थे। जैसे – टेलर वर्क, बास्केट बनाना, कारपेन्टर, कुकिंग, पेन्टिंग, गार्डनिंग, वुड वर्क एवं क्रियेटिव वर्क।

सारणी – 3.3.4.1

मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	122	81.33
02	असहमत	23	15.33
03	तटस्थ	05	03.34
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 122 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 81.33 प्रतिशत है। एवं 15.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 03.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.4.1 में दर्शाया गया है।

मनो–सामाजिक पुनर्वास क्रेन्द्र[27] की व्यावसायिक चिकित्सा प्रक्रिया

व्यावसायिक थैरेपी के 7 चरण है।

↓

मरीज का प्रारम्भिक मूल्यांकन

↓

Short term goal एवं Long term goal का निर्माण

↓

थैरेपी की योजना का विकास

↓

विकास का निरन्तर मूल्यांकन

↓

मरीज, उसके माता–पिता एवं स्टाफ के साथ में
पुनर्मूल्यांकन हेतु मीटिंग आयोजित करना।

↓

नये लक्ष्यों का निर्माण

↓

मरीज हेतु डिस्चार्ज प्लानिंग करना

References

1. https://www.researchgate.net/publication/229914924_The_Influence_of_Social_Factors_on_Mental_Health
2. Gillin and Gillin, Cultural Sociology, p. 754.
3. https://courses.lumenlearning.com/teachereducationx92x1/chapter/eriksons-stages-of-psychosocial-development/
4. https://study.com/academy/lesson/what-is-social-health-definition-examples.html
5. https://www.nhp.gov.in/social-health_pg
6. https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.91.3.465a
7. Barnett, E; Casper, M (2001). "A definition of "social environment". Am J PublicHealth. 91 (3):465. doi:10.2105/ajph.91.3.465a. PMC 1446600. PMID 11249033.
8. Emile Durkheim, The Elementary Forms of the Religious Life (1971) p. 22
9. Henri Ellenberger, The Discovery of the Unconscious (1970) p. 380-1
10. R. Skynner, J. Cleese, Families and How to Survive Them (1993) p. 94
11. Rav kunwar K. S. (2009-10) Review of Dharohar Rajasthan General study Pink City Publisher, Jaipur. Pp. C 97-99. ISBN No. 81-87542-51-9.
12. https://www.cerebralpalsy.org/about-cerebral-palsy/treatment/therapy/social-therapy
13. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-3782-3_11
14. https://en.wikipedia.org/wiki/Social_therapy#As_a_psychotherapy
15. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-4697-5_29
16. P. Deepika, P. Gokul (2008) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (2ed) Amit Publication, Jaipur. Pp. 341.
17. http://library.umac.mo/ebooks/b31683769.pdf
18. https://eduardolbm.files.wordpress.com/2014/10/a-general introduction-topsychoanalysis-sigmund-freud.pdf
19. https://en.wikipedia.org/wiki/Hypnotherapy
20. https://en.wikipedia.org/wiki/Abreaction
21. https://med.unr.edu/psychiatry/education/resources/supportive-psychotherapy
22. https://en.wikipedia.org/wiki/Group_psychotherapy
23. https://en.wikipedia.org/wiki/Behaviour_therapy
24. https://en.wikipedia.org/wiki/Electroconvulsive_therapy
25. Neeraja K. P. (2009) : Review of Essentials of Mental Health Psychiatric Nursing. (1ed); Vol. No.1, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. Daryaganj, New Delhi, India, Pp. 296. IBSN: 978-81-8448-329-1.
26. https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_therapy
27. P. Deepika, P. Gokul (2008) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (2ed) Amit Publication, Jaipur. Pp. 376.

अध्याय – चतुर्थ

उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि एवं जुड़ाव का परिवर्तन

- उत्तरदाताओं की सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन (सहसम्बन्ध) का अध्ययन

उत्तरदाताओं की सामाजिक, आर्थिक पृष्ठभूमि

सामाजिक अनुसंधान का एक अनिवार्य अंग अध्ययन की जाने वाली इकाई से सम्बन्धित तथ्यों का विश्लेषण करना है। सामाजिक घटना का अध्ययन करते हुए, समाज वैज्ञानिक उन घटनाओं का केवल तथ्यात्मक अवलोकन ही नहीं करता वरन् उन घटनाओं का अन्तः सम्बन्ध, सामाजिक संरचना, आर्थिक–सामाजिक एवं सांस्कृतिक पृष्ठभूमि इत्यादि को ज्ञात करने का भी प्रयत्न करता है।

वस्तुतः सामाजिक अनुसंधान की एक मौलिक मान्यता यह है कि सामाजिक घटनाएं अन्तः सम्बन्धित होती हैं और विभिन्न प्रकार के कारकों की पारस्परिक अन्तः क्रियाओं के परिणामस्वरुप सामाजिक घटनाएं उत्पन्न होती हैं। अतः किसी भी अध्ययन की समस्या का विश्लेषण उसके विशिष्ट पृष्ठभूमि अथवा सामाजिक–आर्थिक परिवेश के संदर्भ में करनी चाहिए।

यह तो स्पष्ट है कि एक व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य का प्रत्येक पहलू समाज की संरचना का ही भाग हैं तथा इनकी प्रकार्यात्मक उपयोगिता का विश्लेषण भी किया जा सकता है।

प्रकार्यात्मक सिद्धांत के सन्दर्भ की चर्चा करें तो मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध से है। इसके साथ इनका सम्बन्ध सामाजिक सरंचना एवं सामाजिक सरंथाओं से है। संरचना के विभिन्न अंगों के अंतरसम्बधों के प्ररिप्रेक्ष्य में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के सम्पर्क में आने के बाद व्यक्ति एवं मनोरोगियों के स्वस्थ होने से है।

मार्क अब्राहम का तर्क है कि संरचनात्मक प्रकार्यवाद अकेले पत्थर की तरह नहीं है अर्थात् इसके अनेक अंग होते हैं एवं उनमे अंतरसंबंध और प्रकार्यात्मक अंतरनिर्भरता होती। अब्राहम ने संरचनात्मक प्रकार्यवाद की विस्तृत विवेचना की है (George 1992: 233)[1]।

प्रस्तुत अध्याय में संरचनात्मक प्रकार्यात्मक उपागम की दृष्टि से मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का उत्तरदाताओं के आधार पर विश्लेषण करने का प्रयास किया है।

शोध के इस अध्याय में 150 उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि की जानकारी को समझाया गया है। जिसमें समग्र मनोरोगियों एवं उत्तरदाता मनोरागियों की चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण, लिंग, वयस्कता, आयु, शैक्षणिक स्थिति, व्यवसाय, आय, धर्म, निवास स्थान की प्रकृति, जाति वर्ग, पारिवारिक संरचना, वैवाहिक स्थिति, घर के स्वरूप एवं आर्थिक स्थिति का वर्गानुसार विवरण का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है। साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन (सहसम्बन्ध) को उत्तरदाताओं के व्यवहार में आये बदलाव के आधार पर समझाने का प्रयास किया है। इस अध्याय के अर्न्तगत ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का चिकित्सकीय एवं सरकारी महत्व को भी उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर बताया गया है।

सारणी – 4.1

वर्ष 2013 में साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	मेडिकल कॉलेज का नाम	मेडिकल कॉलेज की प्रकृति	वार्ड का नाम	मरीज की वार्ड में भर्ती समय अवधि	वयस्क पुरूष मरीज	वयस्क महिला मरीज	मेल चाइल्ड मरीज	फिमेल चाइल्ड मरीज	वर्ष 2013 में कुल मरीज
01	रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	सरकारी	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	63	69	10	11	153
02	गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	23	24	13	12	72
योग	कुल चिकित्सा महाविद्यालय 02	सरकारी एवं प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	86	93	23	23	225

- वर्ष 2013 में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 225 मिली।
- कुल 225 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 153 (63 पुरूष एवं 69 महिला एवं 10 मेल चाइल्ड एवं 11 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 72 (23 पुरूष एवं 24 महिला एवं 13 मेल चाइल्ड एवं 12 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 86 वयस्क पुरूष एवं 93 वयस्क महिला एवं 23 मेल चाइल्ड एवं 23 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले। अर्थात वर्ष 2013 में महिला मरीजों की संख्या सरकारी चिकित्सा महाविधालय में अधिक मिली।

सारणी – 4.2

वर्ष 2014 में साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	मेडिकल कॉलेज का नाम	मेडिकल कॉलेज की प्रकृति	वार्ड का नाम	मरीज की वार्ड में भर्ती समय अवधि	वयस्क पुरूष मरीज	वयस्क महिला मरीज	मेल चाइल्ड मरीज	फिमेल चाइल्ड मरीज	वर्ष 2014 में कुल मरीज
01	रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	सरकारी	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	65	75	11	14	165
02	गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	30	23	12	13	78
योग	कुल चिकित्सा महाविद्यालय 02	सरकारी एवं प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	95	98	23	27	243

- वर्ष 2014 में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 243 मिली।
- कुल 243 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 165 (65 पुरूष एवं 75 महिला एवं 11 मेल चाइल्ड एवं 14 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 78 (30 पुरूष एवं 23 महिला एवं 12 मेल चाइल्ड एवं 13 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 95 वयस्क पुरूष एवं 98 वयस्क महिला एवं 23 मेल चाइल्ड एवं 27 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले। अर्थात वर्ष 2014 में भी महिला मरीजों की कुल संख्या मनोचिकित्सा वार्ड में सरकारी चिकित्सा महाविधालय में प्राइवेट चिकित्सा महाविधालय से अधिक मिली।

सारणी – 4.3

वर्ष 2015 में साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	मेडिकल कॉलेज का नाम	मेडिकल कॉलेज की प्रकृति	वार्ड का नाम	मरीज की वार्ड में भर्ती समय अवधि	वयस्क पुरूष मरीज	वयस्क महिला मरीज	मेल चाइल्ड मरीज	फिमेल चाइल्ड मरीज	वर्ष 2015 में कुल मरीज
01	रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	सरकारी	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	68	88	12	12	180
02	गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	36	28	17	18	99
योग	कुल चिकित्सा महाविद्यालय 02	सरकारी एवं प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	104	116	29	30	279

- वर्ष 2015 में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 279 मिली।
- कुल 279 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 180 (68 पुरूष एवं 88 महिला एवं 12 मेल चाइल्ड एवं 12 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 99 (36 पुरूष एवं 28 महिला एवं 17 मेल चाइल्ड एवं 18 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 104 वयस्क पुरूष एवं वयस्क 116 महिला एवं 29 मेल चाइल्ड एवं 20 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले। अर्थात वर्ष 2015 में भी महिला मरीजों की कुल संख्या मनोचिकित्सा

वार्ड में सरकारी चिकित्सा महाविधालय में प्राइवेट चिकित्सा महाविधालय से अधिक मिली।

सारणी – 4.4

समग्र साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि 2013 से 2015 तक के आधार पर वर्गीकरण

S. No	Name of The Medical College	Time Period	Duration Time In Ward	Male Patient	Female Patient	Male Child Patient	Female Child Patient	Total Psychosis Patients	Purposive Sampling Method 20 %
1	Govt RNT Medical College Udaipur	2013 to 2015	More Than One Week	196	232	33	37	**498**	**100**
2	Privet Geetanjali Medical College Udaipur	2013 to 2015	More Than One Week	89	75	42	43	**249**	**50**
Total	02 Medical College	03 years	More Than One Week	**285**	**307**	**75**	**80**	**747**	**150**

- वर्ष 2013 से 2015 तक में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की संख्या 747 मिली।
- कुल 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 (196 वयस्क पुरूष एवं 232 वयस्क महिला एवं 33 मेल चाइल्ड एवं 37 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 (89 व्यस्क पुरूष एवं 75 व्यस्क महिला एवं 42 मेल चाइल्ड एवं 43 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले।
- इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 285 पुरूष एवं 307 महिला एवं 75 मेल चाइल्ड एवं 80 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले हैं।
- तीनो वर्षों में महिला मरीजों की संख्या, पुरूष मरीजों की संख्या से अधिक मिली।
- इस शोध अध्ययन के अन्तर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि का प्रयोग करते हुऐ 20 प्रतिशत मनोरोगियों को अर्थात 150 उत्तरदाताओं को प्रतिनिधि के रुप में चुनकर प्राथमिक तथ्य एकत्र किये गऐ हैं। इन 150 उत्तरदाता मनोरोगियों मे से 100 उत्तरदाता मनोरोगी सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा

महाविद्यालय उदयपुर एवं 50 उत्तरदाता मनोरोगी निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर से लिए गए है।

सारणी – 4.5

समग्र साइकोसिस मनोरोगियों का चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि 2013 से 2015 तक लिंग के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	मेडिकल कॉलेज का नाम	मेडिकल कॉलेज की प्रकृति	वार्ड का नाम	मरीज की वार्ड में भर्ती समय अवधि	वयस्क + चाइल्ड पुरूष मरीज	वयस्क + चाइल्ड महिला मरीज	कुल पुरूष मरीज	कुल महिला मरीज	वर्ष 2013 से 2015 तक कुल मरीज
01	रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	सरकारी	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	196 + 33	232 + 37	229	269	**498**
02	गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	89 + 42	75 + 43	131	118	**249**
योग	कुल चिकित्सा महाविद्यालय 02	सरकारी एवं प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	196 + 89 = 285 33+42 = 75	232 + 75 = 307 37+43 = 80	360 285 + 75 = 360	387 307 + 80 = 387	**747**

- वर्ष 2013 से 2015 तक में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 747 मिली।
- कुल 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 (196 वयस्क पुरूष एवं 232 वयस्क महिला एवं 33 मेल चाइल्ड एवं 37 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले एवं कुल पुरूष मरीजों की संख्या 229 एवं कुल महिला मरीजों की संख्या 269 मिली।
- निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 (89 वयस्क पुरूष एवं 75 वयस्क महिला एवं 42 मेल चाइल्ड एवं 43 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले एवं कुल पुरूष मरीजों की संख्या 131 एवं कुल महिला मरीजों की संख्या 118 मिली।

➢ इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल वयस्क 285 पुरूष एवं 307 वयस्क महिला एवं 75 मेल चाइल्ड एवं 80 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले हैं।

➢ इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में वर्ष 2013 से 2015 तक कुल पुरूष मरीजों की संख्या 360 एवं कुल महिला मरीजों की संख्या 387 मिली है।

सारणी – 4.6

चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में वर्ष 2013 से 2015 तक, एक सप्ताह से अधिक समय तक, भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों मे से उत्तरदाता मनोरोगियों का वर्गीकरण

क्रम संख्या	मेडिकल कॉलेज का नाम	मेडिकल कॉलेज की प्रकृति	वार्ड का नाम	मरीज की वार्ड में भर्ती समय अवधि	वर्ष 2013 से 2015 तक कुल मरीजों की संख्या	समग्र मनोरोगियों का उत्तरदता मनोरोगी 20 प्रतिशत	पुरूष उत्तरदाता मनोरोगी 50%	महिला उत्तरदाता मनोरोगी 50%
01	रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	सरकारी	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	498	**100**	50	50
02	गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर	प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	249	**50**	25	25
योग	कुल चिकित्सा महाविद्यालय 02	सरकारी एवं प्राइवेट	मनो चिकित्सा वार्ड	एक सप्ताह से अधिक समय	747	**150**	**75**	**75**

➢ वर्ष 2013 से 2015 तक में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की संख्या 747 मिली।

➢ कुल 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 साइकोसिस मनोरोगी मिले।

➢ निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 साइकोसिस मनोरोगी मिले।

➢ इस शोध अध्ययन के अन्तर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि का प्रयोग करते हुऐ 20 प्रतिशत मनोरोगियों को अर्थात 150 उत्तरदाता

मनोरोगियों को प्रतिनिधि के रुप में जो कि सभी वर्गों का प्रतिनिधित्व करते हैं, दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड से चुना गया हैं।

- कुल 150 उत्तरदाता मनोरोगियों मे से 100 उत्तरदाता मनोरोगी सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं 50 उत्तरदाता मनोरोगी निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर से लिए गये है।
- कुल 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से 75 उत्तरदाता पुरूष एवं 75 उत्तरदाता महिला मनोरोगी है जो दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों से लिए गये है।

सारणी – 4.7

उत्तरदाता मनोरोगियों का लिंग के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	लिंग	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	महिला	75	50
02	पुरूष	75	50
03	योग	150	100

- दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के कुल 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से 75 उत्तरदाता पुरूष है जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 50 प्रतिशत है एवं 75 उत्तरदाता महिला मनोरोगी है जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 50 प्रतिशत है।
- कुल 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों मे से ही 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) किया गया हैं।
- कुल 15 उत्तरदाताओं की केस स्टडी में 11 वयस्क (06 पुरूष एवं 05 महिला) एवं 04 अवयस्क (02 मेल चाइल्ड एवं 02 फिमेल चाइल्ड) उत्तरदाताओं का गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया हैं। इनमें 01 वयस्क लावारिस पुरूष का वैयक्तिक अध्ययन भी किया गया हैं।

सारणी – 4.8

उत्तरदाताओं का वयस्कता के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	वयस्कता	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	जन्म से 17 वर्ष तक	31	20.67
02	18 वर्ष एवं ऊपर	119	79.33
कुल	योग	150	100

- दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के कुल 150 उत्तरदाताओं में से 31 उत्तरदाता अवयस्क है जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 20.67 प्रतिशत हैं एवं 119 उत्तरदाता वयस्क है जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 79.33 प्रतिशत हैं।

सारणी – 4.9
उत्तरदाताओं का आयु के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	आयु	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	जन्म से 9 वर्ष	08	5.33
02	10 से 17 वर्ष	23	15.33
03	18 से 27 वर्ष	19	12.67
04	28 से 36 वर्ष	44	29.34
05	37 से 45 वर्ष	30	20
06	46 से 54 वर्ष	08	5.33
07	55 से 63 वर्ष	12	8
08	64 वर्ष से ऊपर	06	4
कुल	योग	150	100

- अध्ययन में उत्तरदाता की आयु महत्वपूर्ण होती हैं। विभिन्न आयु वर्ग के उत्तदाताओं से विभिन्न प्रकार के तथ्य प्राप्त होते है।
- समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण से आयु ऐसा कारक है जो प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रुप से व्यक्ति को प्रभावित करता है। आयु एक जैविकीय तथ्य है।
- जैविकीय प्ररिप्रेक्ष्य में आयु–काल, अर्थ–काल आयाम पर व्यक्ति की वह स्थिति है जिसमें जन्म से लेकर मृत्यु तक व्यक्ति प्राप्त करता है। व्यक्ति की शारीरिक–मानसिक परिपक्वता की अभिव्यक्ति आयु द्वारा प्रकट होती है।
- जन्म से 9 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 08 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 5.33 प्रतिशत हैं। इनमें 06 उत्तरदाताओं को मानसिक रोग आनुवांशिक हैं।
- 10 वर्ष से 17 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 23 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 15.33 प्रतिशत हैं। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग किशोरावस्था के प्रारम्भ होने से शरीर में आये अनेक महत्वपूर्ण परिवर्तन जैसे – शरीर के आकार, यौन ग्रन्थियों, जननेन्द्रिय और मुखाकृति में परिवर्तन के कारण हुऐ है। ये शारीरिक परिवर्तन व्यक्ति के व्यवहार एवं व्यक्तित्व निर्माण को भी प्रभावित करते है। इस अवस्था में अनेक प्रकार के मनोवैज्ञानिक तनाव, द्वन्द एवं कुण्ठा उत्पन्न होती है जो मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं।
- 18 वर्ष से 27 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 19 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 12.67 प्रतिशत हैं।
- 28 वर्ष से 36 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 44 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 29.34 प्रतिशत हैं। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग विवाह एवं गृहस्थ जीवन को लेकर आये हुए तनाव, प्राप्त की हुई शिक्षा के अनुसार नौकरी व रोजगार न मिलने के कारण हुए हैं।

➢ 37 वर्ष से 45 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 30 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 20 प्रतिशत हैं। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग जीवन के विभिन्न संघर्षों एवं व्यापार में हुए घाटे के कारण हुए हैं।

➢ 46 वर्ष से 54 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 08 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 5.33 प्रतिशत हैं।

➢ 55 वर्ष से 63 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 12 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 8 प्रतिशत हैं। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग जीवन साथी की मृत्यु एवं सामाजिक सम्बन्धों से कटाव तथा नौकरी में आये हुए परिवर्तन के कारण हुए है।

➢ 64 वर्ष से ऊपर के उत्तरदाताओं की संख्या 06 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 04 प्रतिशत हैं।

सारणी – 4.10

उत्तरदाताओं का शैक्षणिक स्तर के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	**शैक्षणिक स्तर**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	निरक्षर	07	4.67
02	साक्षर	21	14
03	प्राथमिक	17	11.33
04	आठवीं	27	18
05	दसवीं	24	16
06	बारहवीं	18	12
07	स्नातक	28	18.67
08	स्नातकोत्तर	06	4
09	प्रोफेशनल कोर्स	02	1.33
कुल	योग	150	100

➢ मनुष्य के जीवन में शिक्षा का महत्वपूर्ण स्थान हैं। शिक्षा औपचारिक व अनौपचारिक दोनों प्रकार की संस्थाओं से प्राप्त की जाती है। शिक्षा एक ऐसा तत्व है जिसके आधार पर परम्परागत सामाजिक संरचना (ढ़ाचे) में परिवर्तन के बारे में आशा की जा सकती है। इसके द्वारा सम्पूर्ण समाज के विचारों, मूल्यो, विश्वास, अभिप्रेरणा, आचारों रुढ़ियों आदि में परिवर्तन लाकर समाज को परिवर्तित किया जा सकता है। शिक्षा व्यक्ति के व्यवहार, नैतिकता, परिस्थिति को बनाऐ रखती है। इसके माध्यम से व्यक्ति में जागरूकता, स्वचेतना एवं नैतिक मूल्यों का विकास होता है।

➢ सभी उत्तरदाता मनोरोगियों का शैक्षणिक स्तर निम्न प्रकार है।

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से निरक्षर उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.67, साक्षर उत्तरदाताओं का प्रतिशत 14, प्राथमिक शिक्षा प्राप्त किये हुए

उत्तरदाताओं का प्रतिशत 11.33, आठवीं तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 18 एवं दसवीं तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 16 है।

- इसी प्रकार कुल उत्तरदाताओं (150) में से बारहवीं तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 12, स्नातक तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 18.67, स्नातकोत्तर तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4 एवं प्रोफेशनल कोर्स किये हुये उत्तरदाताओं का प्रतिशत 1.33 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.10 में दर्शाया गया है।

सारणी – 4.11

उत्तरदाताओं का व्यवसाय के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	**व्यवसाय**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	कृषि	22	14.67
02	मजदूरी	43	28.67
03	व्यापार	38	25.33
04	सरकरी नौकरी	05	3.33
05	प्राइवेट नौकरी	17	11.33
06	गृहणी	25	16.67
कुल	योग	150	100

- समाज में जीवनयापन करने के लिए व्यवसाय का अत्यन्त महत्वपूर्ण स्थान है। व्यवसाय का तात्पर्य है कि एक व्यक्ति द्वारा किये जाने वाला शारीरिक या मानसिक श्रम जिससे उसको बदले में कुछ पारिश्रमिक या आय प्राप्त होती हो तथा आजीविका निर्वाह, सृजनात्मक व बौद्धिकता की तुष्टि, व्यक्तित्व का विकास, समाज में प्रतिष्ठित स्थान, धन संग्रह, आरामदायक जीवन आदि उद्देश्य की पूर्ति हो। वर्तमान में आजीविका का चयन, मात्र आवश्यकता की पूर्ति हेतु नहीं बल्कि अधिकाधिक धनोपार्जन के मूल्य पर आधारित हो गया है क्योंकि यह सामाजिक प्रतिष्ठा एवं उच्च प्रस्थिति का सूचक है। जो समाज में सामाजिक व पारिवारिक प्रतिष्ठा का सर्वोच्च मापदण्ड बन गया हैं।
- सभी उत्तरदाता मनोरोगियों का व्यवसायिक स्तर निम्न प्रकार है।
- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से कृषि कार्य करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 14.67, मजदूरी करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 28.67, व्यापार करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 25.33, सरकारी नौकरी करने वाले

उत्तरदाताओं का प्रतिशत 3.33 एवं प्राइवेट नौकरी करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 11.33 एवं गृहणी उत्तरदाताओं का प्रतिशत 16.67 है।

- अव्यस्क मनोरोगियों के व्यवसाय एवं आय की गणना इनके माता पिता के व्यवसाय व आय के रूप में की गई है।
- इन आंकड़ों को सारणी 4.11 में दर्शाया गया है। सारणी 4.11 के आँकड़े बताते हैं कि व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को उसका व्यवसाय भी प्रभावित करता है।

सारणी – 4.12

उत्तरदाताओं का आय के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	**आय का स्तर (रूपये में) प्रतिमाह**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	5000 से 10000	55	36.67
02	10000 से 20000	46	30.67
03	20000 से 30000	36	24
04	30000 से 40000	09	6
05	40000 से 50000	03	2
06	50000 से ऊपर	01	0.66
कुल	योग	150	100

- समाज में प्रत्येक व्यक्ति के जीवन की मूलभूत आवश्यकताऐं रोटी, कपड़ा और मकान हैं एवं प्रत्यके व्यक्ति अपनी मूलभूत आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए कोई ना कोई व्यवसाय करता है। जिससे व्यक्ति को आय प्राप्त होती है जो कि व्यक्ति की आर्थिक स्थिति का निर्धारण करती है तथा समाज में उसको एक स्थान प्रदान करती है। इसलिए अध्ययन के अन्तर्गत उत्तरदाताओं की आय से सम्बन्धित तथ्यों को प्राप्त करने का प्रयास किया गया है।
- सभी उत्तरदाता मनोरोगियों का आय का स्तर निम्न प्रकार है।
- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से प्रतिमाह पांच से दस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 36.67, दस से बीस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 30.67, बीस से तीस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 24, तीस से चालीस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 6, चालीस से पचास हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 2 एवं पचास हजार रूपये से ऊपर कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 0.66 है।
- इन आंकड़ों को सारणी 4.12 में दर्शाया गया है। सारणी 4.12 के आँकड़े बताते हैं कि व्यक्ति की जैसी आय होगी वैसी ही उसकी मानसिक स्थिति होगी।
- आय भी मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक हैं। क्योंकि उच्च आय बेहतर स्वास्थ्य के साथ उच्च सामाजिक स्थिति के साथ जुड़ी हुई हैं, जिससे सबसे अमीर और सबसे गरीब के बीच में सामाजिक एवं मानसिक स्वास्थ्य का बहुत बड़ा मतभेद उत्पन्न हो जाता हैं।
- अमीर व्यक्ति की तुलना में गरीब व्यक्ति की आर्थिक, मानसिक एवं सामाजिक स्थिति निम्न होती हैं, एवं वह अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे – भोजन, पानी, आवास,

स्वास्थ्य आदि की पूर्ति सही तरीके से नहीं कर पाता हैं, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता हैं।

सारणी – 4.13
उत्तरदाताओं का धर्म के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	धर्म	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	हिन्दू	97	64.67
02	मुस्लिम	34	22.67
03	सिख	07	4.67
04	ईसाई	07	4.67
05	जैन	04	2.66
06	अन्य	01	0.66
कुल	योग	150	100

- व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को उसका धर्म एंव संस्कृति भी प्रभावित करते है। क्योंकि व्यक्ति अपने आपको जानने, स्वीकार करने एवं अभिव्यक्त करने का तरीका धर्म एवं संस्कृति के माध्यम से सीखता है। अतः किसी व्यक्ति की मानसिक स्वस्थता व अस्वस्थता का अध्ययन करते समय आवश्यक है कि उस व्यक्ति की सांस्कृतिक एवं धार्मिक पृष्ठभूमि का अध्ययन भी किया जाये।
- प्राचीन काल से ही भारत विभिन्न धर्मों की पुण्य भूमि रहा है। विश्व में शायद ही कोई ऐसा देश है जिसमें इतनी विविधता एवं बहुलता पाई जाती हो। धर्म संस्कृति का अभिन्न अंग है। ग्रामीण क्षेत्रों में तो इसका प्रभाव और भी अधिक देखने को मिलता है। धर्म एक अति महत्वपूर्ण चर है जो अध्ययन के तथ्यों को प्रभावित करता है, क्योंकि अलग–अलग धर्म के आधार पर व्यक्ति की अलग–अलग सोच होती हैं। भारतीय समाज बहुधर्मी एवं आध्यात्मिकता प्रदान समाज है। इसी कारण धर्म के आधार पर चयनित उत्तरदाताओं का भी वर्गीकरण करना आवश्यक है।
- सभी उत्तरदाता मनोरोगी विभिन्न धर्मों से सम्बन्धित है।
- कुल उत्तरदाताओं (150) में से हिन्दू धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 64.67, मुस्लिम धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 22.67, सिख धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.67, ईसाई धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.67 एवं जैन धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 2.66 है। जबकि एक अन्य धर्म वाला उत्तरदाता लावारिस है जिसका प्रतिशत 0.66 है।

➢ इन आंकड़ों को सारणी 4.13 में दर्शाया गया है। सारणी 4.13 के आँकड़े बताते हैं कि हमारे भारत देश में हिन्दू धर्म की बाहुल्यता है जिससे धार्मिक जनसंख्या के आधार पर रोगी भी हिन्दू धर्म में अधिक मिले है।

सारणी – 4.14

उत्तरदाताओं का निवास स्थान की प्रकृति के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	निवास की प्रकृति	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	ग्रामीण	57	38
02	कस्बा	21	14
03	नगरीय	72	48
कुल	योग	150	100

➢ मानव के निवास के स्थानों को कई विद्वानों ने उनकी जनसंख्या, मकानों की बसावट, प्रशासन तथा वैधानिक एवं सरकारी आधार पर कई भागों में विभक्त किया है जिसमें ग्रामीण समुदाय, कस्बाई समुदाय एवं नगरीय समुदाय आते हैं।

➢ भारत को देहातों का देश भी कहा जाता है क्योंकि 75 प्रतिशत लोग गाँव में निवास करते हैं उनका जीवन प्रकृति प्रेमी, सादगी एवं शांति वाला होता है, ऐसे समुदाय में धर्म, प्रथा, रुढ़ियों का महत्व अधिक पाया जाता है और इनमें मानसिक बीमारियों के प्रति जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं का प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव विकसित होते हैं। परन्तु नगरीय समुदाय ठीक इसके विपरीत है यहाँ व्यक्तिवादिता, सामाजिक विजातीयता, सामाजिक समस्याऐं आदि होती हैं। जबकि कस्बाई समुदाय में दोनों समुदायों के गुण मिलते है।

➢ सभी उत्तरदाता मनोरोगी निवास के आधार पर तीनों समुदायों से सम्बन्धित है।

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं में से ग्रामीण क्षेत्र के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 38, कस्बाई क्षेत्र के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 14 एवं शहरी क्षेत्र के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 48 है।

➢ इन आंकडों को सारणी 4.14 में दर्शाया गया है। सारणी 4.14 के आँकड़े बताते हैं ग्रामीण क्षेत्र के व्यक्ति मानसिक बीमारियों के प्रति जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं के प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव रखते हैं जिससे मनोचिकित्सा वार्ड में ग्रामीण मनोरोगियों की संख्या कम मिली है। एवं ग्रामीण क्षेत्र के व्यक्तियों के मध्य प्राथमिक सम्बन्धों की बहुलता, स्थिरता, अशिक्षा एवं भाग्यवादिता होती है जिससे इनकी संख्या कम मिली।

➢ जबकि नगरीय क्षेत्र के व्यक्ति मानसिक बीमारियों के प्रति जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं के प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव नहीं रखते हैं एवं नगरीय क्षेत्र के व्यक्तियों के मध्य द्वैतीयक सम्बन्धों एवं व्यवसायों की बहुलता, व्यक्तिवादिता, शिक्षा एवं प्रतिस्पर्द्धा होती है जिससे इनकी संख्या अधिक मिली।

सारणी – 4.15
उत्तरदाताओं का जाति वर्ग के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	जाति वर्ग	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सामान्य	26	17.33
02	अनुसूचित जाति	39	26
03	अनुसूचित जनजाति	52	34.67
04	अन्य पिछड़ा वर्ग	33	22
कुल	योग	150	100

- भारतीय समाजशास्त्र में जाति एक महत्वपूर्ण अध्याय हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में तो इसका प्रभाव और भी अधिक देखने को मिलता हैं। विभिन्न जाति के सदस्यों की अलग–अलग सोच होती हैं जो अध्ययन के तथ्यों को प्रभावित करती हैं। इसी कारण चयनित उत्तरदाताओं का जाति के आधार पर वर्गीकरण आवश्यक है।
- उत्तरदाता सभी जातियों से सम्बन्धित है।
- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से सामान्य जाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 17.33, अनुसूचित जाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 26, अनुसूचित जनजाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 34.67 एवं अन्य पिछड़ा वर्ग जाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 22 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.15 में दर्शाया गया है।

सारणी – 4.16
उत्तरदाताओं का पारिवारिक संरचना के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	पारिवारिक संरचना	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	एकाकी परिवार	116	77.33
02	संयुक्त परिवार	34	22.67
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 116 उत्तरदाता एकाकी परिवार के है जिनका प्रतिशत 77.33 है तथा 34 उत्तरदाता संयुक्त परिवार के है जिनका प्रतिशत 22.67 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.16 में दर्शाया गया है।
➢ व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर उसके परिवार का भी प्रभाव पड़ता है क्योंकि जन्म के समय बच्चा न तो सामाजिक होता है और न असामाजिक। उसके मन रूपी किताब पर सर्वप्रथम परिवार के अनुभवों का प्रभाव पड़ता है।
➢ यदि व्यक्ति एकाकी परिवार में निवास करता है तो उसे अकेलेपन का वातावरण मिलता है एवं अपनी समस्याओं को किसी के साथ बांट नही पाता है जिससे व्यक्ति में विभिन्न मानसिक विकार उत्पन्न हो जाते है।
➢ जबकि संयुक्त परिवार मे रहने से व्यक्ति अपने सभी सुख एवं दुखों को परिवार के सभी व्यक्तियों के साथ बांट लेता है और उसका मन हल्का हो जाता है जिससे उनमें मानसिक विकार कम मिलते है।
➢ अतः सारणी 4.16 से स्पष्ट है कि परिवार की संरचना भी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है।

सारणी – 4.17

उत्तरदाताओं का वैवाहिक स्थिति के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	वैवाहिक स्थिति	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	विवाहित	95	63.33
02	अविवाहित	47	31.33
03	विधुर, विधवा एवं तलाकशुदा	08	5.34
कुल	योग	150	100

➢ शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 95 उत्तरदाता विवाहित है जिनका प्रतिशत 63.33 है तथा 47 उत्तरदाता अविवाहित है जिनका प्रतिशत 31.33 है। जबकि विधुर, विधवा एवं तलाकशुदा उत्तरदाताओं की संख्या 08 है जिनका प्रतिशत 5.33 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.17 में दर्शाया गया हैं।
➢ वैवाहिक प्रस्थिति भी उत्तरदाताओं को सर्वाधिक रूप से प्रभावित करती है, क्योंकि अविवाहित व्यक्ति की तुलना में विवाहित व्यक्ति की सामाजिक एवं मानसिक स्थिति उच्च होती हैं तथा विवाहित व्यक्ति ही विभिन्न प्रकार के धार्मिक कार्य कर सकता है। जैसे – पंच महायज्ञ करना, दान देना, कन्या दान लेना व देना, अतिथि सत्कार करना, ईश्वर की पूजा–पाठ करना, आदि।

सारणी – 4.18
उत्तरदाताओं का घर के स्वरूप के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	घर का स्वरूप	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	कच्चा घर	46	30.67
02	पक्का घर	104	69.33
कुल	योग	150	100

- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 46 उत्तरदाता कच्चे घरों मे रहते हैं जिनका प्रतिशत 30.67 है तथा 104 उत्तरदाता पक्के घरों में रहतै है जिनका प्रतिशत 69.33 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.18 में दर्शाया गया है।
- घर भी मानसिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारक है, क्योंकि कच्चे घरों में रहने वाले व्यक्तियों की सामाजिक एवं मानसिक स्थिति, पक्के घरों में रहने वाले व्यक्तियों की बजाय निम्न होती हैं। इन घरों में ज्यादातर गरीब व्यक्ति ही निवास करते हैं एवं इनको विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं से गुजरना पड़ता है जैसे श्वसन संक्रमण, त्वचा संक्रमण, दुर्घटनायें, मृत्युदर एवं अस्वस्थता दर।

सारणी – 4.19
उत्तरदाताओं का आर्थिक स्तर के आधार पर वर्गीकरण

क्रम संख्या	आर्थिक स्तर	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	निम्न वर्ग	101	67.33
02	मध्यम वर्ग	45	30
03	उच्च वर्ग	04	02.67
कुल	योग	150	100

- समाज में प्रत्येक व्यक्ति के जीवन की मूलभूत आवश्यकताऐं रोटी, कपड़ा और मकान हैं एवं प्रत्यके व्यक्ति अपनी मूलभूत आवश्यकताओं की पूर्ति के लिए कोई ना कोई व्यवसाय करता है। जिससे व्यक्ति को आय प्राप्त होती है जो कि व्यक्ति की आर्थिक स्थिति का निर्धारण करती है तथा समाज में उसको एक स्थान प्रदान करती है। इसलिए अध्ययन के अन्तर्गत उत्तरदाताओं की आर्थिक स्थिति से सम्बन्धित तथ्यों को प्राप्त करने का प्रयास किया गया है।

- सभी उत्तरदाता मनोरोगियों की आर्थिक स्थिति का स्तर निम्न प्रकार है।
- शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 101 उत्तरदाता निम्न वर्ग से सम्बन्धित है जिनका प्रतिशत 67.33 है। इसी प्रकार मध्यम वर्ग के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 30 एवं उच्च वर्ग के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 02.67 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.19 में दर्शाया गया है।
- निम्न वर्ग के उत्तरदाताओं की वार्षिक आय 01 से 2.5 लाख रूपये है। जबकि मध्यम वर्ग के उत्तरदाताओं की वार्षिक आय 2.5 से 05 लाख रूपये है एवं उच्च वर्ग के उत्तरदाताओं का की वार्षिक आय 05 लाख रूपये से ऊपर है।
- सारणी 4.19 के आँकड़े बताते हैं कि व्यक्ति की जैसी आर्थिक स्थिति होगी वैसी ही उसकी मानसिक स्थिति होगी।
- उच्च वर्ग के व्यक्तियों की तुलना में मध्यम एवं निम्न वर्ग के व्यक्तियों की आर्थिक, मानसिक एवं सामाजिक स्थिति निम्न होती हैं, एवं वह अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे – भोजन, पानी, आवास, स्वास्थ्य आदि की पूर्ति उच्च वर्ग के व्यक्तियों के समान नहीं कर पाता हैं, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता हैं।

सारणी 4.20
मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बंधित होता है। जिस प्रकार प्रदूषित प्राकृतिक वातावरण स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता हैं उसी प्रकार प्रदूषित सामाजिक एवं सांस्कृतिक वातावरण भी स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव डालता हैं। हमारे स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, स्कूल के वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता हैं। मनोरोगी की चिकित्सा करते समय चिकित्सक अति प्रतिक्रिया वाला व्यवहार करने वाले मनोरोगी (उन्माद) को शांत एवं अनउत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध करता है। इसी प्रकार दुःखी मन एवं कम प्रतिक्रिया करने वाले मनोरोगी (अवसाद) को मनोरंजनात्मक एवं उत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध करता है।

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या एवं प्रतिशत**	**सहयोगी पक्ष के उत्तरदाता एवं प्रतिशत**	**असहयोगी पक्ष के उत्तरदाता एवं प्रतिशत**	**तटस्थ उत्तरदाता एवं प्रतिशत**
1	मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार	150 100 %	141 94 %	03 02 %	06 05 %

- ✓ शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती थे तब चिकित्सक के द्वारा उनकी सामाजिक पृष्ठभूमि के साथ सहयोग रखते हुए मानसिक बीमारी का इलाज किया था।
- ✓ इसके साथ ही उनके जन्म से लेकर भर्ती समय तक की सभी घटनाओं की विस्तृत जानकारी ली एवं पारिवारिक इतिहास को पूछते हुए बीमारी के निदान के अनुसार उनको सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया गया था।
- ✓ ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से 141 हैं, जिनका प्रतिशत 94 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.20 में दर्शाया गया है। अर्थात मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

सारणी 4.21
मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं के योगदान के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

किसी भी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने या बनाये रखने के लिए स्वास्थ्य के सभी पहलुओं का योगदान होता है। स्वस्थ होने का वास्तविक अर्थ अपने आप पर ध्यान केन्द्रित करते हुए जीवन जीने के स्वस्थ तरीकों को अपनाया जाना हैं। यदि हम मानसिक रूप से स्वस्थ होने की इच्छा रखते हैं तो हमें खुश रहना चाहिए और मन में इस बात का ध्यान रखना होगा कि स्वास्थ्य के समस्त पहलू अलग अलग टुकड़ों की तरह हैं। अतः अगर हमें अपने जीवन को कोई अर्थ प्रदान करना हैं तो हमें स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं को एक साथ फिट करना पड़ेगा। वास्तव में एक व्यक्ति सम्पूर्ण स्वास्थ्य जिसमें मानसिक स्वास्थ्य भी शामिल हैं को प्राप्त करने के शारीरिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, आध्यात्मिक, भावनात्मक, व्यवसायिक, वातावरणीय एवं बौद्धिक स्वास्थ्य को अपने जीवन में अपनाकर अपने सम्पूर्ण स्वास्थ्य स्तर को प्राप्त कर सकता हैं।

क्रम संख्या	स्वास्थ्य के अन्य पहलू	उत्तरदाताओं की संख्या	सहमत उत्तरदाता	असहमत उत्तरदाता	तटस्थ उत्तरदाता
1	शारीरिक स्वास्थ्य	150	110	29	11
2	सामाजिक स्वास्थ्य	150	123	18	9
3	सांस्कृतिक स्वास्थ्य	150	98	32	20
4	आध्यात्मिक स्वास्थ्य	150	105	23	22
5	भावनात्मक स्वास्थ्य	150	88	35	27
6	व्यावसायिक स्वास्थ्य	150	97	29	24
7	वातावरणीय स्वास्थ्य	150	117	22	11
8	बौद्धिक स्वास्थ्य	150	93	33	24

✓ शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ हैं कि मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं का योगदान होना जरूरी हैं, को प्राथमिकता देते हैं। कुल उत्तरदाता 150 में से ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या शारीरिक स्वास्थ्य के प्रति 110 हैं, सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति 123 हैं, सांस्कृतिक स्वास्थ्य के प्रति 98 हैं, आध्यात्मक स्वास्थ्य के प्रति 105 हैं, भावनात्मक स्वास्थ्य के प्रति 88 हैं, व्यवसायिक स्वास्थ्य के प्रति 97 हैं, वातावरणीय स्वास्थ्य के प्रति 117 हैं एवं बौद्विक स्वास्थ्य के प्रति 93 हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.21 में दर्शाया गया हैं। अर्थात एक व्यक्ति अपने जीवन में स्वास्थ्य के सभी पहलुओं को अपनाकर अपने सम्पूर्ण स्वास्थ्य स्तर को ऊँचा उठा सकता हैं।

सारणी 4.22
स्वयं की स्वास्थय प्रस्थिति एवं भूमिका के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

समाज में प्रत्येक व्यक्ति की एक निश्चित प्रस्थिति और उस प्रस्थिति से सम्बंधित भूमिका होती हैं। प्रस्थिति सामाजिक पद है जिसे धारण करने वाले को शक्ति और सम्मान की एक निश्चित मात्रा प्राप्त होती हैं। सामाजिक व्यवस्था के अंतर्गत किसी समय विशेष पर व्यक्ति को जो दर्जा होता हैं उसके अनुसार हम उसकी प्रस्थिति को आंकते हैं। समाज में कुछ व्यक्ति उच्च पदों पर आसीन होते हैं तो कुछ व्यक्तियों को अपेक्षाकृत निम्न स्थिति प्राप्त होती हैं। प्रत्येक व्यक्ति समाज में प्रस्थिति के आधार पर अन्य व्यक्तियों से अन्तःक्रिया करता हैं। अन्तःक्रिया के समय वह समाज–सम्मत व्यवहार करता हैं। उसके व्यवहार करने के तरीके भी पूर्व–निर्धारित होते हैं कि वह किस व्यक्ति के साथ कैसा एवं किस प्रकार का संबंध रखेगा। एक व्यक्ति अपनी प्रस्थिति से सम्बंधित भूमिका निर्वाह कैसे करेगा, यह कई बातों पर निर्भर करता हैं, जैसे वह अपने कर्तव्यों के प्रति कितना जागरूक हैं, अपने दायित्व निर्वाह के लिए कितना कठिन परिश्रम करता हैं, वह समाज के आदर्श नियमों के प्रति कितना सजग हैं, आदि। व्यक्ति की मानसिक बीमारी भी व्यक्ति की प्रस्थिति एवं भूमिका निर्वाह क्षमता को प्रभावित करती हैं।

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या एवं प्रतिशत	हां पक्ष के उत्तरदाता एवं प्रतिशत	नहीं पक्ष के उत्तरदाता एवं प्रतिशत	तटस्थ उत्तरदाता एवं प्रतिशत
1	मानसिक बीमारी होने पर प्रस्थिति एवं भूमिका में परिवर्तन	150 100 %	123 82 %	09 06 %	18 12 %

✓ शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ हैं कि उनको मानसिक बीमारी होने पर उनके सम्मान में बहुत ज्यादा कमी आई हैं। बीमारी होने के

बाद उनको मनहूस एवं कंलकी कहा गया हैं। समुदाय के लोगो के अलावा परिवार वाले भी उनको अपने लिए बोझ समझते हैं। मित्रों एवं परिवार वालों के द्वारा उनको रस्सी से बांधने के साथ ही एकांतवास प्रदान करते हुए नजरअंदाज किया जाता हैं। ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 123 हैं जो कुल उत्तरदाता 150 में से हैं। जिनका प्रतिशत कुल उत्तरदाताओं के प्रतिशत 100 में से 82 प्रतिशत हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.22 में दर्शाया गया हैं।

सारणी 4.23

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के योगदान के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के द्वारा विभिन्न कैम्पों का आयोजन करके समुदाय स्तर पर मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा मानसिक बीमारी के बारे में उपस्थित गलत धारणाओं को लोगों के मन से हटाया जाता है एवं मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्तियों की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराई जाती हैं। जिससे मानसिक रोगियों को बढ़ावा नहीं मिलता हैं। इसके साथ ही इस कार्यक्रम के तहत नैदानिक मानसिक रोगियों का उपलब्ध स्त्रोंतो के आधार पर पुनर्वास किया जाता है एवं मानसिक बीमारी के निदान के अनुसार मनोचिकत्सकों के द्वारा मनोसामाजिक परामर्श दिया जाता हैं।

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	हां पक्ष के उत्तरदाता	नहीं पक्ष के उत्तरदाता	तटस्थ उत्तरदाता
1	मानसिक बीमारी के प्रति उपस्थित गलत धारणाओं को उत्तरदाताओं के मन से हटाया गया	150	51	27	72
2	मानसिक रूप से अस्वस्थ उत्तरदाताओं की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराई	150	127	13	10
3	मनोचिकत्सकों के द्वारा मनोसामाजिक परामर्श दिया गया	150	123	18	09
4	मानसिक रोगियों का उपलब्ध स्त्रोंतो के आधार पर पुनर्वास किया गया	150	27	111	12

✓ शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ हैं कि राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत कुल उत्तरदाता 150 में से ऐसा कहने वाले

उत्तरदाताओं की संख्या कि चिकित्सकों के द्वारा उनको मनोसामाजिक परामर्श दिया गया 123 हैं। उनकी बीमारी की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराई गई की संख्या 127 हैं। उनकी मानसिक बीमारी के प्रति उपस्थित गलत धारणाओं को उनके मन से हटाया गया की संख्या 51 हैं एवं पुनर्वासित उत्तरदाताओं की संख्या 27 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.23 में दर्शाया गया हैं।

सारणी 4.24
मानसिक बीमारी के लिए अपनी परम्परागत मान्यताओं के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

आधुनिक समय में भी मानसिक बीमारियों को दैवीय शक्तियों, प्रेतात्मा एवं काले जादू के प्रकोप का प्रभाव माना जाता हैं एवं मनोरोगी का इलाज झाड़–फूंक एवं भोपाओं के द्वारा करवाया जाता हैं। इसके साथ ही मानसिक बीमारी से पीड़ित व्यक्ति का इलाज शादी कराने से हो जाता हैं तथा ये बीमारी पीड़ित व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को फैलती हैं। इसके साथ ही इनके परिवार वालों एवं रिश्तेदारों में भी मानसिक बीमारियों के प्रति जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं का प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव विकसित होता हैं। ये सभी परम्परागत मान्यताएं ज्यादातर मनोरागियों एवं उनके परिवार वालों में वर्तमान समय में भी मिली हैं।

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	हां पक्ष के उत्तरदाता	नहीं पक्ष के उत्तरदाता	तटस्थ उत्तरदाता
1	मानसिक बीमारी का कारण दैवीय शक्तियां, प्रेतात्मा, काला जादू का होना मानना।	150	97	37	16
2	मनोरोगी को झाड़–फूंक एवं भोपाओं के द्वारा ठीक करवाना।	150	114	13	23
4	मानसिक बीमारी का उपचार विवाह से सम्भव हैं।	150	38	103	09
4	मानसिक बीमारी संक्रामक हैं।	150	97	29	24

- ✓ शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ हैं कि वे अपनी मानसिक बीमारी को दैवीय शक्तियों, प्रेतात्मा एवं काले जादू का प्रकोप मानतें हैं ऐसा कहने वाले कुल उत्तरदाताओं की संख्या 150 में से 97 हैं एवं अपने मरीजों को झाड़–फूंक एवं भोपाओं के द्वारा ठीक करवाने की प्रथा को 114 उत्तरदाता सही मानते

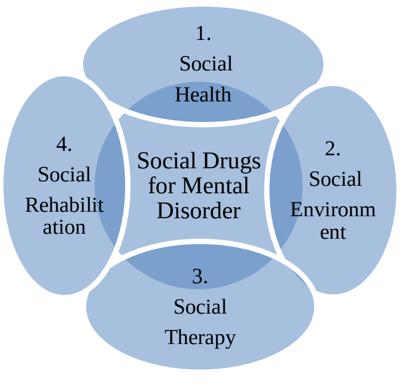
हैं। इसी प्रकार अपने मरीज का इलाज विवाह के माध्यम से हो सकता हैं ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 38 हैं। इसी प्रकार मानसिक बीमारीयां एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को फैलती हैं ऐसा कहने वाले कुल उत्तरदाताओं की संख्या 150 में से 97 हैं। अर्थात मानसिक बीमारी एवं मनोरोगी के प्रति वर्तमान समय में भी अंधविश्वास व्याप्त हैं। इसलिए मानसिक बीमारियों के प्रति व्याप्त अंधविश्वास एवं परम्परागत मान्यताओं का उन्मूलन केवल शिक्षा के माध्यम से ही किया जा सकता हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.24 में दर्शाया गया हैं।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन (सहसम्बन्ध) का अध्ययन

मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर आनुभविक अध्ययन करने का मुख्य उद्देश्य **सहसंबंध** के मापन को ज्ञात करना रहा है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से चयनित उत्तरदाताओं में मानसिक रोग के लक्षणों (अवसाद, उन्माद, तनाव, अनिद्रा, भय, क्रोध) मे कमी पायी गई है। इसके साथ ही इनके द्वारा रोगियों के सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनः स्थापना हुई है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं को समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण से शोधकर्ता ने मनोरोगियों के लक्षणों में कमी लाने के कारण, इनके उपचार के रूप में इन्हें मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि कहा है। जिसे सोशियोलॉजिकल मैनेंजमेन्ट नाम दिया है।

RX सोशियोलॉजिकल मैनेंजमेंट
(सोशल ड्रग)

1. सामाजिक स्वास्थ्य
2. सामाजिक वातावरण
3. सामाजिक चिकित्सा
4. सामाजिक पुनर्वास



चित्र : 4.1 : मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि

सारणी 4.25
मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू एवं सकारात्मक परिणाम

चिकित्सकों के द्वारा दी जा रही विभिन्न सामाजिक चिकित्साओं से उत्तरदाता लाभान्वित हो रहे हैं यह तो पूर्ण स्पष्ट हो चुका हैं परन्तु इसके प्रभाव व परिवर्तन सकारात्मक रूप में एवं बहुत ही कम अवधि में आये हैं। प्राप्त निम्न तथ्यों को सारणी 4.25 में दर्शाने का प्रयास किया है।

क्रम संख्या	सकारात्मक परिणाम की अवधि	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	तुरन्त	06	4
02	कुछ ही दिनों मे	23	15.33
03	कुछ माह मे	72	48
04	कुछ वर्षों मे	49	32.67
कुल	योग	150	100

✓ शोध अध्ययन से स्पष्ट है कि कुल चयनित 150 उत्तरदाताओं में से सर्वाधिक उत्तरदाता 72 अर्थात् 48 प्रतिशत का मानना है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण मानसिक रोग के लक्षणों (अवसाद, उन्माद, तनाव, अनिद्रा, भय, क्रोध) व नशीली दवाओं के व्यसन में कमी आने लगी हैं तथा इनके द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापना की गई हैं एवं आने वाले परिवर्तन व सकारात्मक परिणाम के लिए ज्यादा इंतजार नहीं करना पड़ता हैं इसका प्रभाव कुछ माह में आ जाता हैं एवं 32.67 प्रतिशत उत्तरदाता ऐसे भी हैं जिन्होंने मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से आने वाले परिवर्तन व सकारात्मक परिणाम को कुछ वर्षों में आना बताया हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.25 में दर्शाया गया हैं। अर्थात मनोरागियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से उनके लक्षणों में कमी आना (सकारात्मक परिणाम) इस आनुभाविक अध्ययन करने के मुख्य उद्देश्य (सहसंबंध) मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं, को स्पष्ट करता है। साथ ही मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक पुनर्वास, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक स्वास्थ्य, तथा समाजिक वातावरण) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है, को स्पष्ट करता हैं।

सारणी 4.26
मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू एवं रोगी में परिवर्तन

प्रस्तुत अध्ययन में परिजनों एवं मित्रों से साक्षात्कार करने पर पाया गया कि रोगी में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के पश्चात् व्यवहार एवं स्वभाव में परिवर्तन आया। जैसा कि सारणी 4.26 से स्पष्ट है।

क्रम संख्या	परिजन/मित्र द्वारा रोगी में बदलाव महसूस	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	आत्मविश्वास में बढ़ोतरी	16	10.66
02	प्रसन्नता एवं आनन्द में वृद्धि	23	15.33
03	सोचने के ढंग में बदलाव	27	18
04	भावनाओं में परिवर्तन	22	14.67
05	स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन	37	24.67
06	अन्य परिवर्तन	25	16.67
कुल	योग	150	100

- ✓ शोध अध्ययन में ज्ञात हुआ कि रोगी के स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 37 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 24.67 प्रतिशत हैं। इसी प्रकार आत्मविश्वास में बढ़ोतरी हुई है ऐसे कहने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 10.66 तथा सोचने के ढंग में बदलाव आया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 18 एवं प्रसन्नता तथा आनंद में वृद्धि हुई है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 23 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 15.33 प्रतिशत हैं। इसी प्रकार भावनाओं में परिवर्तन में परिवर्तन आया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 22 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 14.67 प्रतिशत हैं। इसी प्रकार रोगी में अन्य परिवर्तन भी आये है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 25 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 16.67 प्रतिशत हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.26 में दर्शाया गया है।
- ✓ इससे सिद्ध होता हैं कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से रोगी के आत्मविश्वास में बढ़ोतरी तथा प्रसन्नता एवं आनन्द में वृद्धि एवं सोचने के ढगं में

बदलाव के साथ–साथ बड़ी बात यह हैं कि उसके स्वभाव व व्यवहार एवं भावनाओं में परिवर्तन को परिजन तथा मित्रों द्वारा भी महसूस किया गया हैं।

सारणी 4.27
मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का रोगी एवं समाज पर प्रभाव

व्यक्ति समाज का अभिन्न अंग हैं समाज में व्याप्त समस्याओं से वह प्रभावित होता रहता हैं जिसमें मानसिक रोग एवं मनोरोगी के प्रति गलत अवधारणाओं, नशीली दवाओं के सेवन, पारिवारिक कलह के प्रभाव एवं प्रस्थिति में परिर्वतन को समझने का प्रयास भी इसके अन्तर्गत किया गया हैं।

क्रम संख्या	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का रोगी एवं समाज पर प्रभाव	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	रोग के प्रति गलत अवधारणाओं मे कमी आई।	51	34
02	नशीली दवाओं के सेवन से मुक्ति मिली।	29	19.33
03	पारिवारिक कलह व झगड़ों में कमी आई।	40	26.67
04	सामाजिक प्रस्थिति में बढ़ोतरी हुई।	30	20
कुल	योग	150	100

- ✓ मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रभाव के सम्बन्ध में उत्तरदाताओं का कहना है कि इससे मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति समाज में व्याप्त गलत अवधारणाओं में कमी आई हैं साथ ही नशों के सेवन से मुक्ति मिलने से, पारिवारिक कलह व झगड़ों में कमी आती हैं तथा मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी होती हैं। कुल चयनित उत्तरदाताओं 150 में से मनोरोग होने पर समाज में व्याप्त गलत अवधारणाओं में कमी आई ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 51 हैं तथा नशीली दवाओं के सेवन से मुक्ति मिली ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 29 हैं एवं पारिवारिक कलह व झगड़ों में कमी आई ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 40 हैं व सामाजिक प्रस्थिति में बढ़ोतरी हुई ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 30 हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.27 में दर्शाया गया हैं।
- ✓ इससे सिद्ध होता है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का लाभ मनोरोगी के साथ–साथ उसके परिवारजनों एवं समाज के अन्य व्यक्तियों पर भी पड़ता हैं।

सारणी 4.28
मनोरोगियों के उपचार में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का योगदान

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा पीड़ित व्यक्ति के लक्षणों मे कमी लाकर सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना तथा सामाजिक कामकाज का विस्तार करना होता हैं। जिस प्रकार चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाई) के द्वारा मानसिक बीमारियों का उपचार होता है उसी प्रकार मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) के जुड़ाव द्वारा मनोरोगियों के स्वास्थ्य में सुधार लाया गया हैं। एवं उनकी विभिन्न समस्याओं को दूर करने लिए मनो सामाजिक परामर्श देना भी सामाजिक चिकित्सा का ही रूप हैं।

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	हां पक्ष के उत्तरदाता	नहीं पक्ष के उत्तरदाता	तटस्थ उत्तरदाता
1	(सामाजिक स्वास्थ्य) सामाजिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।	150	139	9	02
2	(सामाजिक वातावरण) पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।	150	141	03	06
3	(सामाजिक चिकित्सा) रोगी के रोग के लक्षणों मे कमी आई।	150	143	02	05
4	(सामाजिक पुनर्वास) सामाजिक कामकाज का विस्तार हुआ।	150	122	23	05

- ✓ शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती हुए तब चिकित्सक के द्वारा उनकी मानसिक बीमारी का गोली दवाइयों के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जोड़ते हुए उनकी विभिन्न सामाजिक एवं मनोवैज्ञानिक समस्याओं का समाधान किया था।
- ✓ ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से सामाजिक स्वास्थ्य के योगदान के प्रति 139, सामाजिक वातावरण के योगदान के प्रति 141, सामाजिक चिकित्सा के योगदान के प्रति 143 एवं सामाजिक पुनर्वास के योगदान के प्रति 122 हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.28 में दर्शाया गया हैं। अर्थात मनोरोगियों के इलाज के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का योगदान उपयोगी सिद्व होता हैं।

सारणी 4.29

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू व संतुष्टि का प्रकार्यात्मक पक्ष

वर्तमान परिस्थितियों के अनुसार मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से मनोरोगी किस स्तर तक संतुष्ट हो रहा हैं इसके बारे मे सम्बन्धित जानकारी को सारणी 4.23 में दर्शाया गया हैं।

क्रम संख्या	संतुष्टि	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	हां	112	74.67
02	नहीं	15	10
03	तटस्थ	23	15.33
कुल	योग	150	100

✓ शोध अध्ययन से ज्ञात होता है कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से संतुष्ट हैं ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक 112 हैं जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 74.67 प्रतिशत हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4. 24 में दर्शाया गया हैं। अतः स्पष्ट है कि शोध अध्ययन के दौरान मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से मनोरोगियों का उपचार करना पूर्ण रूप से सहायक रहा हैं।

सारणी 4.30

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का चिकित्सकीय महत्व

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा मनोरोगियों के लक्षणों में कमी आई थी एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि होने के साथ उनके पारिवारिक व सामाजिक संबंधों की पुनः स्थापना भी हुई थी के सकारात्मक परिणाम उभर के आये हैं, जिससे इनका चिकित्सकीय महत्व पहले की अपेक्षा और अधिक बढ़ जाता है। इससे सम्बन्धित जानकारी को सारणी 4. 30 में दर्शाया गया है।

क्रम संख्या	मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का चिकित्सकीय महत्व	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	हां	142	94.67
02	नहीं	05	03.33
03	तटस्थ	03	02
कुल	योग	150	100

✓ शोध अध्ययन से ज्ञात होता है कि ज्यादातर उत्तरदाताओं ने मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के चिकित्सकीय महत्व को स्वीकार किया हैं ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक 142 हैं जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 94.67 प्रतिशत हैं। अतः स्पष्ट है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का उपयोग मनोरोगियों के इलाज में, चिकित्सा के क्षेत्र में सामाजिक औषधि के रूप में उपयोग पहले की अपेक्षा और अधिक बढ़ाया जा सकता हैं।

सारणी 4.31

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का सरकारी महत्व

शोध अध्ययन के तथ्यों में पाया गया कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगियों का उपचार एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य में वद्वि हुई हैं। इसे सारणी 4.25 में समझाने का प्रयास किया गया हैं।

क्रम संख्या	सरकरी महत्व	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	हां	137	91.33
02	नहीं	07	4.67
03	तटस्थ	06	04
कुल	योग	150	100

✓ शोध अध्ययन से ज्ञात होता है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से रोगियों की मानसिक बीमारियों का उपचार हुआ हैं एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य में वद्वि हुई हैं। अतः सरकार को मनोरोगियों के हितो को ध्यान मे रखकर बनाई जाने वाली विभिन्न स्वास्थ्य योजनाओं में ज्यादा से ज्यादा मानसिक चिकित्सालय एवं पुनर्वास केन्द्रों को खोलना होगा, ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक 137 हैं जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 91.33 प्रतिशत हैं। जिससे सम्पूर्ण भारत देश में मनोरोगियों की संख्या मे कमी आयेगी एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का सरकारी महत्व पहले की अपेक्षा और अधिक बढ़ जायेगा।

References

1. George, Ritzer.1992. Sociological Theory 3rd(edition), Newyork: Mc Graw Hill Inc. Pp. 233.

अध्याय – पंचम

महत्त्वपूर्ण वैयक्तिक अध्ययन

- **अवसाद रोग** से ग्रसित मनोरोगियों के वैयक्तिक अध्ययन क्रम संख्या 01 से 04 तक क्रमशः वयस्क पुरूष, वयस्क महिला, मेल चाइल्ड एवं फिमेल चाइल्ड
- **उन्माद रोग** से ग्रसित मनोरोगियों के वैयक्तिक अध्ययन क्रम संख्या 05 से 08 तक क्रमशः वयस्क पुरूष, वयस्क महिला, मेल चाइल्ड एवं फिमेल चाइल्ड
- **सिजोफ्रेनिया रोग** से ग्रसित मनोरोगियों के वैयक्तिक अध्ययन क्रम संख्या 09 से 11 तक क्रमशः वयस्क पुरूष, वयस्क महिला एवं लावारिस पुरूष
- **सन्निपात रोग** से ग्रसित मनोरोगियों के वैयक्तिक अध्ययन क्रम संख्या 12 से 13 तक क्रमशः वयस्क पुरूष एवं वयस्क महिला
- **मनोभ्रंश रोग** से ग्रसित मनोरोगियों के वैयक्तिक अध्ययन क्रम संख्या 14 से 15 तक क्रमशः वयस्क पुरूष एवं वयस्क महिला

वैयक्तिक अध्ययन पद्धति

वैयक्तिक अध्ययन अथवा एकल अध्ययन पद्धति किसी व्यक्ति, संस्था एवं समुदाय के सर्वांगीण अध्ययन की एक विशेष विधि है। अर्थात् किसी भी वस्तु स्थिति का भलीभांति बारीकी से जांच पड़ताल करना व जानना है। वास्तविकता यह है कि सामाजिक अनुसंधान के अंतर्गत केवल सांख्यिकीय और परिमाणात्मक प्रविधियों से ही अध्ययन करना पर्याप्त नहीं होता है बल्कि अनेक तथ्य ऐसे होते हैं जिन्हें समझने के लिए गुणात्मक विधि द्वारा अध्ययन नितांत आवश्यक हो जाता है। सामाजिक अनुसंधान में वैयक्तिक अध्ययन तब किए जाते हैं जब शोधकर्ता को किसी घटना को समझने या उसकी व्याख्या करना हो। वैयक्तिक अध्ययन का केन्द्र सामान्यतः कोई व्यक्ति या छोटा समूह होता है। वैयक्तिक अध्ययन में अध्ययन किए जाने वाले परिवर्तनीय तत्वों या घटनाओं की पहचान करने का अवसर मिलता हैं (बोअर्स 1984ः 23–25)[1]।

- प्रस्तुत अध्याय में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी सहमति से गहन वैयक्तिक अध्ययन किया गया हैं। एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन किया गया हैं।
- चयनित 150 उत्तरदाताओं में से ही 15 उत्तरदाताओं की केस स्टडी की गई है। जिनमें 11 वयस्क (06 पुरूष एवं 05 महिला) तथा 04 अवयस्क (02 मेल चाइल्ड एवं 02 फिमेल चाइल्ड) मनोरोगियों का गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया हैं। इनमें 01 वयस्क लावारिस पुरूष का वैयक्तिक अध्ययन भी शामिल हैं।
- क्रम संख्या 01 से 04 तक के वैयक्तिक अध्ययन अवसाद रोग (डिप्रेशन) से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए है एवं क्रम संख्या 05 से 08 तक के वैयक्तिक अध्ययन उन्माद रोग (मेनिया) से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए हैं। इसी प्रकार क्रम संख्या 09 से 11 तक के वैयक्तिक अध्ययन सिजोफ्रेनिया रोग से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए हैं।
- क्रम संख्या 12 एवं 13 का वैयक्तिक अध्ययन सन्निपात रोग (डेलिरियम) से ग्रसित मनोरोगियों पर किया गया है एवं क्रम संख्या 14 एवं 15 का वैयक्तिक अध्ययन मनोभ्रंश रोग (डिमेन्शिया) से ग्रसित मनोरोगियों पर किया गया हैं।

वैयक्तिक अध्ययन के भाग

- परिचय
- पारिवारिक विवरण
- प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं
- गृहस्थ जीवन एवं रोजगार
- सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति
- रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं
- रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव
- रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी व समुदाय में परिवर्तन
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार
- निष्कर्ष

- प्रस्तुत घटनाक्रम को उत्तरदाताओं के साथ प्रत्यक्ष वार्ताओं के आधार पर उन्हीं के विचारों को अभिव्यक्त करते हैं। इसके अन्तर्गत उत्तरदाता के सम्पूर्ण जीवन के पहलू का अध्ययन किया है जिससे उत्तरदाता विशेष रुप से प्रभावित हुआ है (होलांड 1952)[2]।

वैयक्तिक अध्ययन – 01

परिचय

एम. एल. गमेती, व्यवसाय व्यापार, धर्म हिन्दू, शिक्षा आठवीं पास, उम्र 42 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 6 इंच, वजन 53 किलो है। वर्तमान में गांव नथवातों का गुढ़ा, तहसील गिर्वा, जिला उदयपुर में निवास करते हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी अवसाद को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

एम. एल. गमेती के पिता एच.एल गमेती जीवित एवं साक्षर है। इनके पिता की उम्र 59 वर्ष है जो अल्सरेटिव कोलाइटिस बीमारी से ग्रसित है। इनके एक भाई व एक बहन है। इनकी पत्नी मांगी बाई की उम्र 38 वर्ष है, जो तीसरी कक्षा पास गृहणी है। इनके 3 पुत्री हैं जो अविवाहित है बड़ी पुत्री की आयु 18 वर्ष है जो बारहवी कक्षा में एवं दूसरी पुत्री की आयु 17 वर्ष है जो दसवी कक्षा में गांव बड़ी के राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय मे अध्ययनरत है। तीसरी पुत्री की आयु 15 वर्ष है जो सातवीं कक्षा में गांव नथवातों के गुढ़ा के राजकीय माध्यमिक विधालय में अध्ययनरत है।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

एम. एल. गमेती का जन्म एक निम्न वर्ग के परिवार में गांव नथवातों का गुढ़ा, तहसील गिर्वा, जिला उदयपुर में हुआ है। इनके पिता ने अपने जीवन में ज्यादातर कृषि कार्य ही किया है। इनके तीन बीघा जमीन एवं गाय बैल भैंस भी है। अपनी खेती का कार्य स्वयं ही करत थे एवं जरूरत पडने पर आध बटाई पर दुसरे व्यक्तियों की खेती बाड़ी भी करते थे। घर में ही परचून की दुकान थी जिसे इनकी माता सम्भालती थी। इनका जन्म अपने घर पर हुआ था दाई मॉ इनकी बुआ धनबाई थी। इनके जन्म के एक सप्ताह बाद ही इनके दादा जी बीमार हो गये और चार माह बाद स्वर्गवासी हो गये। इनकी बुआ ने इस कारण इनको कुल का सांप एवं दादा को मारने वाला कहती थी। इनको पढने की रूचि थी लेकिन गाँव में स्कूल नहीं होने के कारण अपनी तहसील गिर्वा के राजकीय उच्च प्राथमिक विधालय में प्रवेश लिया तब इनकी आयु छः वर्ष की थी। प्रथम कक्षा में अपने कक्षा अध्यापक के अनुसार बहुत होशियार थे। दूसरी कक्षा के दौरान माह अगस्त में एक दिन इनकी माता अमरी बाई इनको स्कूल छोडने पैदल जा रही थी तब रास्ते में इनकी माता को सर्प ने डस लिया एवं तुरन्त बेहोश हो गई। उस समय वे बहुत ड़र गये ओर अपने पिता को बुलाने के लिए घर चले गये एवं घर पहुंच कर अपने पिता को सारी घट्‌ना बताई। तब पिताजी अपने साथ पड़ौसियों एवं भोपाओं को लेकर माँ के पास पहुंचे लेकिन तब तक माता की मृत्यु हो गई थी। जब माता की मृत्यु हुई तब वे सात साल के थे। उस दिन से इनको सभी रिश्तेदार एवं परिवार वाले मनहूस कहने लगे, लेकिन पिताजी ने इसे एक संयोगवश घटना मानते हुए इनकी पढाई को जारी रखा एवं आठवीं कक्षा पास कराई। गरीब स्थिति एवं माता की मृत्यु के कारण इनके पिता आगे की ज्यादा पढ़ाई नहीं करा सके, जिसके कारण इनको पढ़ाई छोडनी पड़ी। कक्षा आठवीं उत्तीर्ण करने के बाद इन्होंने अपनी घर की खेती बाड़ी में कार्य किया एवं साथ में ही अपनी परचून की दुकान को संभाला।

गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

सन् 1990 में 19 वर्ष की आयु में इनका विवाह ग्राम पोदड़ी तहसील खैरवाड़ा जिला उदयपुर के निम्न वर्ग परिवार के रूपाजी गमेती की 15 वर्षीय पुत्री मांगी बाई से हुआ। इनकी पत्नी ने विवाह के समय तीसरी कक्षा पास कर रखी थी एवं इनकी लम्बाई 4 फिट 2 इंच है। शादी के बाद इनके

वैवाहिक जीवन में अनेक अड़चने आई उनमें मुख्य अड़चन पत्नी के कद को लेकर थी। शादी के पांच साल बाद इनको एक पुत्री पैदा हुई, फिर एक साल बाद दूसरी पैदा हुई। लड़के की इच्छा रखने के कारण ये और दुःखी हो गये एवं दो साल बाद इनके एक और पुत्री हो गई। चिकित्सकों के द्वारा इलाज लेने के बाद भी एक भी पुत्र पैदा नही होने के कारण ये अपने आपको एवं पत्नी को भी मनहूस मानने लगे। लेकिन पिता के समझाने के कारण पुत्रियों को ही पुत्र समझकर जीवन को सम्बल प्रदान करते हुए जीना सीखा। परिवार में सदस्यों की संख्या एवं जिम्मेदारियां बढ़ने के कारण इनका खर्चा अपनी खेती बाड़ी एवं परचून की दुकान से आई आमदनी से नहीं हो रहा था। क्योंकि पैतृक संपत्ति का आधा हिस्सा इनके छोटे भाई थावरा को दे दिया था। तब इन्होंने अपनी पत्नी के सुझााव से अपनी घर की दुकान में ही दोना पत्तल का व्यवसाय शुरू कर दिया था।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

एम. एल. गमेती बचपन से ही निम्न वर्ग के परिवार में जन्में थे जिसके कारण दोना पत्तल का व्यवसाय करने लिए इन्होंने पचास हजार रूपये उधार अपने रिश्तेदारों एवं भाई से लिए एवं दस हजार रूपये स्वयं ने लगाये थे एवं अब भी इनकी सामाजिक, आर्थिक, पारिवारिक स्थिति निम्न है।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाऐं**

पैंतीस वर्ष की उम्र में इन्होंने दोना पत्तल का व्यवसाय करना शुरू कर दिया था। व्यवसाय शुरू करने के एक साल तक इनकों मुनाफा बहुत कम हुआ जिससे उधार लिया हुआ पैसा भी नही चुका पाये। इनकी 36 बर्ष की उम्र में इनके पिताजी को अल्सरेटिव कोलाइटिस बीमारी हो गई जिनकी दवाई गोली का खर्चा चिकित्सक ने कम से कम तीन हजार रूपये प्रतिमाह एवं उपचार की अवधि 15 साल बताई थी एवं सरकारी अस्पताल में इस बीमारी की दवाई निशुल्क मिलने को डॉक्टर ने मना किया था। इस बात से वे मानसिक रूप से बहुत ज्यादा प्रताड़ित हुए थे। 37 बर्ष की उम्र में इनका व्यवसाय अच्छा चलने लगा था लेकिन माह मई मे एक दिन इनकी घर की दोना पत्तल की दुकान में शोर्ट सर्किट होने से आग लग गयी थी। वे आग लगने के समय दुकान के अन्दर ही थे सामान को बचाने की कोशिश स्वयं ने, परिवार वालों एवं पड़ौसियों ने की थी लेकिन कागज एवं प्लास्टिक के दोना पत्तल कुछ ही मिनटों में जल गये थे। वे सामान को बचाने की कोशिश में झुलस भी गये थे। व्यवसाय का बीमा नही होने के कारण सरकार से पैसा भी नहीं मिल पाया था जिससे इनको बहुत ज्यादा मानसिक आघात पहुंचा। दोना पत्तल की दुकान में आग लगने के कुछ दिन बाद ही अपने इलाज एवं परिवार का खर्चा चलाने एवं व्यवसाय करने के लिए लिया गया उधार रूपया चुकाने के लिए इनको अपनी एक बीघा जमीन को गांव के व्यक्ति शंकर गमेती को एक लाख रूपये में बेचनी पड़ी थी। इनके जीवन में आये विभिन्न संघर्षो के कारण इनको मानसिक रोग उत्पन्न हुआ था। जैसे पैदा होने के एक सप्ताह बाद दादाजी का बीमार होना एवं चार माह बाद उनकी मृत्यु होना। इनको स्कूल छोड़ने जाते हुए माता को सर्प द्वारा ड़सना एवं उनकी मृत्यु होना। इनकी पत्नी का कद 4 फिट 2 इंच होना। एक भी पुत्र का पैदा न होना। तीन अविवाहित पुत्रियों का पिता होना। इनके पिता को अल्सरेटिव कोलाइटिस बीमारी का होना एवं उपचार का लम्बा चलना। दोना पत्तल की दुकान मे आग लगना एवं एक बीघा जमीन बेचकर कर्जा चुकाना।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

जीवन की विभिन्न घटनाओं ने बचपन से ही चलते रहने के कारण इनको बुरी तरह से झकझोर दिया था जिससे इनमें इनके परिवार वालों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे ज्यादातर लम्बे समय तक एक ही तरफ देखने लगे थे। लम्बे समय तक दुःखी एवं गुमशुम रहने लगे थे। परिवार के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में कोई रूचि नही रही थी एवं भोजन करना बन्द कर दिया था। ज्यादातर अकेला रहना शुरू का दिया व आत्महत्या के बारे में सोचने लगे एवं अपने आपको बहुत अधिक मनहूस मानने लगे।

रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक साल से अधिक चलते रहने के कारण इनके परिवारजनों ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर को उनके घर पर दिखाया जिन्होंने माह अगस्त 2013 में 38 बर्ष की आयु मे अवसाद के मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए डिप्रेशन का इलाज शुरू किया। रोग का निदान होते ही पड़ोसियों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं घर को कलंकित करने वाला कहने लगे थे। रोग में आराम नही मिलने एवं आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण इनको, इनके परिवारजनों ने सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 12 नबम्बर 2013 में भर्ती करवा दिया था। एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 20 नबम्बर 2013 तक चला था।

रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव

शोधकर्ता का रोगी एवं परिवारजनों से सम्पर्क सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 13 नबम्बर 2013 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा, मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके अवसाद को कम करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1. सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनके परिवार वालों को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक समय बिताने, इन्हें अकेला न छोडने, इनसे प्रेमपुर्वक बातचीत करने, इनके साथ प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं इनको मनहूस न मानने को प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी को अन्य व्यक्तियों से सम्पर्क बनाकर, सक्रिय बनकर, स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

2. सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी को सामाजिक गतिविधियों में रूचि बढ़ाने, सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, संगीतयुक्त मनोरंजनात्मक एवं स्वास्थ्यवर्धक पारिवारिक वातावरण में रहने के साथ–साथ अपने आत्मविश्वास एवं निर्णयक्षमता को बढ़ाने, अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता एवं रेजीडेन्ट डॉक्टरर्स के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी, सुखाड़िया सर्किल, लेक पैलेस, राजमहल, जगदीश जी का मन्दिर, मोती मगरी के साथ–साथ एवं शिल्प ग्राम में सांस्कृतिक कार्यक्रमो को दिखाने के लिए भी प्रोत्साहित किया गया था।

3. सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों, के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकें अवसाद को कम करने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, समूह थैरेपी, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

4. सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा गार्डनिंग का कार्य सिखाकर इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद रोगी व समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, आत्मविश्वास में बढ़ोतरी हुई, मन में प्रसन्नता तथा आनन्द में वृद्धि हुई एवं आत्महत्या के विचार एवं भावनाओं में परिवर्तन आया था।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति समाज के व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही इनकी मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1. सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2. सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3. सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि हुई थी।

4. सामाजिक पुनर्वास

- रोगी का सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैंपों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

- **निष्कर्ष :–**
  - निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने वाले एवं जीवनयापन करने वाले एम. एल. गमेती जी मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने परिवार जनों के साथ व्यतीत कर रहे हैं।
  - इस केस स्टडी को करने पर स्वयं शोधकर्ता ने, रोगी का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद उसके एवं उसके परिवारजनों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य की वृद्धि एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं एवं इनके जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनः स्थापना होती है।

वैयक्तिक अध्ययन – 02

- **परिचय**

जी. टी. बाई, व्यवसाय गृहणी, धर्म हिन्दू, शिक्षा पांचवीं पास, उम्र 39 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 1 इंच, वजन 50 किलो है। वर्तमान में गांव पायरा का खेड़ा, तहसील बड़ी सादड़ी, जिला चित्तौड़गढ़ में निवास करती हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी अवसाद को कम करना रहा हैं।

- **पारिवारिक विवरण**

जी. टी. बाई के 43 वर्षीय पति एस.एल. गरासिया दसवीं पास हैं एवं अपने गांव के ही राजकीय उच्च प्राथमिक स्कूल में चतुर्थ श्रेणी कर्मचारी के पद पर कार्यरत हैं। लेकिन अधिक शराब पीने के कारण लीवर की सिरोसिस नामक बीमारी से ग्रसित है। इनके एक भी संतान नही हैं।

- **प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं**

जी. टी .बाई का जन्म एक निम्न वर्ग के परिवार में गांव नपावली, तहसील भदेसर, जिला चित्तौड़गढ़ में हुआ है। इनके पिता स्व. कजोड़मल जी ने अपने जीवन में बागवानी एवं कृषि कार्य किया था। इनकी माता अनपढ़ गृहणी अवसाद से ग्रसित मनोरोगी हैं। इनके तीन बहन एवं एक भाई है। जी.टी.बाई उम्र में तीनों बहनों से सबसे बड़ी है और भाई सबसे छोटा है। जी.टी.बाई ने अपने गांव नपावली के उच्च प्राथमिक स्कूल से ही पांचवीं कक्षा पास की है। इनका बचपन साधारण रूप से व्यतीत हुआ था लेकिन इनके पिता की मृत्यु इनके विवाह के दिन ही इनकी विदाई के समय अचानक दिल का दौरा पड़ने से हो गई। विवाह के दिन ही पिता की मृत्यु होने के सदमें ने इनको पूरी तरह झकझोर दिया था। पिता की मृत्यु के दिन ही इसके रिश्तेदारों के द्वारा इनको कलमुही एवं पिता को खाने वाली डायन कहा गया। अपने छोटे भाई बहनों के लालन पालन को लेकर एवं अपनी माता को अवसाद की बीमारी होने के कारण तथा विवाह के दिन ही पिता की अचानक मौत ने इनको मानसिक रूप से बहुत ज्यादा प्रताडित कर दिया था।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

माह दिसम्बर सन् 1991 में 17 वर्ष की आयु में इनका विवाह गांव पायरा का खेड़ा, तहसील बड़ी सादड़ी, जिला चित्तौड़गढ़ के निम्न वर्गीय परिवार के माव जी के 21 वर्षीय पुत्र एस.एल. गरासिया से हुआ। इनके पति ने विवाह के समय दसवीं कक्षा पास कर रखी थी। शादी के बाद से ही जी.टी.

बाई घर का काम काज संभालती है एवं इनके पति की नौकरी शादी के दो साल बाद अपने गांव के ही राजकीय उच्च प्राथमिक स्कूल में चतुर्थ श्रेणी कर्मचारी के पद पर लग गई थी। शादी के पांच साल तक इनका शादीशुदा जीवन अच्छा व्यतीत हुआ, लेकिन शादी के पांच वर्ष बाद भी एक भी संतान पैदा न होने कारण ससुराल वालों के द्वारा इनको बांझ कहना दिन प्रतिदिन बढता गया। एक दिन इनके पति भी इनके बच्चे पैदा न होने के कारण इनको बांझ कहते हुए इनकी मार पिटाई करने लग गये थे। तब पायरा का खेडा गांव की ए.एन.एम बहनजी द्वारा इनको एवं इनके पति एस. एल. को प्रजनन क्षमता की जांच कराने को कहा गया। शुरूआत में इनके पति ने प्रजनन क्षमता की जांच कराने से मना किया लेकिन अपने माता पिता के कहने एवं ए.एन.एम बहनजी द्वारा समझाने पर एस.एल. अपनी एवं जी.टी.बाई की प्रजनन क्षमता की जांच कराने से पहले अपनी पत्नी सहित स्वयं का चिकित्सकों की देखरेख में इलाज लेने के लिए राजी हो गये थे।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

शादी से पहले इनके घर की आर्थिक स्थिति निम्न वर्ग की रही हैं। लेकिन शादी के बाद पति की नौकरी अपने गांव के ही राजकीय उच्च प्राथमिक स्कूल में चपरासी के पद पर लग जाने के कारण आर्थिक स्थिति सुदृढ़ है। सामाजिक प्रतिष्ठा भी अच्छी हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

चौबीस वर्ष की उम्र से लेकर सत्ताईस वर्ष की उम्र तक इन्होंने चित्तौड़गढ़ के विभिन्न स्त्री रोग विशेषज्ञ चिकित्सकों का इलाज लिया। इसके साथ ही इनके पति ने भी चित्तौड़गढ़ के विभिन्न चिकित्सकों का इलाज लिया। लेकिन फिर भी इनके बच्चे पैदा नही हुए। तब एक दिन इनके पति एस. एल. ने स्कूल के अध्यापकों द्वारा कहने पर यूरोलॉजी विभाग के मूत्र रोग विशेषज्ञ डॉ. विश्वास बाहेती को गीतांजली चिकित्सा महाविधालय उदयपुर में अपनी प्रजनन क्षमता की जांच करवायी। जांच के दौरान पता लगा कि इनके पति के वीर्य में शुक्राणुओं की संख्या शुन्य है तब चिकित्सक के समझाने पर इनके पति ने स्वयं का एजोस्पर्मिया नामक ऑपरेशन भी करवा लिया, लेकिन फिर भी एक वर्ष बाद तक इनके पति के सीमन में शुक्राणुओं का बनना शुरू नही हुआ। इस घटना से दोनों पति–पत्नी को बहुत अधिक मानसिक आघात हुआ एवं इनके पति को स्वयं की मर्दांगनी पर बहुत अधिक शर्मिंदगी महसूस हुई। तब इनके पति ने लगभग 32 वर्ष की उम्र से ही शर्मिंदगी से बचने के लिए शराब पीना शुरू कर दिया। शराब पीने की लत लगने के कुछ महिनों बाद से ही इनके पति ने इनसे लड़ाई झगड़ा करना शुरू कर दिया। इनके मना करने के बावजूद भी लगातार शराब पीने के कारण इनके पति को 38 बर्ष की आयु में लीवर की सीरोसिस नामक बीमारी हो गई। जिसके कारण भी इनकों बहुत अधिक मानसिक आघात पहुॅचा। इस प्रकार इनके जीवन में आये विभिन्न संघर्षो के कारण इनको भी मानसिक रोग उत्पन्न हो गया। जैसे बचपन से ही माँ का अवसाद से ग्रसित मनोरोगी होना। इनके विवाह के दिन ही इनके पिता की अचानक दिल का दौरा पड़ने से मृत्यु होना। पिता की मृत्यु के दिन ही इसके रिश्तेदारों के द्वारा इनको कलमुही एवं पिता को खाने वाली डायन कहना। पिता की मृत्यु के बाद से ही छोटे भाई बहनों की लालन पालन की चिन्ता करना। विवाह के बाद मातृत्व सुख का नही मिलना। विवाह के बाद पति की जांच चिकित्सकों से करवाने पर पति का नपुसंक निकलना। इनके पति का, नपुसंकत्ता की शर्मिंदगी के कारण अधिकतर शराब पीने में लिप्त रहना। संतान न होने के कारण पति द्वारा गृह क्लेश दिन प्रतिदिन रखना। लगातार शराब पीने से पति को लीवर की सीरोसिस नामक बीमारी का होना।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

जीवन की विभिन्न घटनाओं ने इनके विवाह के दिन से ही चलते रहने के कारण इनको बुरी तरह से झकझोर दिया था जिससे जी.टी.बाई में इसके ससुराल वालों एवं भाई बहनों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे आलोचना के प्रति कम संवेदनशील

एवं सिर स्थिर रखना। स्वयं को असहाय तथा अयोग्य समझना। भूलक्कड़पन एवं अनिद्रा की स्थिति। रिश्तेदारों एवं परिवार के सदस्यो में तथा सामाजिक क्रियाओं में अरूचि एवं एकांतवास। आत्महत्या के बारे में सोचने लग गई एवं अपने आपको बहुत अधिक मनहूस मानने लग गई थी।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं तीन माह से अधिक चलते रहने के कारण इनके ससुराल वालों ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को उनके ओपीडी दिन के टर्न में रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा विभाग में दिखाया जिन्होंने इनकी 35 वर्ष की आयु मे अवसाद के मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए डिप्रेशन का इलाज करना शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही पड़ोसियों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं रिश्तेदार घर को कलंकित करने वाला कहने लग गये थे। रोग में आराम नही मिलने एवं आर्थिक स्थिति ठीक होने के कारण इन्हें इनके परिवार वालों ने प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 09 अगस्त 2014 में भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में 16 अगस्त 2014 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 11 अगस्त 2014 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके अवसाद को कम करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

4. सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनके परिवार वालो को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तों को इनके साथ अधिक से अधिक समय बिताने, इन्हें अकेला न छोडने, इनसे प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं इनको मनहूस न मानने को प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी को अन्य व्यक्तियों से सम्पर्क बनाकर, सक्रिय बनकर, स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

5. सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी को सामाजिक गतिविधियों में रूचि बढ़ाने, सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, संगीतयुक्त मनोरंजनात्मक एवं स्वास्थ्यवर्धक पारिवारिक वातावरण में रहने के साथ–साथ अपने आत्मविश्वास एवं निर्णयक्षमता को बढ़ाने, अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- उदयपुर शहर एवं संभाग का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहाँ के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी,

सुखाड़िया सर्किल, लेक पैलेस, राजमहल, जगदीश जी का मन्दिर, मोती मगरी के साथ–साथ एवं शिल्प ग्राम में सांस्कृतिक कार्यक्रमो को दिखाने के लिए भी प्रोत्साहित किया गया था।

- चित्तौड़गढ़ के चित्तौड़ दुर्ग, कुम्भा महल, फतेह प्रकाश महल, विजय स्तम्भ एवं भदेसर से 15 किमी. दूर मण्ड़पिया गांव में श्री सांवलियाजी के मन्दिर को दिखाने के साथ ही जिले के अन्य प्रमुख शांत, मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले एवं स्वास्थ्यवर्धक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

6. सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों, के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनके अवसाद को कम करने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, समूह थैरेपी, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

7. सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा बास्केट बनाने का कार्य सिखाकर फिर से इनका, इनके समुदाय में पुनर्वास करवाया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, आत्मविश्वास में बढ़ोतरी हुई, मन में प्रसन्नता तथा आनन्द में वृद्धि हुई एवं इनके पति के द्वारा शराब पीना बंद कर दिया गया। आत्महत्या के बारे में विचार आना बंद हो गए एवं अपने आपको मनहूस मानना छोड़ दिया।
- स्वयं को बास्केट बनाने का कार्य सीख जाने से असहाय तथा अयोग्य समझना छोड़ दिया। भूलक्कड़पन एवं अनिद्रा की स्थिति में सुधार हो गया। रिश्तेदारों, पड़ौसियों एवं परिवार के सदस्यों से तथा सामाजिक क्रियाओं में रूचि लेते हुए घुल मिलकर रहने लगी।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति परिवारजनों एवं समाज के व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1. सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं परिवार जनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2. सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवार जनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोड़े पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से जुड़ाव रखने से भी सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3. सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4. सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पो में ही हो पाता था एवं कैम्पो में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं मध्यम वर्ग के परिवार में जीवनयापन करने वाली जी. टी. बाई मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद अपने एवं अपने पति के मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने पति के साथ व्यतीत कर रही है।
- इस केस स्टडी को करने पर स्वयं शोधकर्ता ने, रोगी का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद उसके एवं उसके पति के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य की वृद्धि एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं एवं इनके जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनः स्थापना होती है।

वैयक्तिक अध्ययन – 03

परिचय

जी. पी. टेलर, व्यवसाय मजदूरी, धर्म हिन्दू, शिक्षा सातवीं पास, उम्र 17 वर्ष, लम्बाई 5 फिट, वजन 48 किलो है। वर्तमान में वार्ड न. 06, तहसील एवं जिला प्रतापगढ़ में निवास करते हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी अवसाद को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

वर्तमान में जी. पी. टेलर की दो छोटी बहने है। इनकी बहन सरला की आयु 15 वर्ष हैं जो आठवीं कक्षा में एवं चेष्ठा बहन की आयु 13 वर्ष है जो छटवीं कक्षा में राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय प्रतापगढ़ मे अध्ययनरत हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

जी. पी. टेलर, का जन्म 18 अगस्त सन् 1997 में एक निम्न–मध्यम वर्गीय परिवार में आर. एल. टेलर के घर वार्ड न. 06, तहसील एवं जिला प्रतापगढ़ में हुआ था। इनके पिता पेन्ट शर्ट की सिलाई का कार्य करते थे एवं इनकी माता इन्द्रा गृहणी थी। इनके दो बहने एवं एक भाई था। ये उम्र में सभी भाई बहनों में सबसे बड़े हैं। जी. पी. टेलर ने सातवी कक्षा राजकीय उच्च माध्यमिक

विधालय प्रतापगढ़ से उत्तीर्ण की हैं। सन् 2010 में अप्रेल माह में इनके माता–पिता एवं छोटा दस वर्षीय भाई रमण मोटर साईकिल से अपने मामाजी की शादी में गांव वेजपुर तहसील धारियावाद जा रहे थे। तब जेलदा के पास सामने से आ रहे ट्रक से टक्कर होने के कारण माता पिता की मौके पर ही एवं छोटे भाई रमण की जेलदा से धारियावाद के सामुदायिक स्वास्थ्य क्रेन्द्र पर ले जाते हुए रास्ते में ही मौत हो गई। स्वास्थ्य सुविधा नजदीक होने पर छोटे भाई रमण की जान बचाई जा सकती थी लेकिन 13 वर्ष की आयु में गोपाल एवं उसकी दोनों छोटी बहनों के सिर से उनके माता पिता का हाथ इस संसार से उठ गया। समझदार होने के कारण जी. पी. टेलर को इस दर्दनाक घटना ने पूरी तरह तोड़ दिया था एवं इसके साथ ही दोनों छोटी बहनों की परवरिश की जिम्मेदारी इन पर आ गई थी। जिसके कारण इन्होंने अपनी पढ़ाई छोड़ दी एवं ये माता–पिता एवं छोटे भाई की मौत के सदमें से शुरूआती एक वर्ष तक बहुत ज्यादा मानसिक रूप से प्रताड़ित हुए थे।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

जी. पी. टेलर अभी भी अविवाहित हैं एवं 14 वर्ष की आयु से ही इन्होंने अपनी एवं दोनो छोटी बहनों की परवरिश के लिए पढ़ाई छोड़कर मकान की चुनाई पत्थर की बेलदारी का कार्य प्रतापगढ़ में ही करना शुरू कर दिया था।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

जी. पी. टेलर बचपन से ही निम्न–मध्यम वर्गीय परिवार में जन्में थे लेकिन माता–पिता एवं भाई की हादसे में मौत हो जाने के कारण एवं दोनो छोटी बहनों की परवरिश की चिंता के कारण इनकी सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति पहले की अपेक्षा निम्न हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

जी. पी. टेलर ने 14 वर्ष की आयु से ही पढाई छोड़कर अपनी एवं दोनो छोटी बहनों की परवरिश के लिए मकान की चुनाई पत्थर की बेलदारी का कार्य प्रतापगढ़ में ही करना शुरू कर दिया था। एक दिन लगभग 15 वर्ष की उम्र में मकान की चुनाई के लिए पत्थर देते समय अपने माता पिता की बहुत ज्यादा याद आने के कारण सिर के बल नीचे गिर पड़े। उस समय बाहरी तौर पर कोई चोट नहीं आई लेकिन तीन माह बाद ये एकदम चुपचाप रहने लग गये। पड़ौसियों एवं रिश्तेदारों द्वारा गुमशुम रहने का कारण पूछने पर इन्होंने इनके माता–पिता एवं भाई की याद आना व बहनों की देखभाल की जिम्मेदारी को बताया गया था।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

इनके माता–पिता एवं भाई की एक्सीडेन्ट में मृत्यु हो जाने के कारण एवं माता–पिता की याद नियमित रूप से आने के कारण इनमें इनकी बहनों एवं रिश्तदारों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे ज्यादातर लम्बे समय तक दुःखी एवं गुमशुम रहने लग थे। दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में कोई रूचि नही रही थी एवं भोजन करना कम कर दिया था। ज्यादातर अकेला रहना शुरू का दिया एवं लम्बे समय तक दुःख की अनुभूति करने लगे।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

इनके व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक साल से अधिक चलते रहने के कारण इनकी बहनों एवं रिश्तेदारों ने इन्हें प्रतापगढ़ के जिला अस्पताल के मनोचिकित्सक को दिखाया जिन्होंने 16 बर्ष की आयु मे अवसाद से ग्रसित मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए डिप्रेशन का इलाज शुरू किया था।रोग का निदान होते ही पड़ोसियों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं घर को कलंकित करने वाला कहने लगे थे। रोग में आराम नहीं मिलने एवं आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण इन्हें इनकी बहनों एवं रिश्तेदारों ने सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 17 मई 2014 को भर्ती करवा दिया था। एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 27 मई 2014 तक चला था।

रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 20 मई 2014 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके अवसाद को कम करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1. सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनकी बहनों, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तों को इनके साथ अधिक से अधिक समय बिताने, इन्हें इलाज के दौरान व पश्चात् अकेला न छोडने, इनसे प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं इनको सामाजिक कलंकी न मानने को प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी को अन्य व्यक्तियों से सम्पर्क बनाकर, सक्रिय बनकर, स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया एवं परिवार वालों एवं रिश्तेदारों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

2. सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी को सामाजिक गतिविधियों में रूचि बढ़ाने, सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, संगीतयुक्त मनोरंजनात्मक एवं स्वास्थ्यवर्धक पारिवारिक वातावरण में रहने के साथ–साथ अपने आत्मविश्वास एवं निर्णयक्षमता को बढ़ाने, अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों एवं रिश्तेदारों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहाँ के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी, सुखाड़िया सर्किल, लेक पैलेस, राजमहल, जगदीश जी का मन्दिर, मोती मगरी के साथ–साथ एवं शिल्प ग्राम में सांस्कृतिक कार्यक्रमो को दिखाने के साथ ही, प्रतापगढ़ के विभिन्न ऐतिहासिक एवं प्रसिद्व स्थलों को दिखाने एवं मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले स्थानों को दिखाने के लिए भी प्रोत्साहित किया

3. सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों, के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकें अवसाद को कम करने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, समूह थैरेपी, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

4. सामाजिक पुनर्वास – इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा पेन्टिंग का कार्य सिखाकर फिर से इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

- **मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी व समुदाय में परिवर्तन**
    - मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
    - स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, आत्मविश्वास में बढ़ोतरी हुई, मन में प्रसन्नता तथा आनन्द में वृद्धि हुई एवं चुपचाप व दुःखी रहने के विचार एवं भावनाओं में परिवर्तन आया था।
    - समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति समाज के व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही इनकी मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक प्रतिष्ठा मे बढोतरी हुई।
- **मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवार जनों की अनुभूति तथा विचार**

1. सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं परिवार जनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से ही, घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2. सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवार जनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3. सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4. सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुडाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

- **निष्कर्ष :–**
    - निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं जीवनयापन करने वाले जी. पी. टेलर मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपनी बहनों एवं रिश्तेदारों के साथ व्यतीत कर रहे हैं।
    - इस केस स्टडी को करने पर स्वयं शोधकर्ता ने, रोगी का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद उसके जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं एवं इनके जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनः स्थापना होती हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 04

- **परिचय**

एम. बाई मेघवंशी, धर्म हिन्दू, शिक्षा दसवीं में अध्ययनरत, उम्र 15 वर्ष, लम्बाई 4 फिट 9 इंच, वजन 40 किलो है। वर्तमान में तहसील रेलमगरा, जिला राजसमन्द में निवास करती हैं। इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी अवसाद को कम करना रहा हैं।

- **पारिवारिक विवरण**

एम. बाई मेघवंशी के 45 वर्षीय पिता के. एल. मेघवंशी राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय रेलमगरा में वरिष्ठ अध्यापक हैं। इनकी 41 वर्षीय माता केशन्ती बीए पास गृहणी हैं। इनके एक भाई व एक बहन है जो अविवाहित हैं। बड़े भाई की आयु 19 वर्ष है जो बीए प्रथम वर्ष में सेठ रंगलाल कोठारी राजकीय स्नातकोत्तर महाविधालय राजसमन्द में अध्ययनरत हैं। छोटी बहन की आयु 12 वर्ष है जो सातवीं कक्षा में अपने पिता के पदस्थापन स्कूल राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय रेलमगरा में अध्ययनरत हैं। जबकि स्वयं मन्जू रेलमगरा के प्राइवेट विवेकानन्द सैकण्डरी स्कूल की दसवीं कक्षा में अध्ययनरत हैं।

- **प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं**

एम. बाई मेघवंशी का जन्म 2 जनवरी 1999 में एक उच्च वर्गीय परिवार के के. एल. मेघवंशी के घर में तहसील रेलमगरा के सामुदायिक स्वास्थ्य क्रेन्द्र पर हुआ। इनके दादाजी की मृत्यु इनके जन्म से आठ बर्ष पूर्व ही हो गई एवं दादीजी इनके चाचाजी के पास गांव औड़ा चोकी रहती हैं। इनके गांव में तीस बीघा जमीन हैं। जिसे इनके चाचाजी बाबूलाल संभालते हैं एवं इनको रेलमगरा तहसील में रहते हुए दस वर्ष हो गये हैं। वर्तमान में मन्जू रेलमगरा के प्राइवेट विवेकानन्द सैकण्डरी स्कूल की दसवीं कक्षा में अध्ययनरत हैं। इनको सलवार कमीज पहनना बिल्कुल पसंद नही हैं। इसलिए कक्षा आठवीं के बाद राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय रेलमगरा में पढ़ाई करना छोड़ दिया था।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

एम. बाई मेघवंशी अभी अविवाहित हैं एवं पढाई के अलावा कोई कार्य नहीं करती हैं। पढाई में इनकी अत्यधिक रूचि हैं।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

एम. बाई बचपन से ही उच्च वर्ग के परिवार में जन्मी हैं। जिसके कारण वर्तमान में भी इनकी सामाजिक, आर्थिक एवं पारिवारिक स्थिति सुदृढ़ हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

एम. बाई को सलवार कमीज पहनना बिल्कुल पसंद नहीं था। इसलिए इन्होंने कक्षा आठवीं के बाद राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय रेलमगरा में पढ़ाई करना छोड़ दिया था। तब इनके पिताजी ने कक्षा नौवीं में रेलमगरा के प्राइवेट विवेकानन्द सैकण्डरी स्कूल में इनका एड़मिशन माह जुलाई 2013 में दिलवा दिया। एड़मिशन के दौरान विवेकानन्द स्कूल में लड़का एवं लड़की दोनों के लिए एक समान ड्रेस कोड, पेन्ट शर्ट थी। लेकिन 2014–15 के सेशन में स्कूल की समिति ने लड़को के लिए पेन्ट शर्ट एवं लड़कियों के लिए सलवार कमीज पहनना अनिवार्य रूप से लागु कर दिया था। कक्षा दसवीं के माह जुलाई एवं अगस्त में तो इन्होंने सलवार कमीज वाली स्कूल यूनीफॉर्म पहनी, लेकिन मानसिक रूप से बहुत ज्यादा प्रताड़ित हुई। सितम्बर माह से इन्होंने स्कूल जाना कम कर दिया एवं गुमशुम रहने लग गई। इनका कहना था कि जब स्कूल एक हैं, कक्षा एक हैं तो स्कूल यूनीफॉर्म में लड़के लड़कियों के जेंडर के आधार पर स्कूल की यूनीफॉर्म अलग–अलग क्यों पहननी पड़ती हैं।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

  विवेकानन्द स्कूल में लड़कियों के लिए सलवार कमीज पहनना अनिवार्य रूप से लागु कर देने से एम. बाई सितम्बर माह से मानसिक रूप से बहुत ज्यादा प्रताड़ित हुई। जिसके कारण इनके परिवार वालों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे ज्यादातर लम्बे समय तक दुःखी एवं गुमशुम रहने लगी। परिवार के सदस्यो एवं सामाजिक क्रियाओं में कोई रूचि नहीं रही थी। ज्यादातर अकेला रहना शुरू कर दिया एवं पढ़ाई के प्रति अरूचि तथा जीवन के प्रत्येक क्षेत्र में आगे बढ़ने के लिए आत्मविश्वास में भारी कमी आ गई।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

  व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक माह से अधिक चलते रहने के कारण इनके परिवार वालों ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. आर के शर्मा को उनके घर पर राजसमन्द में दिखाया था, जिन्होंने माह अक्टूम्बर 2015 में 15 बर्ष की आयु में (जेंडर स्टीरियोटाइपिंग डिसऑर्डर) अवसाद से ग्रसित मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए डिप्रेशन का इलाज करना शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही पड़ोसियों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं इनको पागल कहने लगे थे। रोग में आराम नहीं मिलने एवं आर्थिक स्थिति ठीक होने के कारण इन्हें इनके परिवार वालों ने प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 18 नबम्बर 2015 को भर्ती करवा दिया था। एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में 25 नबम्बर 2015 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

  शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 20 नबम्बर 2015 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके अवसाद को कम करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनके परिवार वालों को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक समय बिताने, इन्हें इलाज के दौरान व पश्चात् अकेला न छोडने, इनसे प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहन दिया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं इनके आत्मविश्वास को बढ़ाने का प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी को अन्य व्यक्तियों से सम्पर्क बनाकर, सक्रिय बनकर, स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता ने रोगी को सामाजिक गतिविधियों में रूचि बढ़ाने, सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, संगीतयुक्त मनोरंजनात्मक एवं स्वास्थ्यवर्धक पारिवारिक वातावरण में रहने के साथ–साथ अपने आत्मविश्वास एवं निर्णयक्षमता को बढ़ाने, अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी, सुखाड़िया सर्किल, लेक पैलेस, राजमहल, जगदीश जी का मन्दिर, मोती मगरी के साथ–साथ एवं शिल्प ग्राम में सांस्कृतिक कार्यक्रमो को दिखाने के लिए भी प्रोत्साहित किया गया था।
- शोधकर्ता के द्वारा राजसमन्द के प्रमुख स्थलों जैसे हल्दीघाटी, चारभुजा जी का मंदिर, द्वारिकाधीश जी का मंदिर, कुम्भलगढ़ अभयारण्य एवं राजसमन्द जिले के मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले स्थानों को दिखाने के लिए भी प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों, के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकें अवसाद को कम करने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, समूह थैरेपी, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा कुकिंग का कार्य सिखाकर अस्पताल से डिस्चार्ज किया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, आत्मविश्वास में बढ़ोतरी हुई, मन में प्रसन्नता तथा आनन्द में वृद्धि हुई एवं आत्मविश्वास के साथ पढ़ाई में रूचि बढ़ी एवं भावनाओं में परिवर्तन आया था।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति पड़ौसियों, मित्रों एवं समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर इनकी सामाजिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई थी।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई थी।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवार जनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवार जनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए कम पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।

- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही इनकें मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- उच्च वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं जीवनयापन करने वाली एम. बाई मेघवंशी मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने परिवार के साथ व्यतीत कर रही हैं।
- इनके द्वारा मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं जेंडर भेदभाव पर आधारित मनोरोगों को नियंत्रण करने के लिए सुझाव दिया गया कि ”जब लड़का लड़कियों का संस्थान या स्कूल एक हो, कक्षा एक हो, लक्ष्य एक हो तो, यूनिफॉर्म अलग–अलग क्यों ? जब सरकार द्वारा लड़का लड़की को समान बताया जाता हैं तो यूनिफॉर्म भी समान होनी चाहिए। क्योंकि यूनिफॉर्म का मतलब ही बराबर या यूनिटी का प्रतीक हैं। एक समान यूनिफॉर्म पहनने से हम जेंडर न्यूट्रल माहौल में हमारी किशोरावस्था से व्यस्क अवस्था के लिए परिपक्वता को प्राप्त कर पायगें, क्योंकि जेंडर भेदभाव के बर्ताव और पक्षपात भरे माहौल के कारण हम किशोरियों की सोचने की क्षमता किशोरों से कम आंकी जाती हैं जिससे हमारी आँखों में भरे गये सपने धूमिल हो जाते हैं।“
- इस केस स्टडी को करने पर स्वयं शोधकर्ता भी एम. बाई द्वारा दिये गये जेंडर भेदभाव पर आधारित मनोरोगों को नियंत्रण करने के सुझाव से प्रभावित हुआ हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, इनके एवं इनके परिवारजनों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं एवं इनके जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती हैं। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 05

परिचय

एस. सांवरा, व्यवसाय मजदूरी, धर्म हिन्दू, शिक्षा सातवीं पास, उम्र 38 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 7 इंच, वजन 58 किलो है। वर्तमान में गांव रामपुर, तहसील सीमलवाड़ा, जिला डूंगरपुर में निवास करते हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी उन्माद को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

एस. सांवरा की 30 वर्षीय पत्नी श्यामूबाई साक्षर गृहणी हैं। इनके एक पुत्री व एक पुत्र हैं। इनकी पुत्री सोनू की आयु 8 वर्ष हैं जो तीसरी कक्षा में एवं पुत्र मोनू की आयु 7 वर्ष हैं जो दूसरी कक्षा में

गांव रामपुर के राजकीय उच्च प्राथमिक विधालय मे अध्ययनरत हैं। इनके एक भाई एवं दो बहनें हैं जो विवाहित हैं लेकिन इनके 40 वर्षीय बड़े भाई माव जी अपने परिवार सहित इनके साथ ही रहते है अर्थात ये संयुक्त परिवार से सम्बंधित हैं। इनकी दोनों बहनों के नाम एवं आयु क्रमशः जिया 35 वर्ष एवं जल्ला 30 वर्ष की हैं।

- **प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं**

एस. सांवरा का जन्म एक निम्न वर्ग के परिवार में गांव रामपुर, तहसील सीमलवाड़ा, जिला डूंगरपुर में हुआ था। इन्होंने सातवी कक्षा सीमलवाड़ा के राजकीय माध्यमिक विधालय से उत्तीर्ण की थी। पिता की आर्थिक स्थिति ठीक न होने के कारण सन् 1992 में इन्होंने अपनी पढ़ाई छोड़ दी थी। इनके पिता पेशे से कृषक एवं अत्यधिक बातूनी व्यक्ति थे जिनकी मृत्यु सन् 1995 में हो गई थी एवं माता की मृत्यु सन् 2007 में डूंगरपुर के जिला अस्पताल में दिल का दौरा पड़ने से हो गई थी। बचपन से ही इनको ट्रेक्टर चलाने एवं पूजा पाठ करने का बहुत शौक था जिसके कारण ये 14 वर्ष की आयु में ट्रेक्टर चलाना सीख गये एवं ईश्वर पर विश्वास करने लग गए थे।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

सन् 1991 में 16 वर्ष की आयु में ही इनका विवाह ग्राम लोढ़ावर तहसील आसपुर जिला डूंगरपुर के निम्न वर्गीय परिवार के हलिया भील की 08 वर्षीय पुत्री श्यामूबाई से हुआ। लेकिन इनके पिता की मृत्यु के सात साल बाद इनका गोना हुआ, तब जाकर इनकी पत्नी अपने ससुराल आई थी। सन् 2003 से ही इनका वैवाहिक जीवन अच्छा रहा। पत्नी के ससुराल आने के एक साल बाद इनको एक पुत्री पैदा हुई और फिर एक साल बाद एक पुत्र पैदा हुआ था। ये 19 वर्ष की आयु से ही, मजदूरी पर दूसरों का ट्रेक्टर चलाने का कार्य करते आ रहे हैं।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

एस. सांवरा जी बचपन से ही निम्न वर्ग के परिवार में जन्मे थे एवं माता–पिता की मृत्यु हो जाने एवं विवाह होने से पारिवारिक जिम्मेदारियां बढ़ने के कारण वर्तमान में भी इनकी आर्थिक स्थिति निम्न हैं। जबकि सामाजिक एवं पारिवारिक स्थिति पहले की अपेक्षा ठीक हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

पिता की मृत्यु के बाद से ही अपने नाम के अनुरूप ही, श्री कृष्ण भगवान की अत्यधिक पूजा पाठ करते थे एवं फल के रूप में ईश्वर से प्रत्येक कार्य के लिए मुंह मांगी इच्छा माँगते थे। भाग्यवश इनको, इनकी पत्नी के ससुराल आते ही प्रत्येक एक वर्ष के अन्तराल में एक पुत्री एवं एक पुत्र पैदा हो गये। बच्चों का इनकी इच्छानुसार पैदा हो जाने के कारण श्री कृष्ण भगवान इनसे अत्यधिक प्रेम करते है, ऐसा ये बहुत अधिक बढ़ चढ़कर मानने लग गये थे। सन् 2007 में माता की मृत्यु डूंगरपुर के जिला अस्पताल में दिल का दौरा पडने से हो गई थी। श्री कृष्ण भगवान पर अत्यधिक विश्वास होने के कारण इन्होंने अपनी माता को ईश्वर से जीवित करने की प्रार्थना की, लेकिन मौत के एक दिन बाद तक भी इनकी माता जिन्दा नहीं हुई थी, जिससे इनको बहुत ज्यादा मानसिक आघात पहुंचा। फिर भी माता की मृत्यु के दो साल बाद तक भी ईश्वर पर अधिक विश्वास करते थे एवं हमेशा बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं के साथ उड़ते हुए ख्यालों में अपने मन को उल्लासित रखते थे।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

जीवन की 14 वर्ष की उम्र में ही ट्रेक्टर चलाने से लेकर, पत्नी के ससुराल आते ही प्रत्येक एक वर्ष के अन्तराल में एक पुत्री एवं एक पुत्र पैदा होने की घटना ने, इनको ईश्वर के अत्यधिक नजदीक ला दिया था। लेकिन माता की मृत्यु होने के बाद ईश्वर से प्रार्थना करने पर भी इनकी माँ का चौबीस घण्टों के बाद तक भी जिन्दा न होने की घटना ने इनको बहुत ज्यादा मानसिक आघात पहुंचाया था, लेकिन फिर भी इनका ईश्वर पर विश्वास बढ़ता चला गया। ईश्वर पर बढ़ती हुई विभिन्न घटनाओं के बचपन से ही चलते रहने के कारण इनके भाई मावजी को भी सोचने पर

मजबूर कर दिया था। एस. सांवरा जी में इनके परिवार वालों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे हमेशा क्रोधी स्वभाव एवं बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं के साथ उड़ते हुए ख्यालों एवं बातों में अपने मन को उल्लासित रखने लगे एवं स्वयं को श्री कृष्ण भगवान के अत्यधिक निकट व्यक्ति समझने लगे। इसके साथ ही स्वयं को महान एवं उच्च आशावादी एवं अत्यधिक व्यस्त, उच्च सामाजिक व्यक्ति मानने लग गए थे।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं तीन साल से अधिक चलते रहने के कारण इनके परिवार वालों ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. किनशुक करमाकर को जिला सरकारी अस्पताल डूंगरपुर में दिखाया था। जिन्होने माह जून 2011 में 36 बर्ष की आयु में उन्माद से ग्रसित मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए उन्माद का इलाज करना शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही पड़ोसियों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं समुदाय के लोग इन्हें ईश्वर का चेला कहकर पुकारने लगे थे। दो वर्षो तक इलाज लेने पर भी रोग में आराम नही मिलने एवं आर्थिक स्थिति निम्न होने के कारण इन्हें इनके परिवार वालों ने सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 10 जून 2013 को भर्ती करवा दिया था। एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 18 जून 2013 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 11 जून 2013 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके उन्माद की स्थिति को कम करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनके परिवार वालो को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ बिना बहस किये हुए छोटे शीर्षकों पर चर्चा करने हुए प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने एवं अकेला न छोड़ने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों की व्यवहार की सीमाएं तय करते हुए रोगी के कमेन्टों पर ध्यान न करते हुए कम रेसपोन्स देने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी की अतिरिक्त ऊर्जा को खेलों एवं अन्य गतिविधियों में मार्गन्तरीकरण एवं निर्देशित किया। जैसे इनको पुरानी चादर को फाड़कर डस्टर बनाने का कार्य दिया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोडने के लिए प्रोत्साहित किया एवं रोगी को मौसम एवं समय के अनुसार कपड़े पहनने हेतु प्रेरित किया गया था।

- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही डूंगरपुर के प्रमुख शांत एवं अनुत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सको, मनोविशेषज्ञों एवं क्लिनीकल समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनके उन्माद को कम करने के लिए इनको एवं इनके परिवार जनों को मनोचिकित्सको एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा, इन्टरपर्सनल साइकोथैरपी एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा वुड वर्क का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – क्रोधी स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, श्री कृष्ण भगवान पर बढ़े हुए अत्यधिक आत्मविश्वास में कमी हुई, मन में शांती तथा शारीरिक क्रियाओं में कमी हुई व स्वयं के मन के बढ़े हुए विचारो की गतिशीलता मे कमी आई।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति समाज के व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढो़तरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एव परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि हुई थी।

4) **सामाजिक पुनर्वास**

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं जीवनयापन करने वाले एस. सांवरा जी मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्घि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने संयुक्त परिवार के साथ व्यतीत कर रहे हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, उसके एवं परिवार जनों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं एवं इनके जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती हैं। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 06

परिचय

विम. बाई, व्यवसाय गृहणी, धर्म हिन्दू, शिक्षा आठवीं, उम्र 35 वर्ष, लम्बाई 4 फिट 11 इंच, वजन 42 किलो है। वर्तमान में गांव जोवदा, तहसील मावली, जिला उदयपुर में निवास करती हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी उन्माद को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

विम. बाई के 38 वर्षीय पति पी. एल. गुर्जर प्रॉपर्टी डीलर का कार्य तहसील मावली, जिला उदयपुर में करते हैं। इनके एक पुत्र तुषार 11 वर्ष का हैं जो मावली तहसील के विध्या निकेतन अपर प्राइमरी स्कूल की पांचवीं कक्षा में अध्ययनरत हैं एवं एक पुत्री मोनिका 9 वर्ष की हैं जो जोवदा गांव के ही राजकीय उच्च प्राथमिक स्कुल की तीसरी कक्षा में अध्ययनरत हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

विम. बाई का जन्म उदयपुर जिले की सागबाड़ा तहसील में निम्नवर्गीय परिवार के दुर्गासिंह गुर्जर के घर में सन् 1980 में हुआ था। इनकी माता श्यामाबाई अनपढ़ गृहणी है एवं पिता दुर्गासिंह गुर्जर साक्षर है एवं हलवाई का कार्य करते हैं। इनके एक भाई व एक बहन हैं। विम. बाई ने आठवीं कक्षा सागबाड़ा तहसील के राजकीय माध्यमिक विधालय से पास की हैं। लेकिन सन् 1994 में इनकी माता श्यामाबाई बाएं हाथ–पैर के पैरालाइसिस रोग से ग्रसित हो गई थी। जिसके कारण इनके पिताजी ने इनकी माता की देखभाल के लिए एवं भाई बहनों में सबसे बड़ी होने के कारण इनको इनकी पढ़ाई छोड़नी पड़ी। इनकी 14 बर्ष की उम्र में ही माता को पैरालाइसिस रोग होने से एवं

पढ़ाई की चाह रखते हुए भी पढ़ाई छोड़ने से इनको बहुत मानसिक आघात पहुंचा, लेकिन दूसरी और गुर्जर जाति में जन्म लेने के कारण हमेशा स्वयं को उच्च, महान एवं मजबूत मानती थी।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

माह जनवरी सन् 1999 में 19 वर्ष की आयु में इनका विवाह गांव जोवदा, तहसील मावली, जिला उदयपुर के मध्यम वर्गीय परिवार के मोडाराम गुर्जर के 22 वर्षीय पुत्र पी. एल. गुर्जर से हुआ। इनके पति ने विवाह के समय बीए प्रथम वर्ष सेठ रंगलाल कोठारी राजकीय स्नातकोत्तर महाविधालय राजसमन्द से उर्त्तीण कर रखी थी एवं बीए द्वितीय वर्ष स्वयंपाठी विधार्थी के रूप में जारी रखते हुए प्रॉपर्टी डीलर का कार्य करना शरू कर दिया। इनके पति ने बीए की पढ़ाई पूरी करने के बाद पढ़ाई छोड़ दी एवं प्रॉपर्टी के कार्य में अच्छा मुनाफा होने के कारण इसे ही अपना रोजगार बना लिया। बचपन से ही विम. बाई घर गृहस्थी के कार्यो में निपुण थी जिससे ससुराल में ज्यादा कठिनाइयों का सामना इनकों नहीं करना पडा। फिर भी शादी के पांच साल तक इनका शादीशुदा जीवन पारिवारिक असामंजस्यताओं के कारण अच्छी व्यतीत नही हुआ एवं शादी के पांच साल बाद सन् 2004 में इनके एक पुत्र पैदा हुआ एवं सन् 2007 में एक पुत्री पैदा हुई।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

शादी से पहले इनके पिता की आर्थिक स्थिति निम्न वर्ग की रही हैं। लेकिन शादी के बाद पति का प्रॉपर्टी का कार्य अच्छा चलने के कारण इनकी आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा और सुदृढ़ हो गई थी एवं वर्तमान में इनकी सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा ठीक हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

इनकी चौदह वर्ष की आयु में ही माता का पैरालाइसिस रोग से ग्रसित होने से एवं पढाई की चाह रखते हुए भी पढ़ाई छोड़ने से इनको किशोरावस्था में बहुत मानसिक आघात पहुंचा था। दूसरी तरफ स्वयं को गुर्जर जाति में जन्म लेने के कारण उच्च, महान एवं मजबूत मानती हैं। शादी के बाद पति का प्रॉपर्टी का रोजगार अच्छा चलने के कारण स्वयं को और अधिक भाग्यवान एवं महान मानती हैं। इनके पिताजी के अनुसार इनकी शादी होने के बाद इनके पति इनके साथ न रहकर राजसमन्द में ही किराये का कमरा लेकर रहते थे। इनके कहने पर भी इनको कभी राजसमन्द रूम पर लेकर नही गये। इनके पति की बीए तृतीय वर्ष की पढ़ाई के दौरान ये अपनी सासु माँ लीला बाई के साथ एक बार अचानक अपने पति के रूम पहुंच गई। तब इनके पति अपने दोस्तो के साथ पार्टी करते हुए मिले। इसके साथ ही इनके पति के दोस्तों के जरिये ही इनके पति के प्रेम–प्रसंग के बारे में इनको एवं इनकी सासु माँ को पता चला। इनके पति किसी दूसरी लडकी के प्यार मोहब्बत में पड़े हुए थे जिसके कारण ही अपनी पत्नी को अपने साथ नहीं रखते थे। पति की इन काली करतूतों के कारण इनका विश्वास अपने पति से टूट गया था। इस घटना से भी इनको मानसिक आघात पहुंचा था। तब इनके ससुर जी इनके पति को राजसमन्द में से रूम खाली करवाकर अपने गांव ले आये। गांव आने के बाद इनके पति इनसे बात तक भी नहीं करते थे। सन् 2002 में इनके पति, एक ही एग्रीकल्चर प्लॉट को दो अलग–अलग व्यक्तियों को एक समय में ही बेचने के चक्कर में एक बार एक दिन के लिए जेल भी जाकर आ गये थे। इस घटना ने भी इनको बहुत मानसिक आघात पहुंचाया था। जेल से आने के बाद इनके पति, जेल जाने की घटना के लिए एवं प्रॉपर्टी के क्षेत्र में स्वयं का नाम खराब होने के लिए, इनको दोषी ठहराते हुए, इनकी मार पिटाई करना एवं दिन प्रतिदिन गृह क्लेश रखना शुरू कर दिया था। शादी के पांच साल बाद सन् 2004 में इनके एक पुत्र पैदा हुआ एवं सन् 2007 में एक पुत्री पैदा हुई। पुत्री पैदा होने के सात दिन बाद ही इनको पोस्टपार्टम साइकोसिस बीमारी हो गई थी। तब इनके ससुराल वालों ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर को रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा विभाग में दिखाया जिन्होंने इनकी 28 बर्ष की आयु मे पोस्टपार्टम साइकोसिस

मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए इनका इलाज शुरू कर दिया था एवं तीन दिन के अन्तर्गत इनका इलाज करके डिर्स्चाज कर दिया था। पुत्री के जन्म के दो साल बाद तक भी इनकी शादीशुदा लाइफ में आपसी शक वहमों के कारण इनकी स्थिति तलाक तक पहुंच चुकी थी। सन् 2012 से इनके पति ने इनको घर से बाहर निकाल दिया था। तब से ही ये अपने माता पिता के घर सागबाड़ा में निवास कर रही हैं एवं बच्चे अपने पिता के साथ गांव जोवदा में निवास कर रहे थे। सन 2014 माह मई में इनकी माता श्यामाबाई की मृत्यु हो गई थी तब भी इनके पति एवं बच्चे इनकी माता के मृत्युभोज में भी नही आये एवं फोन पर भी इनसे बात नहीं की थी।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

जीवन की विभिन्न घटनाओं ने इनके विवाह से पूर्व एवं पश्चात चलते रहने के कारण इनको बुरी तरह से झकझोर दिया था जिससे विम. बाई में इनके 59 वर्षीय पिता दुर्गासिंह गुर्जर एवं भाई बहनों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव इनकी माता की मृत्यु के एक माह के बाद ही दिखाई देने लग गये थे जैसे अपने आपको बहुत अधिक उच्च जाति की महान एवं मजबूत सामाजिक व्यक्ति मानने लग गई थी। इसके साथ ही क्रोधी स्वभाव एवं बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं के साथ (हाथी को भी मार सकती हैं।) उड़ते हुए ख्यालों (सभी मुख्यमंत्रियों एवं प्रधानमंत्री से जान पहचान) एवं छोटी छोटी बातों में अपने मन को उल्लासित रखने लगी। एक साथ भोजन बहुत ज्यादा करने लग गई एवं बिना नहाये धोये तड़क भड़क के कपडे पहनने लग गई थी।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक सप्ताह से अधिक चलते रहने के कारण इनके पिता एवं भाई देवेन्द्र गुर्जर ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को उनके ओपीडी दिन के टर्न में रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा विभाग में दिखाया था। जिन्होंने इनकी 35 बर्ष की आयु मे उन्माद के मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए बाई पोलर अफेक्टिव डिसऑडर (मेनिया) का इलाज शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही ससुराल, पीहर पक्ष के व्यक्तियों एवं रिश्तेदारों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं पीहर पक्ष के पड़ोसी घर को कलंकित करने वाला कहने लग गये थे। रोग में आराम नहीं मिलने एवं आर्थिक स्थिति ठीक नही होने के कारण इन्हें इनके पिताजी ने राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 19 अगस्त 2014 में भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 27 अगस्त 2014 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 20 अगस्त 2014 में हुआ था। तब ये मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा, मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके उन्माद को कम करने के लिए इनके पिता को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा सर्वप्रथम सामाजिक कार्यकर्ताओं की मदद से फोन करके इनके पति एवं बच्चों को अस्पताल बुलवाया गया एवं इनके साथ घर पर हमेशा संग रहने एवं बीमारी के समय में साथ देने के लिए इनके पति एवं बच्चों को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके परिवार वालों (पति एवं बच्चों को) को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने,

इनके साथ बिना बहस किये हुए छोटे शीर्षकों पर चर्चा करते हुए प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने एवं इन्हें अकेला न छोडने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों की व्यवहार की सीमाएं तय करते हुए रोगी के कमेंटों पर ध्यान न करते हुए कम रेसपोन्स देने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी की अतिरिक्त ऊर्जा को खेलों एवं अन्य गतिविधियों में मार्गन्तरीकरण एवं निर्देशित किया। जैसे इनको पुरानी चादर को फाडकर डस्टर बनाने का कार्य दिया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं परिवारजनों को (पति एवं बच्चों को) सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया एवं रोगी को मौसम एवं समय के अनुसार कपडे पहनने हेतु प्रेरित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही उदयपुर शहर के अन्य शांत एवं अनउत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनके उन्माद को कम करने के लिए इनको एवं इनके परिवारजनों को मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा, इन्टरपर्सनल साइकोथैरपी एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा चटाई बनाने कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – क्रोधी स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, गुर्जर जाति से सम्बन्धित स्वयं को उच्च्, महान एवं मजबूत मानने वाले शब्दों एवं बढ़ी हुई अत्यधिक आवाज़ में कमी हुई, मन में शांती तथा शारीरिक क्रियाओं में कमी हुई व स्वयं के मन के बढ़े हुए विचारो की गतिशीलता मे कमी आई।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति इनके पति, बच्चे एवं समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एव परिवारजनों (पति एवं बच्चों को) को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवारजनों (पति एवं बच्चों को) को सामाजिक वातावरण के प्रति जुडाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों (पति एवं बच्चों को) को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैंम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने वाली एवं मध्यम वर्गीय परिवार में जीवनयापन करने वाली विम. बाई मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने परिवार (पति एवं बच्चों) के साथ अपनी ससुराल गांव जोवदा, तहसील मावली, जिला उदयपुर में व्यतीत कर रही हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, उसके एवं परिवारजनों (पति एवं बच्चों) के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।
- विम. बाई की चिकित्सा में इनके पति के द्वारा इनको अपनाना एवं पति व बच्चों का इनके संग मे रहना, इनकी बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करने में सहायक रहा हैं। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 07

परिचय

डी. गणेश, व्यवसाय कृषि, धर्म हिन्दू, शिक्षा दसवीं पास, उम्र 17 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 2 इंच, वजन 49 किलो है। वर्तमान में गांव सिकारबाड़ी, तहसील धारियावाद, जिला प्रतापगढ़ में निवास करते हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी उन्माद को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

वर्तमान में इनके दो भाई एवं एक बहन है। 25 वर्षीय दूसरी कक्षा उत्तीर्ण बहन मुन्नी सबसे बडी हैं जो विवाहित हैं। इनके बडे 22 बर्षीय भाई गोगाराम ने पांचवी कक्षा पास कर रखी हैं जो विवाहित हैं एवं इनकी भाभी का नाम गोलमा बाई हैं जो साक्षर हैं। इनका छोटा भाई मुन्ना की आयु 15 वर्ष हैं जो सातवी कक्षा में अपने गांव सिकारबाड़ी के राजकीय माध्यमिक विधालय में अध्ययनरत हैं। इनके माता पिता की इनके बचपन में मृत्यु हो चुकी हैं। इनकी बड़ी बहन एवं 28 वर्षीय बहनोई तुलसीराम भी इनके साथ ही रहते हैं। अर्थात ये संयुक्त परिवार से सम्बंधित हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

डी. गणेश का जन्म सन् 1998 में एक मध्यम वर्गीय परिवार के एम. एस. जाट के घर में गांव सिकारबाड़ी, तहसील धारियावाद, जिला प्रतापगढ़ में हुआ हैं। इन्होंने दसवीं कक्षा अपने गांव सिकारबाड़ी के राजकीय माध्यमिक विधालय से उत्तीर्ण की हैं। इनके 20 बीधा जमीन होने के कारण इनके पिता की आर्थिक स्थिति ठीक थी एवं इनके पिता ने अपने जीवन में ज्यादातर खेती बाड़ी का कार्य ही किया हैं। लेकिन इनके पिताजी को तम्बाकू चबाने एवं हुक्का पीने का अत्यधिक शौक था जिससे इनके पिता को उनकी 39 वर्ष की उम्र में गले का कैंसर रोग उत्पन्न हो गया एवं 43 वर्ष की आयु में कैंसर रोग के कारण इनके पिता की इनकी 11 वर्ष की आयु में सन् 2008 में मृत्यु हो गई थी। इनकी माता मंगली बाई एटीपीडी मानसिक रोग से ग्रसित थी। जब इनकी आयु 14 वर्ष की थी तब इनकी माता ने एटीपीडी मानसिक रोग की दवाइयां एक साथ सेवन कर ली थी जिससे इनकी माता की सन् 2011 में मृत्यु हो गई थी। इस प्रकार बचपन में ही माता पिता की मृत्यु हो जाने की घटनाओं से दोनों बार ही इनको बहुत अधिक मानसिक आघात पहुंचा था। बचपन से ही ये अपने आप को भगवान गणेश जी का अवतार मानते हैं एवं बचपन से ही इनको अत्यधिक बात करने एवं शिव भगवान की पूजा पाठ करने का शौक हैं। माता की मुत्यु के बाद से ही इन्होंने अपनी पढ़ाई छोड़ दी थी।

गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

डी. गणेश अभी भी अविवाहित हैं एवं अपनी माता की मृत्यु के बाद से ही अपने बड़े भाई गोगाराम के साथ मिलकर अपने खेतों में कृषि कार्य करते हैं। इनकी बड़ी बहन की शादी इनके पिता की मृत्यु से पहले हो गई एवं बडे भाई की शादी पिता की मृत्यु के बाद हुई हैं। इनके जीजा तुलसी राम जी भी इनके साथ ही मिलकर कृषि कार्य करते हैं। इनके जीजाजी बचपन से ही अनाथ हैं।

सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति

डी. गणेश जी बचपन से ही मध्यम वर्गीय परिवार में जन्में थे एवं माता पिता की मृत्यु हो जाने के कारण अपने बड़े भाई गोगाराम के साथ मिलकर अपने खेतों में ही खेती बाड़ी का कार्य करते हैं। जिसके कारण आज भी उनकी आर्थिक स्थिति ठीक हैं। 20 बीधा जमीन में खेती अच्छी होने के कारण आर्थिक, सामाजिक प्रतिष्ठा भी ठीक हैं एवं इनके माता पिता की कम उम्र मे ही मृत्यु हो जाने के कारण पारिवारिक स्थिति पहले की अपेक्षा निम्न हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

  इनके बड़े भाई गोगाराम के अनुसार माता पिता की मृत्यु के समय इनको बहुत अधिक मानसिक आघात पहुंचा था। माता की मृत्यु के बाद इन्होंने अपनी पढ़ाई छोड़ दी थी क्योंकि इनकी भाभी इनको पसन्द नहीं करती थी एवं दोनों देवर भाभी में हमेशा घर गृहस्थी की बातो को लेकर अनबन रहने लग गई थी। इनकी भाभी इनके बड़े भाई से, दोनों छोटे भाईयों से हमेशा अलग रहने की बात करती थी, इस बात से इनका भाई गोगा भी अपनी पत्नी से परेशान था। क्योंकि माता पिता की मृत्य होने के बाद अपने दोनो छोटे भाइयों को किसके सहारे छोड़े। एक बार सन् 2013 में इनके भाई गोगा एवं भाभी ने इनको अलग कर दिया, जिससे इनको बहुत अधिक मानसिक टेंशन हुई। तब दोनो छोटे भाईयों के पालन पोषण एवं ढॉढस बंधाने के लिए इनकी बड़ी बहन एवं जीजाजी इनके साथ रहने लग गये। इस बात से नाराज होकर एवं गिल्टी महसूस करते हुए इनके बड़े भाई ने शराब पीना शुरू कर दिया एवं अपनी पत्नी की मार पिटाई करने लग गये, जिससे इनकी भाभी इनके भाई को तलाक देने के लिए कहने लग गई। इस प्रकार अपने भाई भाभी के बसे हुए परिवार को अपने कारण बिखरते हुए देखकर इनको और अधिक मानसिक टेंशन हो गई।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

  माता पिता की मृत्यु के बाद इनके बड़े भाई का शराबी होना एवं भाभी द्वारा तलाक देने की बात से परेशान होकर ये अपने भाई के बिखरते हुए परिवार को बचाने के लिए शिव भगवान की अत्यधिक पूजा पाठ करने लग गये एवं गणेश जी भगवान के अनुरूप स्वयं दो–दो पत्नियां रखने की बात करने लग गए। ऐसा ये बहुत अधिक बढ़ चढ़कर कहने लग गए तथा गुस्सैल स्वभाव के हो गए। सन् 2014 में गर्मियों के मौसम में बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं (सभी भगवानों से मेरी जान पहचान एवं वे मेरे अनुसार कार्य करते है।) के साथ उड़ते हुए ख्यालों (एक औरत जायेगी तो दो और आयेंगीं) में अपने मन को उल्लासित रखते हुए स्वयं को सबसे बड़ा महान धनवान व्यक्ति कहने लग गये। ईश्वर पर बढ़ते हुए विश्वास ने इनकी बहन एवं जीजा को सोचने पर मजबूर कर दिया था एवं इनमें इनके परिवार वालों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे गुस्सैल स्वभाव एवं बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं के साथ उड़ते हुए ख्यालों एवं बातों में अपने मन को उल्लासित रखने लगे एवं स्वयं को गणेश जी भगवान के अनुरूप दो–दो पत्नियां रखने की बात करते हुए स्वयं को महान, धनवान एवं अत्यधिक उच्च सामाजिक व्यक्ति (गांव का सरपंच) मानने लगने लग गए थे।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

  व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं चार माह से अधिक चलते रहने के कारण इनके बड़े भाई ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा विभाग में दिखाया। जिन्होंने माह नबम्बर में 16.5 बर्ष की आयु मे उन्माद से ग्रसित मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए उन्माद का इलाज शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही पड़ोसियों, रिश्तेदारों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं गांव के लोग इन्हें दो पत्नियों का स्वामी कहकर पुकारने लग गये थे। छः माह तक रोग में आराम नहीं मिलने एवं आर्थिक स्थिति ठीक होने के कारण इन्हें, इनकी बडी बहन एवं जीजाजी ने, बड़े भाई गोगाराम को साथ लेते हुए प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 14 अप्रेल 2015 को भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में 22 अप्रेल 2015 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

  शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 16 अप्रेल 2015 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में उपचाराधीन

थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके उन्माद की स्थिति को कम करने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए इनके परिवारजनों को प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनके परिवार वालो को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ बिना बहस किये हुए छोटे शीर्षकों पर चर्चा करते हुए प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों की व्यवहार की सीमाएं तय करते हुए इनके कमेन्टों पर ध्यान न करते हुए, कम रेसपोन्स देने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी की अतिरिक्त ऊर्जा को खेलों एवं अन्य गतिविधियों में मार्गन्तरीकरण एवं निर्देशित किया। जैसे इनको पुरानी चादर को फाडकर डस्टर बनाने का कार्य दिया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोडने के लिए प्रोत्साहित किया एवं इनको मौसम एवं समय के अनुसार कपडे पहनने हेतु प्रेरित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही प्रतापगढ़ जिले के प्रमुख शांत एवं अनुत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए चिकित्सा समाजशास्त्रीयों, मनोचिकित्सकों एवं मनोविशेषज्ञों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा के अन्तर्गत आता हैं।
- इनके उन्माद को कम करने के लिए इनको एवं इनके परिवार जनों को मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा, इन्टरपर्सनल साइकोथैरपी एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा कृषि के कार्य में काम आने वाले उपकरणों का कार्य सिखाकर, फिर से इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – गुस्सैल स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, गणेश जी भगवान के अनुरूप दो–दो पत्नियां रखने के बढ़े हुए विचारों कमी हुई, मन में शांती आई तथा बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं में कमी हुई व स्वयं के मन के बढ़े हुए विचारो की गतिशीलता जैसे स्वयं को महान, धनवान एवं अत्यधिक उच्च सामाजिक व्यक्ति (गांव का सरपंच) समझने एवं मानने में कमी आई।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति समाज के व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एव परिवारजनों (भाई–भाभी व बहन–बहनोई) को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवारजनों (भाई–भाभी व बहन–बहनोई) को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों (भाई–भाभी व बहन–बहनोई) को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनकें रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- मध्यम वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं जीवन यापन करने वाले डी. गणेश जी मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने संयुक्त परिवार (भाई–भाभी व बहन–बहनोई) के साथ व्यतीत कर रहे हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, इनके एवं परिवार जनों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं एवं इनके जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती हैं। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 08

परिचय

एल. एक्स. बाई, व्यवसाय व्यापार (सुनार), धर्म हिन्दू, शिक्षा कला संकाय, कक्षा ग्यारहवीं में अध्ययनरत, उम्र 16 वर्ष, लम्बाई 5 फिट, वजन 45 किलो हैं। वर्तमान में गांव गुन्दलपुर, तहसील बड़ी सादड़ी, जिला चित्तौड़गढ़ में निवास करती हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी उन्माद को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

एल. एक्स. बाई के 42 वर्षीय पिता एस. आर. सुनार की सन् 2012 में हार्ट अटैक आने से मृत्यु हो चुकी हैं। इनकी 40 वर्षीय माता सी. देवी साक्षर गृहणी हैं। इनकी माता डिमेन्शिया मनोरोग से ग्रसित हैं। इनके दो जुड़वा भाई व एक बहन हैं। दोनों जुड़वा बड़े भाइयों के नाम क्रमशः अंकित एवं आकाश हैं। 22 वर्षीय अंकित एवं आकाश ने राजकीय पॉलिटेक्निक कॉलेज चितौड़गढ़ से क्रमशः इलेक्ट्रिकल एवं मैकिनिकल ब्रांच में डिप्लोमा किया हुआ हैं एवं वर्तमान में सरकारी नौकरी प्राप्त करने के लिए तैयारी कर रहे हैं। वर्तमान में ये स्वयं कला संकाय, कक्षा ग्यारहवीं में राजकीय बालिका उच्च माध्यमिक विधालय बड़ी सादड़ी में अध्ययनरत हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

एल. एक्स. बाई का जन्म चित्तौड़गढ़ जिले की बड़ी सादड़ी तहसील के गुन्दलपुर गांव के सम्पन्न परिवार में एस. आर. सुनार के घर में सन् 1997 में हुआ था। इनकी माता सी. देवी साक्षर गृहणी हैं एवं पिता एस. आर. सुनार दसवीं पास थे एवं सुनार का कार्य बड़ी सादड़ी तहसील में करते थे। इनके जन्म के कुछ दिनों बाद से ही इनके पिता की सुनार की दुकान में तेजी से मुनाफा हुआ जिसके कारण इनके पिताजी ने इनका नाम लक्ष्मी रखा था। इनके दो जुड़वा भाई व एक बहन हैं। इन्होंने आठवीं कक्षा अपने गुन्दलपुर गांव के राजकीय उच्च प्राथमिक विधालय से पास की हैं एवं वर्तमान में ये स्वयं कला संकाय, कक्षा ग्यारहवीं में राजकीय बालिका उच्च माध्यमिक विधालय बड़ी सादड़ी में अध्ययनरत हैं। ये बचपन से ही बहुत होशियार हैं। सन् 2008 में इनकी माता सी. देवी अपने मकान की सिढियों से नीचे आते समय फिसलकर गिर गई जिससे उनके सिर में चोट आई और वे उस चोट के कारण डिमेन्शिया रोग से ग्रसित हो गई। जिसके कारण इनके पिताजी एवं इनको बहुत मानसिक आघात पहुंचा। इनके बचपन से ही होशियार होने के कारण, सम्पन्न सुनार परिवार में जन्म लेने के कारण एवं इनका जन्म होते ही इनके पिता की सुनार की दुकान में तेजी से मुनाफा होने के कारण, इनके परिवार वाले इनको भगवान लक्ष्मी माता का अवतार मानते हैं एवं ये भी स्वयं को भगवान लक्ष्मी माता का अवतार मानते हुए स्वयं को उच्च व महान समझती हैं।

गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

ये अभी भी अविवाहित है। लेकिन ये बचपन से ही होशियार होने के कारण इनके पिताजी की सुनार की दुकान पर कक्षा आठवीं पास करने के बाद से ही अपने पिताजी के कार्यो में हाथ बटाती है। इनके पिताजी भी, स्वयं को इनके कारण धनवान एवं भाग्यवान मानते थे। सुनार की दुकान के कार्य में अच्छा मुनाफा होने के कारण ये भविष्य में सोने–चांदी का व्यवसाय करना चाहती हैं।

सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति

बचपन से ही इन्होंने सम्पन्न सुनार परिवार में जन्म लिया हैं। इनके जन्म होने के बाद से ही इनके पिताजी का, सोने–चादीं की दुकान के कार्य में अच्छा मुनाफा होने से इनके घर की आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा और अधिक सुदृढ़ हो गई हैं एवं सामाजिक व पारिवारिक प्रतिष्ठा भी अच्छी हैं।

रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं

इनकी 13 वर्ष की आयु में ही इनकी माता को सिर में चोट लगने के कारण डिमेन्शिया रोग उत्पन्न हो गया था। जिससे इनको एवं इनके पिताजी को बहुत मानसिक आघात पहुंचा था। इनकी 15 वर्ष की आयु में एक दिन इनके पिताजी को सोने चांदी की दुकान के धन्धें में काफी अधिक नुकसान हुआ था। अत्यधिक नुकसान के कारण इनके पिताजी को सन् 2012 में हार्ट अटैक आने से मृत्यु हो गई थी। अपने पिताजी को अचानक दिल का दौरा पड़ जाने एवं मृत्यु हो जाने की घटना ने भी इनको मानसिक रूप से बहुत परेशान करते हुए पूरी तरह तोड़ दिया था। लेकिन ये स्वयं को उच्च, महान एवं माता लक्ष्मी का अवतार मानती थी क्योंकि इनके जन्म के बाद से ही इनके पिताजी की सोने चांदी की दुकान के कार्य में अत्यधिक लाभ होने लगा था। इनके कारण इनकें पिताजी के सुनार का कार्य अच्छा चलने के कारण ये स्वयं को और अधिक भाग्यवान एवं महान मानती हैं। पिताजी की मृत्यु के बाद इन्होंने अपने बड़े भाई अंकित के साथ अपने पिताजी के सुनार के कार्य को संभाला एवं धन्धें में हुए नुकसान की भरपाई करनी चाही। लेकिन अपनी कक्षा 11 वीं की पढ़ाई के साथ ही प्रथम तीन महीनों तक इनको सुनार के कार्य में अच्छा लाभ नही हुआ था। जिसके कारण इनकों बहुत अधिक टेंशन हुई लेकिन फिर भी हार नहीं मानी। दूसरी तरफ इनकी माता भी इनके पिताजी की मृत्यु के सदमें में और अधिक गुमशुम रहने लग गई। अपनी माता की बिगड़ती हुई मानसिक स्थिति नें भी इनको एवं इनके दोनों बडे भाइयों को बुरी तरह झकझोर दिया था। इनके बड़े भाई आकाश के अनुसार इनके नाम लक्ष्मी के अनुरूप, पहले की तरह घर में पैसे की कमाई एवं पिताजी द्वारा खाये हुए घाटे की भरपाई नहीं हो पा रही थी। जिसके कारण ये बहुत अधिक टेंशन लेने लग गई थी।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

जीवन में आई विभिन्न घटनाओं ने इनके पिताजी की मृत्यु के पूर्व एवं पश्चात चलते रहने के कारण इनको बुरी तरह से झकझोर दिया था जिससे इनमें इनके 22 वर्षीय भाई आकाश के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव अपनी माता की बिगड़ती हुई मानसिक स्थिति के साथ ही दिखाई देने लग गये थे जैसे अपने आपको बहुत अधिक उच्च धनवान, भाग्यवान एवं महान सामाजिक व्यक्ति मानने लग गई थी। इसके साथ ही क्रोधी स्वभाव एवं बढ़ी हुई शारीरिक क्रियाओं के साथ (भगवान माता लक्ष्मी को भी पीछे छोड़ सकती हैं इतना पैसा हैं।) उड़ते हुए ख्यालों (सभी देवी एवं देवताओं से जान पहचान हैं।) एवं छोटी मोटी बातों में अपने मन को उल्लासित रखने लग गई। प्रत्येक दो तीन घण्टें के अन्तराल में भोजन करने लग गई एवं बिना नहाये धोये तड़क भड़क एवं फटे पुराने कपडे पहनने लग गई थी।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक सप्ताह से अधिक चलते रहने के कारण इनके बड़े भाई अंकित ने इन्हें श्री सांवलिया जी राजकीय जिला चिकित्सालय चित्तौड़गढ़ के मनोचिकित्सक डॉ. आर के शर्मा को अपनी बहन लक्ष्मी एवं माता छगली देवी को एक साथ दिखाया। तब मनोचिकित्सक डॉ. शर्मा ने इनकी 15 वर्ष 08 माह की आयु मे इनका उन्माद के मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए बाई पोलर अफेक्टिव डिसऑडर (मेनिया) के रूप में एवं माता का अवसाद के मनोरोगी के रूप में इलाज करना शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही गांव के व्यक्तियों एवं रिश्तेदारों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं ससुराल एवं पीहर पक्ष के रिश्तेदार एवं पड़ोसी घर को कलंकित करने वाला कहने लग गये थे। तीन माह तक लक्ष्मी के मनोरोग में आराम नहीं मिलने एवं आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा ठीक नहीं होने के कारण इन्हें इनके दोनो बड़े भाईयों ने राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के

मनोचिकित्सा वार्ड में 08 सितम्बर 2013 में भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेडा की यूनिट में 17 सितम्बर 2013 तक चला था।

रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 10 सितम्बर 2013 में हुआ था। तब ये मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनके उन्माद को कम करने के लिए इनको, इनके दोनों भाइयों एवं इनकी माता छगली देवी को, मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- इनके परिवार वालो को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ बिना बहस किये हुए छोटे शीर्षकों पर चर्चा करने हुए प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने एवं इनको अकेला न छोडने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- एक दूसरे के मध्य आपसी सम्बन्धों की व्यवहार की सीमाएं तय करते हुए रोगी के कमेंटों पर ध्यान न करते हुए कम रेसपोन्स देने के लिए प्रोत्साहन दिया गया था।
- सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए रोगी की अतिरिक्त ऊर्जा को खेलों एवं अन्य गतिविधियों में मार्गन्तरीकरण एवं निर्देशित किया। जैसे इनको पुरानी चादर को फाडकर डस्टर बनाने का कार्य दिया एवं परिवार वालों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित किया।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया एवं रोगी को मौसम एवं समय के अनुसार कपडे पहनने हेतु प्रेरित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही चित्तौड़गढ़ जिले के अन्य शांत एवं अनुत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता हैं।
- इनके उन्माद को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा सहायक मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा, संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा, इन्टरपर्सनल साइकोथैरपी एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।

- इनकी माता छगली देवी को भी सामाजिक चिकित्सा लेने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा कुकिंग कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – क्रोधी स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, भगवान लक्ष्मी माता से सम्बन्धित स्वयं को उच्च, महान, भाग्यवान, धनवान मानने वाले शब्दों एवं बढ़ी हुई अत्यधिक टोन में कमी हुई, मन में शांती तथा शारीरिक क्रियाओं में कमी हुई व स्वयं के मन के बढ़े हुए विचारो की गतिशीलता मे कमी आई।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति इनके गांव के व्यक्तियों एवं रिश्तेदारों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक, आर्थिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एव परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- संपन्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं जीवनयापन करने वाली एल. एक्स. बाई मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने परिवार (भाइयों एवं माता) के साथ अपने गांव गुन्दलपुर, तहसील बड़ी सादड़ी, जिला चित्तौड़गढ़ में व्यतीत कर रही हैं।

- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, उसके एवं परिवारजनों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना हैं कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती हैं। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 09

परिचय

ए. एस. हुसैन, व्यवसाय मुर्गी के अण्डों का व्यापार, धर्म मुस्लिम, शिक्षा दसवीं पास, उम्र 39 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 5 इंच, वजन 55 किलो हैं। वर्तमान में सिपाही मोहल्ला, दरगाह के पीछे, चित्तौड़गढ़ में निवास करते हैं, इनका व इनके परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

ए. एस. हुसैन के पिता अल्लानूर जीवित एवं साक्षर हैं। इनके पिता की उम्र 58 वर्ष हैं जो आंतों का कैंसर नामक बीमारी से ग्रसित हैं। इनके दो भाई व दो बहन हैं। इनकी पत्नी रजिया बानों की उम्र 38 वर्ष हैं, जो पांचवी कक्षा पास गृहणी हैं। इनके तीन पुत्री एवं दो पुत्र हैं एवं सभी अविवाहित हैं। बड़ी पुत्री रेश्मा की आयु 17 वर्ष हैं जो दसवीं कक्षा में एवं दूसरी पुत्री सायरा की आयु 16 वर्ष हैं जो नोवीं कक्षा में व तीसरी पुत्री सना की आयु 14 वर्ष हैं जो सातवीं कक्षा में राजकीय बालिका उच्च माध्यमिक विधालय चित्तौड़गढ़ में अध्ययनरत हैं। इसी प्रकार इनके बडे पुत्र मारूफ की आयु 11 वर्ष हैं जो पांचवी कक्षा में एवं छोटे पुत्र दानिश अली की आयु 10 वर्ष हैं जो चतुर्थ कक्षा में प्राइवेट आलोक उच्च प्राथमिक स्कूल चित्तौड़गढ़ में अध्ययनरत हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

ए. एस. हुसैन का जन्म एक निम्न वर्गीय अल्लानुर के घर में सिपाही मोहल्ला, दरगाह के पीछे, जिला चित्तौड़गढ़ में हुआ हैं। इनके पिता ने अपने जीवन में ज्यादातर मटन एवं चिकन की शॉप में मजदूर का कार्य किया हैं। घर में भी इनके पिता ने मुर्गी के अण्डों की शॉप खोल रखी थी जिसे इनकी माता सलीमा संभालती थी। इनका जन्म इनके घर पर हुआ था। इनके जन्म के एक साल बाद ही इनकी दादी नूरी की मृत्यु हो गई थी। बचपन से ही इनको पढने की रूचि थी जिसके कारण इनके पिताजी ने इनको राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय चित्तौड़गढ़ से दसवीं कक्षा उत्तीर्ण करवाई। इनकी 16 वर्ष की आयु में, इनकी दसवीं कक्षा का परिणाम आने कुछ दिनों बाद ही इनकी माता की अक्समात मृत्यु हो गई थी, जिसके कारण इनको बहुत मानसिक टेंशन हुई थी। गरीब स्थिति तथा इनकी माता सलीमा की मृत्यु होने के कारण एवं इनके छोटे भाई बहनों की देखभाल के लिए इनके पिता इनकी आगे की पढाई नहीं करा सके, जिसके कारण इनको पढाई छोड़नी पड़ी। आगे की पढ़ाई करने की इच्छा थी लेकिन अपने भाई बहनों की देखभाल के लिए अपने पिता की बात मानते हुए पढ़ाई छोडकर, घरवाली मुर्गी के अण्डों की दुकान संभाल ली थी।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

उन्नीस वर्ष की आयु में इनके पिता ने घर गृहस्थी के कामों को संभालने के लिए इनका विवाह ग्राम बनकोड़ा तहसील आसपुर जिला डूंगरपुर के निम्न वर्गीय परिवार के अपने अजीज मित्र सरीफ मोहम्मद की 18 वर्षीय पुत्री रजिया बानो से करवा दिया था। इनकी पत्नी ने विवाह के समय पांचवी कक्षा उत्तीर्ण कर रखी थी एवं इनकी पत्नी की लम्बाई 5 फिट 1 इंच हैं। शादी के बाद इनके वैवाहिक जीवन में किसी भी प्रकार की कोई परेशानी नही आई। शादी के तीन साल बाद इनको एक पुत्री पैदा हुई, फिर एक साल बाद दूसरी पुत्री पैदा हुई। इस प्रकार इनके कुल क्रमशः तीन पुत्री एवं दो पुत्र पैदा हुए। इनके परिवार में सदस्यों की संख्या बढ़ने एवं अपने छोटे भाई बहनों की देखभाल की जिम्मेदारियां भी बढ़ने के कारण इनका एवं इनके भाई बहनों का खर्चा इनके पिता के मटन एवं चिकन की दुकान पर मजदूरी के कार्य एवं इनके घर की मुर्गी के अण्डों की दुकान से आई आमदनी से घर खर्च ठीक प्रकार से नहीं चल पा रहा था। तब इन्होंने 26 वर्ष की आयु में अपनी पत्नी के सुझाव से अपने घर पर ही स्वयं के पैसों से मुर्गी के अण्डों की थोक विक्रेता वाली दुकान का व्यवसाय शुरू कर दिया था। व्यवसाय अच्छा चलने के कारण इनकी आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा ठीक हो गई। इस दौरान ही इनकी दोनों बहनों एव दोनों भाइयों की शादी भी इनके पिता एवं इनकी बचत के पैसों के सहयोग से करवा दी गई थी। वर्तमान में इनका एवं इनके दोनों भाइयों का परिवार एक साथ ही एक ही घर की छत के नीचे संयुक्त परिवार के रूप में रहता हैं।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

ए. एस. हुसैन ने बचपन से ही निम्न वर्गीय परिवार में जन्म लिया था। इनके जन्म होने के बाद से लेकर इनकी 25 वर्ष की आयु तक इनकी एवं इनके पिताजी की गरीब स्थिति रही हैं। लेकिन 26 वर्ष की आयु से अपने घर पर ही मुर्गी के अण्डों की थोक विक्रेता वाली दुकान का व्यवसाय करने से इनके घर की आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा ठीक हो गई हैं एवं सामाजिक व पारिवारिक प्रतिष्ठा भी अच्छी हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

तीस वर्ष की उम्र में इनका व्यवसाय बहुत अच्छा चलने लग गया था। जिससे इनके दोनों भाई इनसे बहुत अधिक ईर्ष्या करने लग गये एवं व्यवसाय से कमाये पैसों में अपना हक इनसे मांगने लग गये थे। इनकी पत्नी के अनुसार इनकी पैतृक मुर्गी के अण्डों की दुकान की कमाई से जो भी पैसा आया था उसे इन्होने छोटे भाई बहनो की सगाई शादी एवं अन्य पारिवारिक खर्चो में खर्च कर दिया था। इनके पिताजी के अनुसार मुर्गी के अण्डों की थोक विक्रेता वाली दुकान का व्यवसाय तो इन्होने अपने स्वयं के पैसों से शुरू किया था। जिसमें दोनों छोटे भाइयों का कोई पैतृक हक नहीं था लेकिन दोनों छोटे भाई इस बात को समझ नही पा रहे थे और दिन प्रतिदिन इनसे लडाई झगडा करते थे। इस बात को लेकर ये बहुत मानसिक प्रताड़ित होते थे एवं अकेले चुपचाप अपने आप से बात किया करते थे। इनकी 34 वर्ष की उम्र में इनके छोटे भाई सरफराज ने एक दिन आपसी कहा सुनी में इनके सिर में लकडी की दे मारी जिससे इनके सिर में चोट आई और बेहोश हो गये। तब इनकी पत्नी के द्वारा उस समय इनका इलाज करवा लिया गया था एवं इस घटना के बाद तीनों भाई अपने–अपने परिवार के साथ अलग अलग जीवन यापन करने लग गए थे। अपनी माता की मृत्यु बाद इन्होंने अपने छोटे भाई बहनों की देखभाल के लिए अपनी पढ़ाई छोड़कर उनका लालन पालन किया, उनकी सगाई शादियों में अपने पिता के साथ, अपने बचत का पैसा लगाते हुये प्रत्येक सुख दुःख में उनका साथ दिया। लेकिन इनके दोनों छोटे भाई इनके त्याग को समझ नही पाए और इनसे भाई बन्दी का रिश्ता तोडकर अलग हो गये थे। इस घटना ने इनको भावनात्मक रूप से झकझोरते हुए तोड़ दिया था। इनकी 37 बर्ष की उम्र में इनके पिताजी को आंतो

का कैंसर नामक बीमारी हो गई थी जिससे ये मानसिक रूप से और अधिक घबरा गये थे क्योंकि इनके पिताजी को ये ही अपने पास रखते थे, दोनों छोटे भाई नही रखते थे। जिससे उनकी सभी तरह की देखभाल एवं हारी बीमारी का खर्चा इन पर ही था। 38 बर्ष की उम्र से इनका व्यवसाय पहले की अपेक्षा मन्दा चलने लगा था जिसके कारण ये अपने बच्चों की पढाई लिखाई के खर्चों को लेकर, उनके पालन पोषण को लेकर एवं अपने पिताजी की बीमारी को लेकर अत्यधिक टेंशन करने लग गए थे।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

माता की मृत्यु के बाद से ही जीवन में आई विभिन्न घटनाओं ने चलते रहने के कारण इनको पूरी तरह से झकझोर दिया था जिससे इनमें इनकी पत्नी के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में 38 वर्ष की आयु से विभिन्न बदलाव अधिक दिखाई देने लगे थे जैसे लम्बे समय तक दुःखी, गुमशुम एवं बिना नहाये धोये रहने लग गये थे। इनके भाइयों की अवाजें उनकी अनुपस्थिति में भी इनके कानो में दिन प्रतिदिन गुंजने लग गई थी। परिवार के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में कोई रूचि नही रही थी एवं चिड़चिड़ा व्यवहार करने लग गये थे तथा गन्दे व फ़टे पुराने कपडे पहनने लग गये थे। ज्यादातर अकेला रहना शुरू का दिया व आत्महत्या के बारे में सोचने लगे एवं अपने आप ही बेवजह बड़बड़ाने लग गये थे। इसके अलावा ये अपनी पत्नी पर संदेह करते हुए इनको परोसे गये भोजन में जहर मिलाने की बात कहने लग गये थे।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं दो माह से अधिक चलते रहने के कारण इनकी पत्नी एवं इनके साले ने इन्हें मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर को उनके घर पर दिखाया था जिन्होने माह जुलाई 2014 में 39 वर्ष की आयु में सिजोफ्रेनिया के मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए इनका इलाज करना शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही पड़ोसियों, भाइयों एवं मित्रों ने इनसे और अधिक दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं इन्हें घर को कलंकित करने वाला मनहूस कहने लगे थे। रोग में आराम नही मिलने एवं आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा निम्न होने के कारण इनकी पत्नी नें इन्हें सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 17 अगस्त 2014 में भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 26 अगस्त 2014 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 18 अगस्त 2014 में हुआ था। तब ये मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करने के लिए इनके परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा सर्वप्रथम सामाजिक कार्यकर्ताओं की मदद से फोन करके इनके दोनों छोटे भाइयों को अस्पताल बुलवाया गया एवं इनके साथ घर पर हमेशा संग रहने एवं बीमारी के समय में साथ देने के लिए इनके भाइयों एवं सभी परिवारजनों को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके भाइयों एवं सभी परिवार वालों को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने,

इनके साथ बिना बहस किये हुए साधारण शब्दों में वार्तालाप करते हुए इनके संदेहो एवं गलत धारणाओं को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित किया।

- सभी परिवारजनों को इनके साथ विश्वासपूर्ण सम्बन्ध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह उचित सम्मान देने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- रोगी एवं परिवारजनों की सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए इनकी सभी समस्याओं के बारे में चर्चा करते हुए इनका वास्तविकता से सामना करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवारजनों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए इनके भ्रम, विभ्रम एवं भ्रान्तियों में कमी लाने के प्रयास करते हुए इनको मनहूस न मानने को कहा गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं परिवारजनों को (भाइयों एवं इनकी पत्नी को) सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- परिवार के सदस्यों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया एवं रोगी से बात करते समय किसी भी प्रकार की फुसफुसाहट न करने हेतु प्रेरित किया।
- इनको पर्याप्त एवं संतुलित भोजन की व्यवस्था करते हुए इनके परिचितों को मरीज की उपस्थिति में भोजन को चखकर फिर इनको साफ सुथरे तरीके से परोसने के लिए कहा गया।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही चित्तौड़गढ़ के प्रमुख शांत एवं अनुत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता हैं।
- इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा व्यक्तिगत मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, मोटिवेशनल थैरपी, व्यवसायिक एवं व्यवहार चिकित्सा, इन्टेन्सिव साइकोथैरपी एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।
- परिवारजनों एवं अन्य सदस्यों को मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा पेन्टिंग का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – चिड़चिड़े स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, मन में शांति तथा शारीरिक क्रियाऐं सामान्य हुई एवं इनके मन में गलत एवं अटूट विचारों में कमी आई। नहाने धोने लगे एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगे। इनके कानो में इनके

भाइयों की बेवजह आने वाली आवाजें आना बंद हो गई। अकेला रहना बंद करते हुए परिवार के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगे। आत्महत्या के विचार आना बंद हो गये एवं बेवजह बड़बड़ाना बंद कर दिया। इनके अलावा ये अपनी पत्नी एवं परिचितों द्वारा परोसे गये भोजन पर विश्वास करने लगे।

- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति इनके भाइयों, पत्नी, मित्रों एवं समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एव परिवारजनों (भाइयों एवं पत्नी) को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं परिवारजनों (भाइयों एवं पत्नी) को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं परिवारजनों (भाइयों एवं पत्नी) को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने वाले ए. एस. हुसैन मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने संयुक्त परिवार के साथ वर्तमान में सिपाही मोहल्ला, दरगाह के पीछे, चित्तौड़गढ़ में व्यतीत कर रहे हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, उसके एवं परिवारजनों (भाइयों) के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।

- ए. एस. हुसैन की चिकित्सा में इनके परिवारजनों, रिश्तेदारों एवं इनके भाइयों के द्वारा इनकी मानसिक बीमारी के दौरान साथ देना, एक साथ एक ही छत के नीचे संयुक्त रूप से रहना, इनको बड़े भाई का सम्मान देना, इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करने में सहायक रहा हैं। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 10

परिचय

वी. के. कंवर, व्यवसाय गृहणी, धर्म हिन्दू, शिक्षा साक्षर, उम्र 45 वर्ष, लम्बाई 4 फिट 11 इंच, वजन 40 किलो है। वर्तमान में गांव झालों का गुड़ा, चोर बावड़ी, तहसील गोगुन्दा, जिला उदयपुर में निवास करती हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

वी. के. कंवर के पति विजय सिंह की मृत्यु इनकी 14 बर्ष की आयु में ही गई थी। इनके एक भी संतान नही हैं। वर्तमान में भी ये विधवा के रूप में ही अपना जीवन व्यतीत कर रही हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

वी. के. कंवर का जन्म एक निम्न वर्गीय परिवार के केसाराम के घर में गांव पानेर, तहसील गोगुन्दा, जिला उदयपुर में हुआ है। इनके एक भी भाई–बहन नही हैं। इनके पिता के द्वारा इनकी चार वर्ष की आयु में ही इनकी शादी अपने मित्र उदयलाल के इकलोते बेटे विजयसिंह से करवा दी थी लेकिन गोना नही किया था। इनकी माता पिता की मृत्यु इनके कच्चे छप्पर के घर में आग लगने के दौरान इनकी पांच वर्ष की आयु में हो गई थी। जिससे इनका पूरा बचपन ही इनके माता पिता की असमय मृत्यु होने के कारण सभी तरह की टेंशन एवं सदमें में ही बीता था। इनके एक चाचा भंवर सिंह जी थे जिनकी मृत्यु इनकी 8 वर्ष की आयु में ही पानेर गांव के तलाब में डूबने से हो गई थी। बचपन में ही माता पिता की मृत्यु हो जाने से ये स्कुल की पढ़ाई नही कर पाई। इनके एक दूर की बुआ केशी हैं जिन्होने इनका पालन पोषण किया हैं।

गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

चौदह वर्ष की आयु में इनकी बुआ केशी द्वारा इनका गोना विजयसिंह से कर दिया था। उस समय विजयसिंह ने दूसरी कक्षा पास कर रखी थी। इनके पति उस समय कोई काम धन्धा नहीं करते थे। इनके ससुर की चाय की दूकान की कमाई से ही इनका घर खर्च चलता था।

सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति

वी. के. कंवर ने बचपन से ही निम्न वर्गीय परिवार में जन्म लिया था एवं गोना होने के बाद इन्होंने घर गृहस्थी का ही कार्य किया हैं एवं इनके पति के द्वारा कभी–कभी इनके ससुर की चाय बनाने की घरेलू दुकान पर कार्य करवा लिया जाता था। इनके व इनके पति के द्वारा कोई काम घन्धा न करने के कारण इनकी आर्थिक स्थिति निम्न रही हैं जिससे इनकी सामाजिक व पारिवारिक प्रतिष्ठा भी निम्न रही हैं।

रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं

इनकी पांच वर्ष की आयु में ही इनके माता पिता की असमय मृत्यु हो जाने से इनका पूरा बचपन ही सभी तरह की टेंशन एवं सदमों में ही बीता था। माता पिता की मृत्यु हो जाने के बाद इनका पालन पोषण इनकी दूर की बुआ केशी ने किया था। इनकी बुआ इनकी पांच बर्ष की आयु से लेकर

इनकी लगभग आठ बर्ष की आयु तक घर के सभी झूठें बर्तनों को साफ करवाती थी एवं आठ वर्ष की आयु के बाद से लेकर गोना करने तक घर गृहस्थी के सभी तरह के कार्यों को करवाती थी। इनकी बुआ इनको दिनभर काम करवाने के बाद इनको एक समय ही रूखा सूखा एवं घर में बचा हुआ भोजन खाने को देती थी। वी. के. कंवर का इस दुनिया में अपना कोई सगा न होने के कारण बुआ के द्वारा दिये हुए जुल्मों को पानी के घूंट की तरह पीकर सहन कर लेती थी। इनकी बुआ के द्वारा इनकी 14 वर्ष की आयु में इनका गोना इनके पति विजय सिंह के साथ कर दिया था। गोना होने के बाद इन्होंने सोचा कि जिन्दगी अब अच्छी निकलेगी लेकिन किस्मत को कुछ और ही मंजूर था। गोना होने के मात्र दो सप्ताह बाद ही इनके पति विजय सिंह की सांप के डसने से इनके ससुराल में मोके पर घर में ही मौत हो गई थी। इनके पति की मृत्यु होने के कुछ दिनों बाद से ही इनके ससुराल वालों ने इन्हें घर से बाहर निकाल दिया था। 14 वर्ष की आयु में ही विधवा होना एवं ससुराल वालों के द्वारा घर से बाहर करने की घटना ने इनको पूरी तरह तोड़ दिया था एवं इस घटना के बाद इनकी पूरी जिन्दगी वीरान सी हो गई थी क्योंकि इनके परम्परागत सामाजिक सांस्कृतिक कारणों के कारण राजपूत समाज में विधवा का पुर्नविवाह नहीं किया जा सकता था। विधवा होने के एक साल तक तो इन्होंने अपने दूर के एवं पास के सभी रिश्तेदारों के पास रहकर मेहनत मजदूरी करके जीवन यापन किया लेकिन इनके सभी रिश्तेदारों के द्वारा इनकों माता–पिता एवं पति को खाने वाली डायन कहा जाता था। इन सभी घटनाओं ने इनको बहुत अधिक मानसिक अवसाद दिया था। 15 वर्ष की आयु के बाद से लेकर लगभग इनकी 35 वर्ष की उम्र तक इन्होंने अपने पैतृक गांव पानेर में पैतृक घर को ठीक करके मेहनत मजदूरी करते हुए अपना जीवन यापन किया था। इस दौरान इन्होंने सभी तरह की समस्याओं का सामना किया था। इनकी 36 वर्ष की आयु में इनकी सासु माँ की मृत्यु हो गई थी। सासु मां की मौत की खबर सुनते ही ये अपने ससुराल चली गई एवं ससुराल जाने पर इनके ससुर के द्वारा इनको कुछ भी भला बुरा नही कहा गया। इनकी सासु माँ की मृत्यु होने के एक साल बाद इनके ससुरजी की मुत्यु हो गई। तब से ही ये अपने अपको समस्त घटनाओं के लिए स्वयं को जिम्मेदार मानने लग गई। 38 वर्ष की उम्र में इनको टीबी की बीमारी हो गई थी जिससे ये 38 वर्ष की आयु के बाद से ही लगभग सन् 2008 से ही टीबी एण्ड चेस्ट हॉस्पिटल बड़ी में अपने इलाज के लिए भर्ती हो गई थी। एक साल बाद इनकी टीबी की बीमारी ठीक हो गई लेकिन चेस्ट की दूसरी अस्थमा नामक बीमारी इनको और हो गई थी। धूल मिट्टी भरे माहौल में काम करने के कारण इनको अस्थमा के बार–बार अटैक आने के कारण एवं चेस्ट की अन्य दूसरी बीमारियों के इलाज के लिए सन् 2010 से लेकर सन् 2015 तक इनको अलग–अलग वार्डों में भिन्न भिन्न नामो से भिन्न भिन्न डॉक्टरों द्वारा भर्ती किया गया था क्योंकि इनका इस संसार में इनकी देखभाल करने वाला कोई नही था। अस्पताल में भर्ती होने पर इनको उचित समय पर देखभाल एवं रहने के लिए छत तथा खाने के लिए भोजन मिलता रहा था। क्योंकि टीबी हॉस्पिटल में प्रतिदिन दोनों टाइम भोजन, 500 एमएल दूध व एक अण्डा रोजाना मिलता था। इतनी सुविधाऐं मिलने के बावजूद भी इनके अनेक मानसिक समस्याएं घर चुकी थी। इनकी मानसिक समस्याओं के लिए निदान व उपचार के लिए समय–समय पर टीबी एण्ड चेस्ट हॉस्पिटल बडी के डॉक्टरों द्वारा इनका रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में इनका रूटीन चेकअप करवाते रहे थे जिससे सन् 2008 से ही इनका अवसाद नामक मानसिक बीमारी का इलाज डॉ. डी. एम. माथुर एवं डॉ. सुशील खैरड़ा के सुपरविजन में ओपीडी स्तर पर चलता रहा था।

रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव

बचपन से ही जीवन में आई विभिन्न घटनाओं के चलते रहने के कारण इनको बुरी तरह से झकझोर दिया था जिससे इनमें सन् 2014 में स्वयं शोधकर्ता ने नर्सिग स्टाफ ग्रेड़ द्वितीय के

अस्थाई कर्मचारी के रूप में कार्य करते हुए इनके व्यवहार एवं स्वभाव में इनकी 44 वर्ष की आयु से विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे लम्बे समय तक दुःखी, गुमशुम एवं बिना नहाये धोये रहने लगी। इनके माता पिता की आवाजें उनकी मृत्यु होने के बाद भी इनके कानो में दिन प्रतिदिन गुंजने लग गई थी। इनके पति की मृत्यु होने के बाद भी इनको दिखाई देने लगे एवं चिड़चिड़ा व्यवहार करने तथा गन्दे कपडे पहनने लग गई थी। ज्यादातर सभी डॉक्टर एवं नर्सिंग स्टाफ से बात करना बंद कर दिया एवं अपने आप ही बेवजह बड़बड़ाने लग गई। इसके अलावा ये सभी नर्सिंग स्टाफ एवं डॉक्टर पर संदेह करने लगी कि इनको गोली दवाइयों को देने एवं ग्लुकोज की बोतल चढ़ानें के जरिये इनको मारने की प्लानिंग की जा रही हैं।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये अधिक बदलाव को देखते हुए एक दिन के अन्तर्गत ही टीबी एण्ड चेस्ट हॉस्पिटल के अधीक्षक द्वारा मानसिक रोग विभाग का रेफरेन्स करवाते हुए सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 29 अगस्त 2014 में भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 10 सितम्बर 2014 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क पहली बार राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के टीबी एण्ड चेस्ट विभाग बड़ी के वार्ड न. 05 में नर्सिंग स्टाफ ग्रेड़ द्वितीय पद के अस्थाई कर्मचारी के रूप में कार्य करते हुए दिनांक 20 जुलाई 2014 में हुआ था। तब ये चेस्ट फिजिशियन डॉ. एन. के. गुप्ता की यूनिट में वार्ड न. 05 में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे। 28 अगस्त 2014 को अचानक इनके व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव को देखते हुए मैंने वार्ड के रेजिड़ेन्ट डॉक्टर को सूचित किया एवं उन्होंने सीनियर डॉक्टर को सूचित किया। उस दिन इनका मेरी सांयकालीन ड्यूटी के दौरान मनोरोग का प्राथमिक उपचार देकर मानसिक रोग विभाग का रेफरेन्स करवाया गया एवं 29 अगस्त 2014 को मेरी प्रातकालीन ड्यूटी में डॉ. एन. के. गुप्ता एवं अन्य सीनियर डॉक्टर द्वारा सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 29 अगस्त 2014 को मुझे केयर टेकर के रूप में इनके साथ रखते हुए टीबी हॉस्पिटल के प्रशासन एवं अधीक्षक द्वारा इनको मनोरोग विभाग में भर्ती करवा दिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 10 सितम्बर 2014 तक चला था। तब मैंने मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करने के लिए इनको मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया एवं इनके मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करने के हर संभव प्रयास किये थे।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता एवं पुलिस प्रशासन द्वारा सर्वप्रथम इनकी दूर की बुआ केशी के लड़को को एवं उनके जरिये दूसरे अन्य रिश्तेदारों को फोन करके अस्पताल बुलवाया गया एवं इनके साथ हमेशा संग रहने एवं बीमारी के समय में साथ देने के लिए सभी रिश्तेदारों को प्रोत्साहित किया गया।
- इनके सभी रिश्तेदारों को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- शोधकर्ता, डॉक्टर्स एवं अन्य नर्सिंग स्टाफ नें इनके साथ बिना बहस किये हुए साधारण शब्दों में वार्तालाप करते हुए इनके संदेहों एवं गलत धारणाओं को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहन दिया था।

- सभी रिश्तेदारों को इनके साथ विश्वासपूर्ण सम्बन्ध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह उचित सम्मान देने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- रोगी एवं रिश्तेदारों के सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए इनकी सभी समस्याओं के बारे में चर्चा करते हुए इनका वास्तविकता से सामना करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- रिश्तेदारों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए शोधकर्ता, डॉक्टर्स एवं अन्य नर्सिंग स्टाफ के द्वारा इनके भ्रम, विभ्रम एवं भ्रान्तियों में कमी लाने के प्रयास करते हुए इनको डायन न मानने को कहा गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता, डॉक्टर्स एवं अन्य नर्सिंग स्टाफ के द्वारा रोगी एवं रिश्तेदारों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया गया था।
- रिश्तेदारों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया एवं रोगी से बात करते समय किसी भी प्रकार की फुसफुसाहट न करने हेतु प्रेरित किया गया।
- इनकों पर्याप्त एवं संतुलित भोजन की व्यवस्था करते हुए इनके परिचितों को मरीज की उपस्थिति में भोजन को चखकर फिर इनको साफ सुथरे तरीके से परोसने के लिए कहा गया।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा इनके रिश्तेदारों को यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही गोगुन्दा के प्रमुख शांत एवं अनुत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा व्यक्तिगत मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, मोटिवेशनल थैरपी, व्यवसायिक एवं व्यवहार चिकित्सा, इन्टेन्सिव साइकोथैरपी एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी प्रदान की गई थी।
- इनको एवं इनके रिश्तेदारों को मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की गई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा चटाई बनाने का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों (रिश्तेदारों) के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं रिश्तेदारों ने परिवर्तन महसूस किये – चिड़चिड़े स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, मन में चंचलता आई तथा शारीरिक क्रियाऐं सामान्य हुई एवं इनके मन में गलत एवं अटूट विचारों में कमी आई। नहाने धोने लगी एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगी। इनके कानो

में इनके माता पिता की बेवजह आने वाली आवाजें आना बंद हो गई एवं पति दिखाई देना बंद हो गए थे।

- अकेला एवं गुमशुम रहना बंद करते हुए सभी डॉक्टर्स, अन्य नर्सिग स्टाफ एवं सभी रिश्तेदारों के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगी तथा बेवजह बड़बड़ाना बन्द कर दिया। इनके अलावा ये अपनी बीमारी के इलाज के लिए डॉक्टर्स एवं नर्सिग स्टाफ द्वारा दी जाने वाली गोली दवाइयों तथा परिचितों द्वारा परोसे गये भोजन पर विश्वास करने लगी।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति अस्पताल के कर्मचारियों, रिश्तेदारों एवं पड़ोसियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं रिश्तेंदारों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं रिश्तेदारों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं रिश्तेदारों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता अधिक नहीं पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार सरकारी मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यो को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं जीवन यापन करने वाली वी. के. कंवर मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने ससुराल के घर में वर्तमान में गांव झालों का गुड़ा, चोर बावडी, तहसील गोगुन्दा, जिला उदयपुर में व्यतीत कर रही हैं।
- रोगी एवं रिश्तेदारों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, सभी के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती हैं। अर्थात मानसिक

स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।

- वी. के. कंवर की चिकित्सा में इनके रिश्तेदारों के द्वारा इनकी मानसिक बीमारी के दौरान साथ देना, इनके संग में रहना एवं इनको स्वस्थ व्यक्ति के रूप में सम्मान देना, इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करने में सहायक रहा हैं। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 11

परिचय

के. एल. जी (लावारिस मनोरोगी), व्यवसाय मजदूरी एवं भीख मांगने का कार्य, धर्म संभवतः हिन्दू लेकिन इनके द्वारा नही बताया गया, शिक्षा अनपढ़, उम्र लगभग 40 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 2 इंच, वजन 39 किलो है। वर्तमान में नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुर्नवास केन्द्र में अपना जीवन व्यतीत कर रहे हैं। इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

बचपन से ही के. एल. जी अपने आपको अनाथ कहते हैं एवं वर्तमान में इनको अपना कहने वाला कोई सगा सम्बन्धी एवं मित्र नहीं हैं।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

इनकी याददास्ती के अनुसार बचपन से ही इनका इस दुनिया में कोई नही है क्योंकि इनके अनुसार इनके माता पिता बचपन में ही लगभग चार पांच वर्ष की उम्र में सांवलिया सेठ के मन्दिर में दर्शनों के दौरान बिछुड़ गये थे। इनको वर्तमान में भी अपने माता पिता का नाम एवं इनका जन्म स्थान सही प्रकार से याद नही हैं। इन्होंने स्वयं को बढ़ती हुई उम्र एवं यादों की तस्वीर के साथ राजस्थान राज्य के चित्तौड़गढ़ जिले में ही पाया था। बचपन की यादों के अनुसार इनके माता पिता इनको उनके साथ चित्तौड़गढ़ जिले के सांवलिया सेठ जी के मन्दिर में दर्शन करवाने अपने साथ ट्रेन में बिठाकर लाये थे। इनके अनुसार ट्रेन में बैठ कर इनके माता पिता कहां से आये इनको यह भी याद नही हैं। इन्होंने पांच छः बर्ष की उम्र से ही चित्तौड़गढ़ रेलवे जंक्शन से इधर उधर जाने वाली विभिन्न लोकल ट्रेनो में चढ़कर भीख मांगते हुए अपना जीवन यापन किया था। अनपढ़ कालु ने बचपन से ही लगभग दस साल की उम्र तक अपना जीवन चित्तौड़गढ़ रेलवे जंक्शन पर, भिन्न भिन्न रेलगाड़ियों में झाडु लगाकर भीख मांगते हुए अपना जीवन–यापन किया था। लगभग दस वर्ष की उम्र से लेकर 18 वर्ष की उम्र तक खाने पीने की विभिन्न वस्तुऐं बेच–कर अपना गुजारा चित्तौड़गढ़ जंक्शन पर ही किया था। इस दौरान इन्होंने बहुत सी मानसिक यातनाएं सही थी।

गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

अनाथ होने एवं इनका अपना कोई न होने के कारण ये अभी भी अविवाहित हैं। लगभग 18 वर्ष की उम्र के बाद से तो इन्होंने चित्तौड़गढ़ रेलवे जंक्शन से सभी रूटों पर जाने वाली सभी लोकल एवं एक्सप्रेस ट्रेनों में यात्रियों को खाने पीने की सभी तरह की सामग्री बेचकर अपना जीवन यापन किया था। लगभग बीस वर्ष की आयु में इनके दो अजीज मित्र भी बने थे जिनके साथ भी इन्होंने फुटपाथों एवं रेलवे प्लेटफार्म के बाहर नींद निकालकर अपना जीवनयापन किया था। लेकिन इनका वर्तमान में एक भी मित्र जीवित नहीं हैं।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

के. एल. जी बचपन से ही अनाथ होने के कारण पारिवारिक सुख भोग नही पाये थे एवं इनकी सामाजिक स्थिति बहुत ही निम्न वर्ग की है एवं रही हैं। आर्थिक स्थिति बचपन की अपेक्षा ठीक है लेकिन फिर भी वर्तमान में निम्न वर्गीय जीवन यापन ही कर रहे हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

लगभग 25 वर्ष की उम्र से ही इन्होंने अपने दोनों मित्रों के साथ राजस्थान के सभी जिलों को ट्रेनों के माध्यम से धूमना शुरू कर दिया था। ट्रेनों के लोकल डिब्बों में बैठकर ये एक स्टेशन से दूसरे स्टेशन तक खाने पीने का सामान बेच–कर अपने जीवन यापन के लिए पैसा कमा लेते थे। एक बार लगभग 32 वर्ष की आयु में जयपुर रेलवे स्टेशन के फुटपाथ पर रात को सोते वक़्त इनका बैग एवं सम्पूर्ण सामान चोरी हो गया था जिससे इनकी बचपन से सारी कमाई हुई पूर्जी उसमें चली गई थी। इस घटना से इनको बहुत मानसिक ठेस पहुंची थी। जिससे इनकी आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा और अधिक दयनीय हो गई थी। इनके पास का सम्पूर्ण पैसा चोरी हो जाने से ये अपने पेट को भरने की स्थिति में भी नहीं रहे थे। कई दिनों तक इन्होंने भीख मांगकर अपना भरन पोषण किया था। इस घटना के कुछ महीनों बाद इनके हमउम्र मित्र हीरा ने भीलवाडा में चलती हुई ट्रेन के सामने कूदकर आत्महत्या कर ली थी। इस दर्दनाक घटना से ये और इनका दूसरा मित्र बाबू पूरी तरह टूट चुके थे। अपने मित्र हीरा की मृत्यु के लगभग चार वर्ष बाद ये दोनों मित्र काम धन्धा करने के लिए उदयपुर सिटी चले गये एवं वहीं पर जिन्दगी जीने का विचार कर लिया था। उदयपुर शहर में जुतों की पॉलिश का कार्य करने के एक साल बाद इनके हमउम्र मित्र बाबू की अचानक तबीयत खराब हो गई थी जिसके कारण इनके द्वारा अपने मित्र बाबू को महाराणा भूपाल चिकित्सालय में भर्ती करवाया गया था लेकिन इलाज के दौरान उनकी भी मृत्यु हो गई थी। बचपन से ही अनाथ, के. एल. जी के दोनों मित्रों को ईश्वर नें अपने पास बुलाकर इनको फिर से इस संसार में अकेला कर दिया था। जिसके कारण ये मानसिक रूप से अत्यधिक टूट चूके थे। बचपन से ही ये स्वयं के जीवन में आयी विभिन्न घटनाओं एवं संघर्षों के कारण तथा मित्रों की मृत्यु हो जाने के बाद से ये स्वयं को मनहूस मानते हुए अवसाद वाली स्थिति में पहुंच गए थे।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

बचपन से ही अनाथ होने, बचत के सम्पूर्ण पैसे चोरी होने एवं मित्रों की मृत्यु के पहले एवं बाद में जीवन में आई विभिन्न घटनाओं ने चलते रहने के कारण इनको पूरी तरह से झकझोर दिया था जिससे कारण इनको हाथीपोल पुलिस थाना क्षेत्र में देहली गेट के पास गन्दे स्थान पर एक दिन से अधिक सोते हुए एम. बी. हॉस्पिटल चौकी के कांस्टेबल मनोज शर्मा के द्वारा देखा गया। कांस्टेबल मनोज शर्मा के द्वारा इनको नींद से उठाने पर एवं बातचीत करने पर इनके व्यवहार एवं स्वभाव में सामान्य व्यक्ति से हटकर विभिन्न परिवर्तन दिखाई दिये थे जैसे लम्बे समय तक दुःखी, गुमशुम एवं बिना नहाये धोये गन्दें एवं फटे पुराने कपडे पहन रखे थे। इनके सिर के बाल एवं ढ़ाढ़ी मूछें काफी बड़ी हुई थी। इनके मित्रों को याद करते हुए ये बेवजह कांस्टेबल पर हंसने लगे थे एवं चिड़चिड़ा व्यवहार करते हुए आत्महत्या करने के लिए अपने साथ कांस्टेबल को भी कहा गया था।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

एक व्यक्ति के सामान्य व्यवहार एवं स्वभाव से इनमें भिन्न व्यवहार एवं स्वभाव को देखते हुए कांस्टेबल मनोज शर्मा ने हाथीपोल पुलिस थाना प्रभारी एवं एम. बी. हॉस्पिटल चौकी प्रभारी को तुरन्त कॉल किया एवं पुलिस प्रशासन की मदद से इनको सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर की मनोचिकित्सा ओपीडी में 19 दिसम्बर 2015 को सुबह 10 बजे दिखाया एवं डॉ. सुशील खरेड़ा ने इनका सिजोफ्रेनिया मनोरोगी के रूप में निदान करते हुए इनको एसडीएम उदयपुर शहर के निर्देशानुसार हाथीपोल पुलिस थाना प्रभारी एवं एम. बी. हॉस्पिटल चौकी प्रभारी

की उपस्थिति में, एक कांस्टेबल की 24 घण्टें की ड्यूटी के साथ इनको अपने सुपरविजन में 19 दिसम्बर 2015 को दोपहर 12:40 पी.एम. पर मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती कर लिया था एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 28 दिसम्बर 2015 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 20 दिसम्बर 2015 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करने के लिए इनको मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा सर्वप्रथम एक नर्सिंग स्टाफ के रूप में, इनकी उचित देखभाल करने के लिए इनको डॉक्टर एवं अन्य नर्सिंग स्टाफ का साथ देने के लिए, इनको प्रोत्साहित किया गया।
- वार्ड के सभी रेजीडेन्ट डॉक्टर्स एवं नर्सिंग स्टाफ ने इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं अन्तराल के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके साथ बिना बहस किये हुए साधारण शब्दों में वार्तालाप करते हुए इनके संदेहो एवं गलत धारणाओं को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- सभी रेजीड़ेन्ट डॉक्टर्स एवं नर्सिंग स्टाफ ने इनके साथ विश्वासपूर्ण सम्बन्ध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह इनको उचित सम्मान दिया था।
- शोधकर्ता ने इनके सामाजिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए इनकी सभी समस्याओं के बारे में चर्चा करते हुए इनका वास्तविकता से सामना करने के लिए प्रोत्साहित किया था।
- शोधकर्ता ने इनको स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए, इनके भ्रम, विभ्रम एवं भ्रान्तियों में कमी लाने के प्रयास करते हुए स्वयं को मनूष न मानने को कहा गया।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा इनको सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, अनुत्तेजक एवं सुरक्षापूर्ण वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं व्यक्तिगत साफ–सफाई हेतु प्रोत्साहित किया एवं वार्ड में भर्ती अन्य मनोरोगियों को भी अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं अपने पोषण स्तर को सुधारने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- दूसरे मरीजों के परिजनों को, कांस्टेबल को, वार्ड के सभी कर्मचारियों एवं स्टाफ को इनके पास धारदार किसी भी वस्तु को न छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया एवं रोगी से बात करते समय किसी भी प्रकार की फुसफुसाहट न करने को कहा गया था।
- अस्पताल प्रशासन के द्वारा इनको पर्याप्त एवं संतुलित भोजन की व्यवस्था करते हुए इनकी उपस्थिति में भोजन को चखकर फिर इनको साफ सुथरे तरीके से परोसने के लिए कहा गया।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल जैसे प्रमुख शांत एवं अनुत्तेजक स्थानों को दिखाने के लिए कांस्टेबल को भी प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता हैं।
- इनकी मानसिक बीमारी सिजोफ्रेनिया को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा व्यक्तिगत मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, मोटिवेशनल थैरपी, व्यवसायिक एवं व्यवहार चिकित्सा, इन्टेन्सिव साइकोथैरपी, इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरेपी एवं मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र के मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा चटाई बनाने का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुडाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं कर्मचारियों ने परिवर्तन महसूस किये – चिड़चिड़े स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, इनके मन में गलत एवं अटूट विचारों में कमी आई। नहाने धोने लगे एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगे। अकेला रहना बंद करते हुए नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र के अन्य रोगियों में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगे। आत्महत्या के विचार आना बंद हो गये एवं बेवजह बड़बड़ाना बन्द कर दिया था।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति ऑन ड्यूटी कांस्टेबल एवं वार्ड में तैनात सभी कर्मचारियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र में रोगी को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर (नारायण सेवा संस्थान उदयपुर में) पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र में रोगी को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे भी पैसे खर्च करने की आवश्यकता नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता नहीं पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं को देने के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र में स्वयं जाते थे।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों के साथ ही नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र में भी नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- अनाथ एवं लावारिस कालु निम्न एवं दहनीय जीवन से संघर्ष करता हुआ मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करते हुए अब सामान्य जीवन नारायण सेवा संस्थान उदयपुर के मानसिक पुनर्वास केन्द्र में संयुक्त परिवार (इस जैसे अन्य स्वस्थ लावारिस एवं अनाथ रोगियों के साथ) के साथ सामान्य जीवन व्यतीत कर रहा हैं।
- रोगी का सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, इनके जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।
- के. एल. जी की चिकित्सा में शोधकर्ता, कांस्टेबल एवं अन्य सभी नर्सिंग स्टाफ द्वारा इनकी मानसिक बीमारी के दौरान इनकी उचित देखभाल करना, इनकों बड़े भाई की तरह सम्मान देना, इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि करने में सहायक रहा है। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता हैं।

वैयक्तिक अध्ययन – 12

परिचय

बी. एस. कलाल, व्यवसाय एलडीसी, धर्म हिन्दू, शिक्षा स्नातक, उम्र 33 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 4 इंच, वजन 52 किलो है। वर्तमान में तहसील देवगढ़, जिला राजसमंद में निवास करते हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी डेलिरियम (सन्निपात) को कम करना रहा हैं।

पारिवारिक विवरण

इनके पिता एस. आर. कलाल जीवित एवं पांचवी कक्षा उत्तीर्ण है। इनके पिता की उम्र 54 वर्ष है जो वेल्डिंग का कार्य देवगढ़ तहसील में करते हैं। इनकी माता तुलसा साक्षर गृहणी है। इनके तीन भाई एवं दो बहन है जो अविवाहित हैं। इनकी पत्नी आर. बाई की उम्र 29 वर्ष है, जो राजकीय उपस्वास्थ्य केन्द्र दयालपुरा पाली में ए.एन.एम के पद पर कार्यरत है। इनके एक भी संतान नहीं है। इनके तीनों भाई एवं दोनों बहनें इनसे उम्र में छोटे हैं। इनकी छोटी बहन मन्जू की आयु 28 वर्ष है जिन्होंने दसवीं कक्षा एवं दूसरी छोटी बहन आशा की आयु 25 वर्ष है जिन्होनें बाहरवीं कक्षा देवगढ के राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय से उत्तीर्ण करके छोड़ दी हैं। इनका 23 वर्षीय छोटा भाई

धीरज पॉलिटेक्निक तृतीय वर्ष में राजकीय पॉलिटेक्निक कॉलेज राजसमंद में अध्ययनरत् हैं एवं दूसरा 20 वर्षीय छोटा भाई मनीष आईटीआई द्वितीय बर्ष में राजकीय आईटीआई कॉलेज राजसमन्द में अध्ययनरत हैं। इनका तीसरा सबसे छोटा 17 वर्षीय भाई रमेश बाहरवीं कक्षा में राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय देवगढ़ में अध्ययनरत हैं।

- **प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं**

इनका जन्म एक निम्न वर्गीय एस. आर. कलाल के घर में तहसील देवगढ़, जिला राजसमन्द में हुआ था। इनके पिता लगभग अपनी 15 वर्ष की उम्र से ही वेल्डिंग करने का कार्य देवगढ़ तहसील के अन्तगर्त ही करते आये है एवं इनकी माता तुलसा नें घर गृहस्थी को संभाला है। इनके प्रारम्भिक जीवन में कोई विशेष घटना नहीं घटी है। इन्होने बाहरवीं तक की शिक्षा राजकीय उच्च माध्यमिक विधालय देवगढ़ से प्राप्त की है एव ंबीए सेठ रंगलाल कोठारी राजकीय महाविधालय राजसमन्द से सन् 2004 में उत्तीर्ण की हैं। बीए करने के बाद सरकारी नौकरी प्राप्त करने की चाह में नियमित रूप से अपने घर पर ही सेल्फ तैयारी करते हुए सन् 2007 में 27 वर्ष की उम्र में राजस्थान सरकार में एलडीसी की सरकारी नौकरी को प्राप्त करते हुए पंचायत समिति खमनोर में पदस्थापित हो गये थे एवं सन् 2010 से पंचायत समिति देवगढ़ में अपनी नियमित सेवाऐं वर्तमान समय तक दे रहे हैं।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

माह दिसम्बर सन् 2010 में, 30 वर्ष की आयु में इनका विवाह ग्राम काछवली तहसील देवगढ़ जिला राजसमन्द के मध्यम वर्गीय परिवार के भेलाराम की 26 वर्षीय पुत्री आर. बाई से हुआ। इनकी पत्नी ने विवाह के पूर्व ही बीए एवं ए.एन.एम की पढ़ाई कर रखी थी। इनकी पत्नी ने ंस्वयंपाठी के रूप में बीए की पढ़ाई सेठ रंगलाल कोठारी राजकीय महाविधालय राजसमन्द से एवं ए.एन.एम की पढ़ाई महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता प्रशिक्षण केन्द्र पाली से की है। इनकी पत्नी अपनी 25 वर्ष की आयु से ही विवाह से पूर्व ही संवीदा ए.एन.एम के पद पर राजकीय उपस्वास्थ्य क्रेन्द्र दयालपुरा पाली में कार्यरत थी। इन दोनों (पति–पत्नी) ने एक ही तहसील देवगढ़ के निवासी होने एवं सरकारी नौकरी होने के कारण एक दूसरें को अपनी पसन्द बनातें हुए परिवार वालों की रजामन्दी से अपनी शादी की थी।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

बी. एस. कलाल बचपन से ही निम्न वर्ग के परिवार में जन्में थे लेकिन इनकी सरकारी एलडीसी के पद पर नौकरी लग जाने एवं नौकरीशुदा पत्नी मिल जाने के कारण इनकी आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा सुदृढ़ हो गई है। आर्थिक स्थिति अच्छी होने एवं शिक्षित परिवार होने से इनकी सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा भी पहले से काफी अच्छी हैं।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

विवाह होने के एक महीनें के बाद से ही इनके जीवन में रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाओं के कारण पारिवारिक असामंजस्यता, इनके द्वारा एल्कोहल का सेवन करना, सामाजिक सम्बन्धों का गड़बड़ना (पति–पत्नी के मध्य विश्वासपूर्ण सम्बन्धों का न होना एवं एक दूसरे के दुःख में सहयोग न करना) तथा प्रस्थिति एवं व्यवसाय रहा हैं। विवाह होने के 15 दिन उपरान्त ये अपनी पत्नी से मिलने के लिए पाली जिले के गांव दयालपुर के राजकीय उपस्वास्थ्य केन्द्र पर जाते हैं एवं वहां से अपनी पत्नी के निवास वाले किराये के रूम पर एक दिन अपनी पत्नी के साथ बिताते हैं। रविवार के उस दिन इनकी पत्नी के मोबाइल पर स्वास्थ्य विभाग के कई साथी कर्मचारियों, अधिकारियों एवं गांव के संरपच के फोन आये, जिसके कारण इनकी पत्नी को उनसे फोन पर बात करनी पड़ी जिसके कारण ये नाराज हो गये एवं फोन को स्विच ऑफ करने के लिए अपनी पत्नी को कहा गया लेकिन इनकी पत्नी ने हेल्थ विभाग की सेवा इमरजेंसी सेवा होने के कारण अपना मोबाइल स्विच ऑफ नहीं किया क्योंकि जिले के सीमएचओं एवं बी–सीएमएचओं के द्वारा फोन को हमेशा चालू रखने के निर्देश सभी स्वास्थ्यकर्मियों को उनकी प्रत्येक सप्ताहिक मीटिंग में दिये जाते थे। ये जब

कभी भी अपनी पत्नी से मिलने उनके पास जाते थे या इनकी पत्नी अपने ससुराल में जब कभी जाती तो हमेशा लगभग बीस से तीस कॉल इनकी पत्नी के मोबाइल पर आ जाते थे। अपनी पत्नी के फोन पर इतने अधिक कॉल आने की बात को लेकर ये बहुत ज्यादा मानसिक रूप से प्रताड़ित होते थे। इन्होंने अपनी पत्नी का ट्रान्सफर करवाना चाहा लेकिन इनकी पत्नी का ट्रान्सफर राजसमंद जिले में, इनकी पत्नी की संवीदा की नौकरी होने व पाली जिले में ही नियुक्ति मिलने के कारण नहीं हो पा रहा था। दिन प्रतिदिन ये अपनी पत्नी पर बहुत ज्यादा शक वहम करने लग गये थे। शुरूआतीं प्रत्येक सात दिन के अन्तर्गत इनकी पत्नी अपनें ससुराल जाती थी लेकिन इनके शक एवं वहमों के कारण ये अपनी पत्नी से सही तरह से बातचीत भी नहीं करते थे एवं गृह क्लेशों में अपनी पत्नी की मार पिटाई करना एवं एल्कोहल पीना शुरू कर दिया था जिससे इनकी पत्नी ने अपने ससुराल जाना कम कर दिया था। दोनों पति पत्नीं का एक साथ एक घर में न रहनें की बात से परेशान होकर इनकी पत्नी ने कई बार इनकों अपने पास पाली जिलें मे इनकी नौकरी को ट्रान्सफर करवाने की बात कही लेकिन ये पुरूष प्रकृति के कारण अपनी पत्नी के पास ट्रान्सफर करवाके नहीं जाना चाहतें थे। इनकी पत्नी को अपनी 27 बर्ष की आयु में आंतो की अल्सरेटिव कॉलाइटिस बीमारी हो गई थी जिसके इलाज का खर्चा लगभग आठ से दस हजार रूप्ये प्रतिमाह आता था। इनकी पत्नी नें विवाह के बाद से ही अपनी कमाई का सम्पूर्ण पैसा अपने सास ससुर एवं पति को दिया था लेकिन इनकी पत्नी के आंतो का रोग होने के बाद से, इनके द्वारा इनकी पत्नी की बीमारी में पैसा न लगाने एवं दुःख में साथ नहीं देने के कारण एवं इनकी पत्नी की बीमारी के इलाज में पैसा खर्च होने के कारण, इनकी पत्नी अपनें ससुराल वालों को पैसा नहीं दे पाती थी। पैसा न देने की घटना से, इनकीं पत्नी से इनके सभी घरवाले नाराज हो गये थे। इनकी पत्नी की 28 वर्ष की उम्र में, इन्होंने अपनी पत्नीं की नौकरी को छुड़वाना चाहा, लेकिन इनकी पत्नी इनको छोड़ सकती थी लेकिन अपनी नौकरी को नहीं छोड़ सकती थी। इस तरह इनके विवाह के बाद से ही इनके जीवन में पारिवारिक असामंजस्यता के रेगुलर बढ़ते रहने के कारण इन्होंने अपनी 32 वर्ष की आयु से ही एल्कोहल पीना बहुत ज्यादा कर दिया एवं आदती हो गये थे। तब इनके बूढ़े माँ बाप ने अपनी बेटियों की शादी न हो पाने एवं अपने बेटे की इस अवस्था के लिए अपनी बहू आर. बाई को जिम्मेंदार ठहराना शुरू कर दिया था। इनके द्वारा अपनी 33 वर्ष की उम्र तक रोजाना एल्कोहल अत्यधिक सेवन करने से पति–पत्नी के मध्य दूरियां और अधिक बढ़ गई थी।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

विवाह के बाद इनके जीवन में आई विभिन्न घटनाओं ने नियमित चलते रहने के कारण इनको बुरी तरह से झकझोर दिया था जिससे इनमें इनके घरवालों के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे हकलाते हुए अपनी पत्नी को तलाक देने की बात कहने लग गये थे। परिवार के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में कोई रूचि नहीं रही थी एवं अत्यधिक एल्कोहल का सेवन करते हुए भोजन करना बंद कर दिया था। ज्यादातर समय, स्थान एवं सामाजिक संबंधों के बारे में अनभिज्ञ हो गये थे एवं आत्महत्या के बारे में सोचने लग गये थे।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक सप्ताह से अधिक चलते रहने के कारण इनके परिवार वालों ने इन्हें राजसमन्द के जिला अस्पताल में दिखवाया लेकिन वहां के डॉक्टर ने इनका प्राइमरी इलाज करते हुए हायर सेन्टर के मनोचिकित्सक का इलाज लेने के लिए रेफर कर दिया था। तब इनके परिवार वालों ने इनको मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को उनके घर पर दिखाया जिन्होंने माह जून 2013 में इनकी 33 वर्ष की आयु मे एल्कोहल एव्युज के रोगी के रूप में निदान करते हुए एल्कोहल छूडानें एवं डेलिरियम मनोरोग का इलाज करना शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही रिश्तेदारों, पड़ोसियों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था

एवं इनको पागल कहने लगे थे। दो दिन बाद ही इनकी चेतना मे कमी होने एवं रोग में आराम नहीं मिलने तथा आर्थिक स्थिति ठीक होने के कारण इनको, इनके परिवार वालों ने प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 21 जून 2013 में भर्ती करवा दिया था जिससे इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में 29 जून 2013 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 22 जून 2013 में हुआ था। तब ये मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे। तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी डेलिरियम को कम करने के लिए इनको एवं इनके परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा सर्वप्रथम अस्पताल प्रशासन की मदद से फोन करके इनकी पत्नी आर. बाई को अस्पताल बुलवाया गया एवं इनके साथ घर पर हमेशा संग रहने एवं बीमारी के समय में साथ देने के लिए इनकी पत्नी एवं सभी परिवारजनों को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनकी पत्नी एवं सभी परिवार वालों को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तो को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं शांत लहजे के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके शक वहमों को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के साथ ही इनके दैनिक कार्यो में मदद करते हुए एल्कोहल छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनकी पत्नी सहित सभी परिवारजनों को इनके साथ विश्वासपूर्ण एवं सहयोगपूर्ण स्थाई संबंध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह उचित सम्मान देते हुए इनके जीवन में मनोरंजनात्मक गतिविधियों को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनकी पत्नी सहित परिवारजनों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए इनकी स्थितिभ्रम में कमी लाने के प्रयास करते हुए इनको आत्महत्या न करने को कहा था।
- एक दूसरे के मध्य (पति–पत्नी) आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं सक्रिय बनकर स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया था।
- कमरे में कोई भी परिवर्तन (लाइट बंद करने व चालु करने) करने से पहले रोगी को भलीभांति सूचित करने के लिए कहा गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता ने रोगी एवं इनकी पत्नी सहित सभी परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, सुरक्षापूर्ण एवं संगीतयुक्त स्वास्थ्यवर्धक वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं रोज नहाने तथा इनके वस्त्र बदलने के लिए प्रोत्साहित किया।
- परिवार के सभी सदस्यों को अपने संबंधों व अन्तक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनकी पसन्द से इनको भोजन खिलाना के लिए कहा गया था।
- इनको मीठा एवं संतुलित भोजन के साथ एक ही डायनिंग रूम के अन्दर इनके अनुसार समस्त जरूरी चीजों की व्यवस्था करते हुए साफ सुथरे तरीके से खाना परोसने के लिए कहा गया।

- रोगी को उसकी पुरानी चीजें दिखानें, उसकी पसन्द के पुराने कार्य करने, पुराने संगीत सुनने एवं पुराने स्थान एवं सामाजिक सम्बन्धों से नजदीकी बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही राजसमन्द जिले के प्रमुख शांत, मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले एवं स्वास्थ्यवर्धक स्थानों पर घुमानें के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रियों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकी मानसिक बीमारी डेलिरियम जो कि एल्कोहल का अत्यधिक सेवन करनें एवं तुरन्त ही छोड़ने के कारण उत्पन्न हुई थी को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा समूह मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरपी प्रदान की थी तथा इनकी पत्नी सहित सभी परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो—सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा क्रियेटिव राईटिग का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं पत्नी सहित परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये — हकलाने एवं तलाक देने की बातों में सुधार हुआ। स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया, मन में शांती तथा शारीरिक क्रियाऐं सामान्य हुई एवं इनके मन में पत्नी के प्रति गलत शक एवं वहमीले विचारों में कमी आई। नहाने धोने लगे एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगे। अकेला रहना बंद करते हुए पत्नी सहित परिवार के सदस्यो में एवं दिन—प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगे। आत्महत्या के विचार आना बंद हो गये एवं बेवजह गुमशुम रहना एवं एल्कोहल पीना बंद कर दिया था।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन — इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति इनकी पत्नी एवं घरवालों, मित्रों तथा समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने एवं एल्कोहल का सेवन त्यागने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई थी।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं पत्नी सहित सभी परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं पत्नी सहित सभी परिवारजनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं पत्नी सहित सभी परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने वाले एवं मध्यम परिवार में जीवन यापन करने वाले बी. एस. कलाल मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने परिवार (पत्नी, माता, पिता, भाई, बहन) के साथ वर्तमान में तहसील देवगढ़ जिला राजसमंद में व्यतीत कर रहे हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, इनके एवं इनकी पत्नी के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता हैं।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता हैं।
- इनकी पत्नी आर. बाई का फरवरी 2016 में महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता के नियमित पद पर राजस्थान सरकार में चयन होकर पदस्थापन स्थान देवगढ़ तहसील में मिला था जिससे कारण इन्होंने एक दूसरे के मध्य सामाजिक स्वास्थ्य को बढ़ाकर, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए, एक दूसरे की भावनाओं को समझते हुए, वर्तमान में अपना स्वस्थ जीवनयापन कर रहे हैं।
- बी. एस. कलाल की चिकित्सा में इनकीं पत्नी सहित सभी परिवारजनों के द्वारा इनकी मानसिक बीमारी के दौरान साथ देना, इनका व इनकी पत्नी का एक दूसरे को समझते हुए, समय देते हुए, एक दूसरे के सुख दुःख में साथ देते हुए, एक दूसरे को पति पत्नी का सम्मान देते हुए, शक वहमों को त्यागते हुए एवं इनके द्वारा एल्कोहल के सेवन को छोड़ना इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करने में सहायक रहा है। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

वैयक्तिक अध्ययन – 13

- **परिचय**

  जी. के. बाई राजपूत, व्यवसाय गृहणी एवं कृषि, धर्म हिन्दू, शिक्षा अनपढ़, उम्र 44 वर्ष, लम्बाई 5 फिट, वजन 47 किलो है। वर्तमान में गांव फलावरा तहसील गढ़ी, जिला बांसवाड़ा में निवास करती हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी डेलिरियम (सन्निपात) को कम करना रहा है।

- **पारिवारिक विवरण**

  जी. के. बाई के 47 बर्षीय पति जी. एस. राजपूत साक्षर हैं एवं अपने ही खेतों में कृषि कार्य अपने बचपन से ही करते आ रहे हैं। इनके एक भी देवर, जेठ, नन्द एवं संतान नहीं है। इनके सास सुसर की मृत्यु हो चुकी है।

- **प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं**

  जी. के. बाई का जन्म एक निम्न वर्गीय मीठूसिंह राजपूत के घर में गांव अम्बापुरा, तहसील तलवाड़ा, जिला बांसवाड़ा में हुआ है। इनके पिता ने लगभग इनकी 14 वर्ष की उम्र में ही मध्यम वर्गीय परिवार के मेघासिंह के इकलौते बेटे गोपासिंह से गांव फलावरा तहसील गढ़ी, जिला बांसवाड़ा में शादी कर दी थी एवं शादी के एक वर्ष बाद गोना कर दिया था। इनके एक भी भाई बहन नहीं है। इनके माता पिता ने अपनी सामाजिक परम्पराओं के कारण इनको स्कूल नहीं भेजा था जिसके कारण ये अनपढ़ हैं। इनके प्रारम्भिक जीवन में कोई विशेष घटना नहीं घटी है लेकिन इनकें माता–पिता के इनकें बाद, एक भी सन्तान न होने के कारण इनके माता पिता एवं ये स्वयं भी भाई की चाह में मानसिक टेंशन करते थी।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

  लगभग सन् 1984 में, 14 वर्ष की आयु में इनका विवाह गांव फलावरा तहसील गढ़ी, जिला बांसवाड़ा के मध्यम वर्गीय परिवार के मेघासिंह के इकलौते बेटे गोपासिंह से हुआ एवं विवाह के एक साल बाद इनका गोना कर दिया था। इनकें पति ने बचपन से ही अपने खेतों में कृषि कार्य किया है क्योंकि इनकी सासु मां की मृत्यु इनके पति के जन्म के दौरान हो गई थी जिसके कारण इनके पति पढ़ाई लिखाई नहीं कर पाये थे। इनके पति के 12 बीधा स्वयं की पैतृक जमीन हैं जिसमें ये घर गृहस्थी का कार्य करने के बाद अपने पति एवं ससुर हलिया के साथ मिलकर खेती बाड़ी का कार्य करती हैं।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

  जी. के. बाई बचपन से ही निम्न वर्ग के परिवार में जन्मीं थी लेकिन इनकी मध्यम वर्गीय परिवार के गोपासिंह से शादी होने के बाद इनकी आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा अच्छी है। गांव फलावरा में सबसे अधिक भूमि होने के साथ ही अच्छी पैदावार होने से इनकी आर्थिक, सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा भी अच्छी है।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

  इनके ससुराल में जाने के एक महीनें के बाद इनको पता लगता है कि इनके ससुर हलिया बीड़ी व तंबाकू दिन में एवं एल्कोहल का रात को सोते समय प्रतिदिन सेवन करते हैं लेकिन इनके एवं इनके पति के मध्य इनकी 20 वर्ष की आयु तक किसी भी प्रकार की कोई पारिवारिक समस्या उत्पन्न नहीं हुई। 25 वर्ष की आयु के बाद इनके एक भी संतान न होने पर इनके ससुर इनको एवं अपने बेटे को गाली गलौंच करने लग गये थे जिससे इनको भी मानसिक टेंशन होने लग गई थी। गांव के सभी हकीम एवं भोपाओं का इलाज लेने के बाद लगभग 28 वर्ष की उम्र में इन्होंने स्वयं

को बांसवाड़ा जिले के सरकारी जिला अस्पताल में स्त्री रोग विशेषज्ञ डॉक्टर को दिखाया था। डॉक्टर द्वारा इनकी सोनोग्राफी कराने पर पता चला कि इनके जन्मजात से ही गर्भाशय नहीं हैं। तब डॉक्टर द्वारा इनको गर्भाशय की अनुपस्थिति में इनका गर्भवती होना असंभव बताया गया। इनके जीवन में इस घटना ने इनको बहुत ज्यादा मानसिक टेंशन दी थी। लगभग इनकी 30 वर्ष की आयु में इनके ससुर जी का देहान्त हो गया था जिसके कारण भी दोनों पति–पत्नी को मानसिक आघात पहुंचा। इनकी 32 वर्ष की आयु तक इनके पति एवं इन्होंने स्वयं के गर्भाशय न होने के बारे में किसी ने भी अपने परिवारजन एवं मित्रों को कुछ भी नहीं बताया एवं दोनो पति–पत्नी ही इस बात को लेकर टेंशन करते थे। इनके लगातार टेंशन में रहने के कारण एवं शादी के बाद से इनके एक भी संतान नहीं के बारे में इनकी माता ने इनके ससुराल में ही जाकर अत्यधिक दबाव देकर इनसे पूछा तो इन्होंने अपने बारे में सम्पूर्ण बात बता दी थी। इनके शरीर में गर्भाशय न होने की घटना को सुनकर इनकी माता ने बहुत टेंशन की थी एवं अपने गांव लोटकर गांव के कुऐं में कूदकर आत्महत्या कर ली थी। अपनी माता की इनके कारण आत्महत्या करने की सूचना ने इनको और अत्यधिक मानसिक टेंशन दे दी थी। लगभग 35 वर्ष की आयु में इनके पति अपने जीवन में दूसरी औरत से विवाह करने की बात करने लगे थे। इनके पति के द्वारा दूसरी औरत से विवाह करने की बात को लेकर एवं इनको छोड़ने की बात को लेकर ये और अधिक मानसिक टेंशन लेने लग गई थी। शराब पीने एवं नशा करने से मानसिक टेंशन कम होती है एवं नींद अच्छी आती है ऐसा इनके ससुर हलिया कहते थे क्योंकि इनके ससुर ने इनकी सासु मां की डिलीवरी होने के दौरान (इनके पति के जन्म के दौरान) मृत्यु हो जाने के एक माह बाद से ही एल्कोहल को अपना साथी बना लिया था। लगभग 37 वर्ष की आयु से इन्होंने अपने पति से छुप–छुपकर अपने ससुर जी की बातों को याद करते हुए अपने जीवन में आयी विभिन्न घटनाओं से उत्पन्न मानसिक टेंशनों को कम करने के लिए एल्कोहल का सेवन निश्चित मात्रा में लेना शुरू कर दिया था एवं चार पांच साल तक अपने पति को एल्कोहल पीने की बात का पता नहीं लगने दिया था। लगभग 42 वर्ष की उम्र तक निश्चित मात्रा में भी एल्कोहल लेने पर इनकी मानसिक एवं शारीरिक आश्रित्ता एल्कोहल पर निर्भर होने लगी थी जिसके कारण इन्होंने एल्कोहल सेवन करने की मात्रा को बढ़ा दिया था। एल्कोहल सेवन करने की मात्रा बढ़ाते हुए ही इनके पति को इन पर शक होने लग गया था। दिन प्रतिदिन इनके स्वभाव एवं व्यवहार में परिवर्तन इनके पति एवं पड़ोसियों को दिखाई देने लग गये। इनके द्वारा शराब पीने की घटना का पता लगते ही इनके पति के द्वारा इनकी जमकर पिटाई की गई थी लेकिन उस दिन से ही इन्होंने शराब पीना और अत्यधिक कर दिया था। इनके द्वारा अपनी 44 वर्ष की उम्र तक रोजाना एल्कोहल अत्यधिक सेवन करने से पति–पत्नी के मध्य दूरियां और अधिक बढ़ गई थी।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

विवाह के बाद इनकें जीवन में आई विभिन्न घटनाओं से उत्पन्न मानसिक टेंशनों को कम करने के लिए इनके द्वारा एल्कोहल का अत्यधिक सेवन करने के कारण इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जिसके कारण इनके पति को इस घटना ने पूरी तरह से झकझोर दिया था। इनकें पति के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे जैसे हकलाते हुए बात करना। इनके पति के द्वार इनको छोड़ने, तलाक देने एवं दूसरी औरत से विवाह की बात पर, अत्यधिक गुस्सा करना। दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में एवं अपने पति में कोई रूचि नहीं ले रही थी एवं अत्यधिक एल्कोहल का सेवन करते हुए खाना पीना बंद कर दिया था। ज्यादातर स्थितिभ्रम जैसे समय (दिन है कि रात है।), स्थान (घर पर है या घर से बाहर है।) एवं सामाजिक संबंधों (दूसरे व्यक्तियों को ही अपना सबकुछ बताने लग गई) के बारे में अनभिज्ञ हो गई एवं अचेतन होते हुए सबकुछ भूलने लग गई थी।

रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण

इनके द्वारा एल्कोहल का सेवन करने की घटना ने सभी पड़ोसियों एवं रिश्तेदारों को पहले से ही बहुत ज्यादा अचंभित कर रखा था। सभी इनको पहले से ही बांझ कहते थे एवं व्यवहार एवं स्वभाव में आये अत्यधिक बदलाव से चिंतित होते हुए इनके पति ने इन्हें बांसवाड़ा के जिला अस्पताल में दिखवाया लेकिन वहां के सरकारी डॉक्टर ने इनकी तबियत ज्यादा बिगड़ने पर इनका प्राइमरी इलाज करते हुए हायर सेन्टर के मनोचिकित्सक का इलाज लेने के लिए रेफर कर दिया था। तब इनके पति ने इनको मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को उनके घर पर दिखाया जिन्होने माह मार्च 2014 में इनकी 44 वर्ष की आयु मे एल्कोहल एव्युज एवं डेलिरियम के रोगी के रूप में निदान करते हुए एल्कोहल को छुड़ानें एवं डेलिरियम मनोरोग का इलाज करने के लिए सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 17 मार्च 2014 में भर्ती कर लिया था। एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 25 मार्च 2014 तक चला।

रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में नर्सिंग देखभाल करते समय 18 मार्च 2014 में हुआ था। तब ये मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी डेलिरियम एवं एल्कोहल के सेवन को कम करने के लिए इनको एवं इनके पति को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा इनकें पति को इनके साथ घर पर एवं अस्पताल में बीमारी के दौरान व पश्चात् हमेशा संग रहते हुए साथ निभाने एवं इनको तलाक न देने की के लिए इनके पति एवं सभी परिवारजनों को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके पति एवं सभी परिवार वालों को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तों को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करने, इनसे धीरे–धीरे एवं शांत लहजे के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके शक वहमों को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के साथ ही इनके दैनिक कार्यो में मदद करते हुए एल्कोहल छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनकें पति सहित सभी परिवारजनों को इनके साथ विश्वासपूर्ण एवं सहयोगपूर्ण स्थाई सम्बन्ध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह उचित सम्मान देते हुए इनके जीवन में मनोरंजनात्मक गतिविधियों को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके पति सहित परिवारजनों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए इनकी स्थितिभ्रम में कमी लाने के प्रयास करते हुए इनको आत्महत्या न करने को कहा गया।
- एक दूसरे के मध्य (पति–पत्नी) आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं सक्रिय बनकर स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया था।
- कमरे में कोई भी परिवर्तन (लाइट बंद करने व चालु करने) करने से पहले रोगी को भलीभांति सूचित करने के लिए कहा गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता ने रोगी एवं इनके पति सहित सभी परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, सुरक्षापूर्ण एवं संगीतयुक्त स्वास्थ्यवर्धक वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं रोज नहाने तथा इनके वस्त्र बदलने के लिए प्रोत्साहित किया।

- परिवार के सभी सदस्यों को अपने संबंधों व अन्तक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनकी पसन्द एवं तरीकों से इनको भोजन खिलाना के लिए कहा था।
- इनको मीठा एवं संतुलित भोजन के साथ एक ही डायनिंग रूम के अन्दर इनके अनुसार समस्त जरूरी चीजों की व्यवस्था करते हुए साफ सुथरे तरीके से खाना परोसने के लिए कहा गया।
- रोगी को उसकी पुराने फोटोग्राफ दिखानें, उसकी पसन्द के पुराने कार्य करने, पुराने संगीत सुनने एवं पुराने स्थान एवं सामाजिक सम्बन्धों से नजदीकी बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही बांसवाड़ा जिले के प्रमुख शांत, मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले एवं स्वास्थ्यवर्धक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकी मानसिक बीमारी डेलिरियम जो कि एल्कोहल का अत्यधिक सेवन करने तथा मानसिक एवं शारिरिक आश्रित्ता के कारण उत्पन्न हुई थी को कम करने के लिए इनको एवं इनके पति को मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा समूह मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरपी प्रदान की गई थी तथा इनके पति सहित सभी रिश्तेदारों एवं परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा बास्केट बनाने का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं पति सहित सभी पड़ोसियों एवं रिश्तेदारों ने परिवर्तन महसूस किये – इनकी हकलाने की एवं पति द्वारा इनको तलाक देने एवं इनको छोड़नें की बातों में सुधार हुआ। इनके स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया जैसे मन में शांती आयी तथा शारीरिक क्रियाऐं सामान्य हुई एवं इनके मन में पति के प्रति गलत शक एवं वहमीले विचारों में कमी आई। नहाने धोने लगी एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगी। अकेला रहना बंद करते हुए पति सहित सभी रिश्तेदारों एवं अन्य सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगी। आत्महत्या के विचार आना बंद हो गये एवं बेवजह गुमशुम रहना एवं एल्कोहल का सेवन करना बंद कर दिया था।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके द्वारा एल्कोहल पीने के कारणों के प्रति खुलासा हुआ। इनके पति में इनके प्रति एवं रिश्तेदारों, पड़ौसियों, मित्रों तथा समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।
- इनके पति ने एक अनाथ बच्चें को गोद लेकर इनकी सभी मानसिक एवं सामाजिक समस्याओं का अन्त किया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं पति सहित सभी परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं पति को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं पति को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्दि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :-

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने वाली एवं मध्यम परिवार में जीवन यापन करने वाली जी. के. बाई मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्दि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने पति के साथ वर्तमान में गांव फलावरा तहसील गढ़ी, जिला बांसवाड़ा में जीवन व्यतीत कर रही हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, उसके एवं उसकी पति के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।
- जी. के. बाई की इस चिकित्सा में इनके पति सहित सभी रिश्तेदारों एवं पड़ोसियों ने इनकी मानसिक बीमारी के दौरान इनका साथ देते हुए, इनका व इनके पति का एक दूसरे को समझते हुए, समय देते हुए, एक दूसरे के सुख दुःख में साथ देते हुए, स्वस्थ जीवन जीते हुए, एक दूसरे को पति पत्नी का सम्मान देते हुए, शक वहमों को त्यागते हुए एवं इनके द्वारा एल्कोहल के सेवन को छोड़ते हुए तथा इनके पति के द्वारा इनको तलाक न देते हुए एक अनाथ बच्चे को गोद लेकर इनकी सभी मानसिक एवं सामाजिक समस्याओं का अन्त किया था। ये सभी

सामाजिक गोली दवाइयां इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में, एल्कोहल का सेवन त्यागने में तथा मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करने में सहायक रही है। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

वैयक्तिक अध्ययन – 14

- **परिचय**

पी. मीणा, व्यवसाय पशुधन सहायक, धर्म हिन्दू, शिक्षा डिप्लोमा इन एनिमल हसबेंडरी एण्ड वेटरनरी साइंस, उम्र 24 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 2 इंच, वजन 53 किलो है। वर्तमान में गांव मेवाड़ा, तहसील बिछीवाड़ा, जिला डूंगरपुर में निवास करते हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी डिमेंशिया (मनोभ्रंश) को कम करना रहा है।

- **पारिवारिक विवरण**

पी. मीणा के पिता डी. एल. मीणा सातवीं कक्षा उत्तीर्ण हैं। इनके पिता की उम्र 43 वर्ष है जो अपने गांव मेवाड़ा से अपनी तहसील बिछीवाड़ा में दुग्ध सप्लाई करने एवं बेचनें का कार्य करते हैं। इनकी 41 वर्षीय माता केशन्ती गृहणी हैं। इनके एक भाई एवं एक बहन है जो इनसें उम्र में छोटे है। इनके 21 वर्षीय भाई आकाश नियमित विधार्थी के रूप में बीए द्वितीय वर्ष में राजकीय स्नातकोत्तर महाविधालय डूंगरपुर में अध्ययनरत हैं तथा इनकी छोटी बहन कविता की आयु 22 वर्ष है जो विवाहित है एवं स्वयंपाठी विधार्थी के रूप में राजकीय स्नातकोत्तर महाविधालय डूंगरपुर में बीए द्वितीय वर्ष में अध्ययनरत् हैं।

- **प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं**

पी. मीणा का जन्म एक निम्न वर्गीय परिवार के डी. एल. मीणा के घर में गांव मेवाड़ा, तहसील बिछीवाड़ा, जिला डूंगरपुर में हुआ था। इनके पिता ने लगभग अपनी 20 वर्ष की उम्र से ही दुग्ध सप्लाई करने एवं बेचने का कार्य अपने गांव मेवाड़ा से अपनी तहसील बिछीवाड़ा के अन्तर्गत ही करते आ रहे है एवं इनकी 41 वर्षीय माता केशन्ती नें घर गृहस्थी को संभालतें हुए गृहणी का कार्य ही किया है। इनके बचपन के जीवन से लेकर कक्षा 12 वीं पास करने तक कोई विशेष घटना नहीं घटी थी। इन्होंने बाहरवीं तक की शिक्षा विज्ञान संकाय में राजकीय महारावल उच्च माध्यमिक विधालय डूंगरपुर से सन् 2008 में प्राप्त की थी एवं एनिमल हसबेंडरी एण्ड वेटनरी सांइस में डिप्लोमा राजकीय एनिमल हसबेंडरी प्रशिक्षण केन्द्र, चेतक सर्किल, उदयपुर से सन् 2012 में उर्तीण किया था। डिप्लोमा करते समय इनको अपनी एक क्लासमेट से प्रेम हो गया था लेकिन उनके द्वारा इनका प्रेम अस्वीकार करने के कारण इन्होंने बुरी संगतियों में पड़ते हुए अपने दोस्तों के साथ मिलकर एल्कोहल एवं सिगरेट पीना अपनी 21 वर्ष की आयु में शुरू कर दिया था।

- **गृहस्थ जीवन एवं रोजगार**

वर्तमान में भी पी. मीणा अविवाहित हैं एवं पशुधन सहायक के रूप में प्राइवेट कार्य अपनी तहसील बिछीवाड़ा में के सभी गांवों में अपनी स्वयं की मोटर साईकिल से चलकर सभी तरह के रोग ग्रस्त पशुओं की बीमारियों का इलाज एवं देखभाल का कार्य सन् 2013 से करते आ रह हैं एवं लगभग 15000 से 18000 रूपये प्रति माह कमा लेते हैं।

- **सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति**

पी. मीणा ने बचपन से ही निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लिया था लेकिन इनके पिता डी. एल. का दूग्ध सप्लाई करने एवं बेचने के कार्य में मुनाफा दिन प्रतिदिन 500 रूपये से अधिक ही बढ़ता चला

गया है एवं इनके द्वारा भी पशु कम्पाउण्डर के रूप में प्राइवेट प्रेक्टिस करने से प्रतिदिन 500 से 600 रूपये कमायें जाते हैं। जिसके कारण इनकी आर्थिक स्थिति पहले की अपेक्षा सुदृढ़ हो गई है। आर्थिक स्थिति अच्छी होने एवं शिक्षित परिवार होने से इनकी सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा भी पहले से अच्छी है।

- **रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं**

पशुधन सहायक की ट्रेनिंग पूर्ण होने के बाद से ही इन्होंने अपनी तहसील बिछीवाड़ा के सभी गांवों में अपनी स्वयं की मोटर साईकिल से चलकर सभी तरह के रोग ग्रस्त पशुओं की बीमारियों का इलाज एवं देखभाल का कार्य करना सन् 2013 माह जनवरी से शुरू कर दिया था। ट्रेनिंग टाइम सन् 2009 से ही अपनी क्लासमेट के प्रेम में फेलियर होने के कारण इन्होंने सिगरेट पीने एवं एल्कोहल का सेवन शुरू कर दिया था। दिन प्रतिदिन एल्कोहल पीने की आदत नें इनकी दिनचर्या को अव्यवस्थित कर रखा था जिसके कारण इनके माता–पिता बहुत परेशान रहते थे। इनको घर से बहार पढ़ाई करानें के कारण, इनका अपनी क्लासमेट के प्यार में पडना एवं प्यार न मिलनें पर इनके द्वारा सिगरेट एवं एल्कोहल का सेवन करने की घटना ने इनकें माता पिता को बहुत अधिक मानसिक आघात पहुंचाया था जिसके कारण इनके माता पिता नें अपनी बेटी कविता की कॉलेज की पढ़ाई प्राइवेट करवाते हुए सन् 2011 में शादी कर दी थी। एक दिन एल्कोहल का सेवन करने के पश्चात् सन् 2013 के सितम्बर माह में अपनें पड़ोसी गांव सबली के लक्ष्मणदास व्यक्ति की रोग ग्रस्त भैंस का इलाज करने गये थे। लक्ष्मणदास व्यक्ति की भैंस का इलाज करते वक्त इन्होंने सही प्रकार से सावधानी नहीं बरती थी जिससे लक्ष्मणदास की भैंस ने अपनें सिगों की इनके सिर पर दे मारी थी, जिसके कारण इनकें सिर में चोट आई। अपनी सिर की चोट का इलाज करवाने के बाद इन्होंने एल्कोहल पीकर सबली गांव के लक्ष्मणदास व्यक्ति के घर जाकर लड़ाई झगड़ा किया था। तब लड़ाई झगड़े से परेशान होकर लक्ष्मणदास ने इनके सिर में लगी चोट के इलाज का खर्चा 1200 रूपये देकर इनसे पीछा छुड़ाया था। इनकें पिताजी के अनुसार इनकीं सिर की चोट में लक्ष्मणदास व्यक्ति की गलती न होकर उनकी भैंस की गलती थी लेकिन वह तो एक जानवर है वह क्या समझे। इनके पिता के अनुसार प्रकाश को एल्कोहल न पीकर एवं सावधानियां बरतत् हुए लक्ष्मणदास की भैंस का इलाज करना चाहिए था एवं इनकें बेटे को पशुओं पर कार्य करने का प्रक्टिकल ज्ञान एनिमल हसबेंडरी की ट्रेनिंग के दौरान सही प्रकार से सीखना चाहिए था।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

पी. मीणा के द्वारा अपनी क्लासमेट लडकी के लव में फेल होने के बाद से ही तीन चार साल तक रेगुलर एल्कोहल एवं सिगरेट पीने की घटना ने इनके माता पिता को बहुत मानसिक आघात पहुंचाया था। इसके साथ ही इनके सिर में चोट लगने के तीन माह बाद से तो इनमें इनके माता पिता एवं भाई बहन के अनुसार इनके व्यवहार एवं स्वभाव में विभिन्न बदलाव दिखाई देने लगे थे। जैसे हकलाते हुए सभी को मारने की बात कहने लग गये थे। परिवार के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में कोई रूचि नहीं रही थी एवं अत्यधिक एल्कोहल का सेवन करते हुए भोजन करना बंद कर दिया था। इसके साथ ही ये अपने जीवन में घटी हुई मुख्य घटनाओं (जैसे क्लासमेट लडकी के प्रेम में फेल होने की घटना एवं लक्ष्मणदास व्यक्ति से किये हुए लड़ाई झगड़े तथा उनकी भैंस द्वारा इनकों चोट पहुंचाने की घटना) को भूलने लग गये थे। अपने पेशे से सम्बन्धित जीवन की प्रत्येक छोटी मोटी घटनाओं को याद करने में परेशानी होने लगी एवं भ्रम, भ्रांति व विभ्रम जैसे लक्षण इनके जीवन में जगह बना चुके थे।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

व्यवहार एवं स्वभाव में आये बदलाव से चिंतित होते हुए एवं एक सप्ताह से अधिक चलते रहने के कारण इनके परिवार वालों ने इन्हें डुंगरपुर के जिला अस्पताल में दिखवाया लेकिन वहां के डॉक्टर

ने इनका प्राइमरी इलाज करते हुए हायर सेन्टर के मनोचिकित्सक से इलाज करवाने के लिए रेफर कर दिया था। तब इनके परिवार वालों ने इनको मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को उनके घर पर दिखाया था जिन्होंने माह जनवरी 2014 में इनकी 24 बर्ष की आयु मे डिमेंशिया विद् एल्कोहल एव्युज के रोगी के रूप में निदान करते हुए एल्कोहल छुड़ाने एवं डिमेंशिया मनोरोग का इलाज करना ओपीडी स्तर पर शुरू कर दिया था। रोग का निदान होते ही रिश्तेदारों, पड़ोसियों एवं मित्रों ने इनसे दूरी रखना शुरू कर दिया था एवं इनको ढ़ोरों (जानवरों) का पागल कम्पाण्डर कहने लग गये थे। दो चार दिन में रोग में आराम नहीं मिलने तथा आर्थिक स्थिति ठीक होने के कारण इनको, इनके परिवार वालों ने प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 18 जनवरी 2014 में भर्ती करवा दिया था जिससे इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में 27 जनवरी 2014 तक चला था।

- **रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव**

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 20 जनवरी 2014 में हुआ था। तब वे मनोचिकित्सक डॉ. डी. एम. माथुर की यूनिट में उपचाराधीन थे। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता के द्वारा मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी डिमेंशिया को कम करने के लिए इनको एवं इनके परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा सर्वप्रथम इनकी मेंमोरी को सुधारने हेतु इनके परिवारजनों की मदद से इन्हें पुराने गाने, पुराने संगीत एवं पुराने फोटोग्राफ जो इनकें जीवन से जुड़े थे को दिखाया गया एवं इनके साथ अस्पताल एवं घर पर हमेशा संग रहने एवं बीमारी के समय में साथ देने के लिए इनके सभी परिवारजनों को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके सभी परिवार वालो को, रिश्तेदारों एवं इनके दोस्तों को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करते हुए समय बितानें, इनसे धीरे–धीरे एवं शांत लहजे के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके भ्रमों को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के साथ ही इनके दैनिक कार्यो में मदद करते हुए एल्कोहल छोड़ने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके परिवारजनों को इनके साथ विश्वासपूर्ण एवं सहयोगपूर्ण स्थाई सम्बन्ध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह उचित सम्मान देते हुए इनके जीवन में मनोरंजनात्मक गतिविधियों को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके सभी परिवारजनों को भी स्वस्थ आदतें विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए इनकी याददाश्ती में सुधार लाने के हर संभव प्रयास करते हुए इनको इनकी पसन्द की कार्य करने को कहा गया ताकि वह उनको पूर्ण करने में उचित ध्यान दे सके।
- सभी परिवारजनों को अपने सभी आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं सक्रिय बनकर स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके परिवारजनों को अस्पताल के कमरें एवं घर के कमरें में कोई भी परिवर्तन (लाइट बंद करने व चालु करने) करने से पहले रोगी को भलीभांति सूचित करने के लिए कहा गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं इसके सभी परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, सुरक्षापूर्ण एवं संगीतयुक्त स्वास्थ्यवर्धक वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं रोज नहाने तथा इनके वस्त्र बदलने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

- परिवार के सभी सदस्यों को अपने संबंधों व अन्तक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनकी पसन्द के तरीकों से इनको भोजन खिलाना के लिए कहा था।
- इनको मीठा एवं संतुलित भोजन के साथ एक ही डायनिंग रूम के अन्दर इनके अनुसार समस्त जरूरी चीजों की व्यवस्था करते हुए साफ सुथरे तरीके से खाना परोसने के लिए कहा गया।
- रोगी को उसकी पुरानी चीजें दिखानें, उसकी पसन्द के पुराने कार्य करने, पुराने संगीत सुनने एवं पुराने स्थान एवं सामाजिक सम्बन्धों से नजदीकी बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही डूंगरपुर जिले के प्रमुख शांत, मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले एवं स्वास्थ्यवर्धक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकी मानसिक बीमारी डिमेंशिया विद् एल्कोहल एव्युज जो सिगरेट पीने, शराब का अत्यधिक सेवन करने एवं सिर में चोट लगने के कारण उत्पन्न हुई थी को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा व्यक्तिगत मनोचिकित्सा, समूह मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरपी प्रदान की गई थी तथा इनकें सभी परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा गार्डनिंग का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं सभी परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – हकलाने एवं सभी को मारने की बातों में सुधार हुआ। स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया जैसे मन में चचंलता बढ़ी एवं इनको अपने जीवन की सभी पुरानी घटनाएं याद आने लग गई। नहाने धोने लगे एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगे। अकेला रहना बंद करते हुए सभी परिवार के सदस्यो में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगे। अपने पेशे से सम्बन्धित सभी घटनाएं याद आना शुरू हो गई एवं शराब का सेवन बन्द करते हुए भ्रम, विभ्रम एवं भ्रांति वाले जैसे विचारों में कमी आई।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके प्रति इनके सभी घरवालों, मित्रों तथा समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही इनकी मानसिक बीमारी सही होने पर एवं सिगरेट पीने व एल्कोहल का सेवन बन्द करने पर इनकी सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं सभी परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई थी।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं सभी परिवारजनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं सभी परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :–

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने वाले एवं मध्यम परिवार में जीवन यापन करने वाले पी. मीणा मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने परिवार (माता–पिता एवं भाई–बहन) के साथ वर्तमान में गांव मेवाड़ा, तहसील बिछीवाड़ा, जिला डूंगरपुर में व्यतीत कर रहे हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, इनकें एवं इनके घरवालों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।
- पी. मीणा की इस चिकित्सा में, इनके सभी परिवारजनों के द्वारा, इनकी मानसिक बीमारी के इलाज के दौरान व पश्चात इनका साथ देना, इनको इनके जीवन से सम्बन्धित पुराने गानों को व घटनाओं को सुनाना, फोटोग्राफ को दिखाना एवं पुरानी घटनाओं वाले स्थानों पर बार–बार इनको ले जाना व जान पहचान करवाना, इनको स्वस्थ्य व्यक्ति का सम्मान देते हुए, इनके शक वहमों को दूर करतें हुए एवं इनके द्वारा सिगरेट पीने एवं एल्कोहल के सेवन को छोड़ना इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करने में सहायक रहा है।
- इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का तथा रोगी सहित सभी परिवारजनों का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।
- यह वैयक्तिक अध्ययन भी चारों प्राकल्पनाओं की सत्यता को अन्य वैयक्तिक अध्ययनों के समान ही सिद्व करता है।

वैयक्तिक अध्ययन – 15

परिचय

एम. जी. बाई, व्यवसाय कृषि एवं मजदूरी, धर्म हिन्दू, शिक्षा अनपढ़, उम्र 45 वर्ष, लम्बाई 5 फिट 1 इंच, वजन 45 किलो है। वर्तमान में गांव कुवानियां तहसील घाटोल, जिला बांसवाड़ा में निवास करती हैं, इनका मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव का मुख्य कारण अपनी मानसिक बीमारी डिमेंशिया (मनोभ्रंश) को कम करना रहा है।

पारिवारिक विवरण

इनके 47 वर्षीय पति एस. एल. भील जीवित एवं साक्षर हैं एवं अपने एवं दूसरों के खेतों पर खेती बाड़ी का कार्य अपनी 17 वर्ष की आयु से ही करते आ रहे हैं। इनके चार पुत्री हैं एवं चारों ही पांचवी कक्षा उत्तीर्ण एवं विवाहित हैं। इनके एक 18 वर्षीय अनपढ़ विकलांग पुत्र है जो अभी अविवाहित है। इनकी चारों पुत्रियों ने कुवानियां गांव के राजकीय उच्च प्राथमिक स्कूल से शिक्षा प्राप्त की है। इसके साथ ही इनके एक देवर, एक जेठ, तथा दो नन्द है एवं सभी विवाहित है। इनके सास सुसर की मृत्यु क्रमशः वर्ष 2006 एवं 2009 में प्राकृतिक रूप से हो गई थी।

प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं

एम. जी. बाई का जन्म एक निम्न वर्गीय एस. के. भील के घर में गांव रूपजी का खेड़ा, तहसील घाटोल, जिला बांसवाड़ा में हुआ है। इनके पिता ने लगभग इनकी 15 वर्ष की उम्र में ही इनका विवाह निम्न वर्गीय परिवार के प्रभुलाल के बेटे शंकर लाल से गांव कुवानियां तहसील घाटोल, जिला बांसवाड़ा में कर दिया था। इनके दो भाई एवं एक बहन है जो विवाहित है। इनके माता–पिता ने अपनी सामाजिक परम्पराओं के कारण इनकों स्कूल नहीं भेजा था जिसके कारण ये अनपढ़ है। इनके प्रारम्भिक जीवन में कोई विशेष घटना नही घटी थी।

गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

लगभग सन् 1985 में, 15 वर्ष की आयु में इनका विवाह गांव कुवानियां तहसील घाटोल, जिला बांसवाड़ा के निम्न वर्गीय परिवार के पी. एल. के बेटे एस. एल. से हुआ एवं विवाह के दो साल बाद इनका गोना कर दिया गया था। इनके पति ने अपनी 19 वर्ष आयु तक अपने पैतृक एक बीघा खेत में कृषि कार्य अपने माता पिता के साथ मिलकर किया था एवं विवाह के बाद जिम्मेदारियां और अधिक बढ़ने पर दूसरें व्यक्तियों के खेतों पर मजदूरी का कार्य अपनी पत्नी के साथ मिलकर किया है। इनकें पति के एक बीधा स्वयं की पैतृक जमीन है जिसमें सभी परिवार वाले कृषि कार्य एक साथ मिलकर करते हैं जबकि एम. बाई एवं इनके पति व्यक्तिगत पैसा कमाने एवं अपनी आजीविका चलाने के लिए दूसरे व्यक्तियों के खेतों पर मजदूर के रूप में खेती बाड़ी के सभी कार्य करते हैं।

सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति

एम. जी. बाई बचपन से ही निम्न वर्ग के परिवार में जन्मीं थी एवं इनकी निम्न वर्गीय परिवार के एस. एल. से शादी होने के बाद भी एवं वर्तमान में भी इनकी आर्थिक स्थिति पहले के समान ही है। लेकिन कच्चे घर में निवास करते हुए भी इनके अपने गांव कुवानियां के सभी व्यक्तियों से अच्छे सामाजिक संबंध होने के कारण इनकी सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा अच्छी है।

रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं

विवाह के दो वर्ष बाद इनका गोना हो जाने एवं ससुराल में जाने के एक वर्ष के बाद 18 वर्ष की आयु में इन्होंने दो जुड़वा पुत्रियों को जन्म दिया जिससे इनका पूरा परिवार बहुत खुश हुआ था। लेकिन 22 वर्ष की आयु में इन्होंने फिर से दो जुड़वा पुत्रियों को जन्म दे दिया था जिससे इनका पूरा परिवार इनके कुल चार लड़कियां हो जाने से बहुत दुःखी हुआ था। इनकी लगभग 25 वर्ष की

आयु हो जाने एवं एक भी पुत्र न होने से, ये स्वयं व इनके पति भी अपनी निम्न आर्थिक स्थिति होने एवं चारों पुत्रियों के पालन पोषण को लेकर दुःखी होने लग गये थे। पुत्र की चाह में इनके सास ससुर एवं पति के द्वारा भोपाओं से इनका इलाज करवाया गया। जिससे 27 वर्ष की आयु में इन्होंने एक विकलांग पुत्र को जन्म दिया। जिसके कारण ये और अत्यधिक दुःखी हो गई एवं इन्होंने अपना मानसिक सन्तुलन खो दिया था जिससे इनको बच्चे के जन्म से दो माह बाद चार पांच दिन तक के इलाज के लिए बांसवाड़ा के जिला चिकित्सालय में भर्ती रखा गया था। इनका पुत्र जन्म से ही बहरा एवं अन्धा हुआ था जिसके कारण इनके पति ने अपने पुत्र का नाम भेरा रख लिया। इनका पुत्र जन्म से ही न सुन पाता है और न देख पाता है जिसके कारण ये व इनके पति बहुत ज्यादा मानसिक टेंशन करते थे। खेती बाड़ी एवं मजदूरी के पैसों से इनका घर खर्च ही चल पाता था जिससे ये अपनी चारों पुत्रियों को आगे की पढाई नहीं करवा पाये। इनका एवं इनके पति का अपने गांव कुवानियां के सभी व्यक्तियों से अच्छा सामाजिक व्यवहार होने के कारण गांव के सरपंच ने इनकी निम्न आर्थिक को देखते हुए इनकी चारों पुत्रियों का विवाह घाटोल तहसील में आयोजित भील जनजाति सम्मेलन में सन् 2011 में विवाह करवा दिया था। पुत्रियों के विवाह हो जाने बाद ये अपने इकलोते विकलांग पुत्र भेरा की देखभाल को लेकर अत्यधिक चिंतित हो गई एवं अपने पुत्र की देखभाल के कारण इन्होंने घर के बाहर जाकर काम धन्धा करना भी बन्द कर दिया था। दिनभर एम. बाई दिन प्रतिदिन अपने पुत्र के भविष्य को लेकर चिंतित रहती थी। एक दिन सन् 2014 में गर्मियों के मौसम में इनकें गांव में अत्यधिक तूफान एवं आंधी आयी जिससे इनके कच्चे घर की दीवार इनके व इनके पुत्र के ऊपर गिर गई थी जिससे दोनों माँ बेटे के सिर में एवं हाथ पैरों में चोट आ गई थी। तब इनका एवं इनके पुत्र का इलाज बांसवाड़ा के राजकीय जिला चिकित्सालय में सात आठ दिन तक चला था। इस घटना के बाद से इनके पुत्र को अपनी दोनों आँखों से दिखाई देने लग गया था जो कि डॉक्टर्स एवं इनके परिवार के सभी व्यक्तियों के लिए चमत्कार से कम नहीं था। इनके पुत्र को अपनी दोनों आँखों से दिखाई देने की घटना की खुशी से एम. बाई के सिर में आई चोट जल्द ही गर्मियों के महीने में इलाज के दौरान ठीक हो गई थी लेकिन सन् 2014 की सर्दियों का मौसम आते ही इनकी याददास्ती कम होने लग गई थी एवं परिवार के एवं गांव के व्यक्तियों को पहचानना मुश्किल होने लग गया था। जिससे दिन प्रतिदिन इनके स्वभाव एवं व्यवहार में परिवर्तन इनके परिवार वालों एवं पड़ोसियों को दिखाई देने लग गये।

- **रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव**

विवाह के बाद इनके जीवन में आई विभिन्न घटनाओं (निम्न आर्थिक स्थिति का हमेशा बना रहना, शुरूआत में चार पुत्रियों का जन्म होना एवं शादी के 10 वर्ष बाद एक विकलांग पुत्र का जन्म होना व सभी बच्चों की परवरिश एवं पुत्र के भविष्य की चिंता करना, कच्चे घर की दीवार के गिरने से सिर में चोट लगना) से उत्पन्न शारीरिक एवं मानसिक टेंशनों के लगातार बढ़ते रहने के कारण माह दिसम्बर 2014 में इनके व्यवहार एवं स्वभाव में इनके पति के अनुसार विभिन्न परिवर्तन दिखाई देने लगे थे। जैसे कांपते एवं हकलाते हुए बात करना। इनके द्वारा अपने पति एवं पुत्र–पुत्रियों को एवं परिवार के अन्य सदस्यों व पड़ोसियों को न पहचान पाना, दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में एवं अपने परिवार में कोई रूचि नहीं ले पाना एवं खाना पीना बंद कर दिया था। ज्यादातर स्थितिभ्रम जैसे समय (दिन है कि रात है।), स्थान (घर पर है या घर से बाहर है।) एवं सामाजिक संबंधों (अपना है या पराया है) के बारे में अनभिज्ञ हो गई एवं अचेतन होते हुए सबकुछ भूलने लग लग गई थी।

- **रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण**

माह जनवरी 2015 में व्यवहार एवं स्वभाव में आये अत्यधिक बदलाव से चिंतित होते हुए इनके पति ने इन्हें बांसवाड़ा के जिला अस्पताल में दिखवाया था लेकिन वहां के सरकारी डॉक्टर ने इनकी

तबियत ज्यादा बिगड़ने पर इनका प्राइमरी इलाज करते हुए हायर सेन्टर के मनोचिकित्सक का इलाज लेने के लिए रेफर कर दिया था। तब इनके पति ने इनको मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा को राजकीय महाराणा भूपाल चिकित्सालय में दिखाया था जिन्होंने माह जनवरी 2015 में इनकी 45 वर्ष की आयु मे डिमेंशिया (मनोभ्रंश) के रोगी के रूप में निदान करते हुए डिमेंशिया मनोरोग का इलाज करने के लिए सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में 18 जनवरी 2015 में भर्ती कर लिया था। एवं इनका इलाज मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में 25 जनवरी 2015 तक चला था।

रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव

शोधकर्ता का इनसे सम्पर्क सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में नर्सिंग देखभाल करते समय 19 जनवरी 2015 में हुआ था। तब ये मनोचिकित्सक डॉ. सुशील खरेड़ा की यूनिट में उपचाराधीन थी। उस समय शोधकर्ता भी साइकोसिस मनोरोगियों पर शोध अध्ययन करने के लिए डाटा एकत्रित कर रहे थे तब शोधकर्ता नें मनोचिकित्सकों के द्वारा दी जा रही गोली दवाइयों एवं विभिन्न मनोचिकित्साओं को लेने के साथ–साथ इनकी मानसिक बीमारी डिमेंशिया को कम करने के लिए इनको एवं इनकें पति को मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव रखने के लिए प्रोत्साहित किया गया था

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- शोधकर्ता के द्वारा सर्वप्रथम इनकी मेंमोरी को सुधारने हेतु इनके परिवारजनों की मदद से इन्हें पुराने गाने, पुराने संगीत एवं पुराने फोटोग्राफ जो इनकें जीवन से जुड़े थे को दिखाया गया एवं इनके साथ अस्पताल एवं घर पर हमेशा संग रहने एवं बीमारी के समय में साथ देने के लिए इनके सभी परिवारजनों को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके सभी परिवार वालो को एवं रिश्तेदारों को इनके साथ अधिक से अधिक मित्रवत व्यवहार करते हुए समय बिताने, इनसे धीरे–धीरे एवं शांत लहजे के साथ प्रेमपूर्वक बातचीत करने, इनके भ्रमों को दूर करते हुए, प्यार भरे रिश्ते बनाने एवं प्राप्त करने के साथ ही इनके दैनिक कार्यो में मदद करते हुए पुरानी घटनाओं को याद करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके परिवारजनों को इनके साथ विश्वासपूर्ण एवं सहयोगपूर्ण स्थायी सम्बन्ध बनाते हुए मानवीय तरीके से व्यवहार करते हुए एक स्वस्थ व्यक्ति की तरह उचित सम्मान देते हुए इनके जीवन में मनोरंजनात्मक गतिविधियों को बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके सभी परिवारजनों को भी स्वस्थ आदते विकसित करने के लिए प्रोत्साहित करते हुए इनकी याददाश्ती में सुधार लाने के हर संभव प्रयास करते हुए इनको इनकी पसन्द की कार्य करनें को कहा गया ताकि वह उनकों पूर्ण करनें में उचित ध्यान दे सके।
- सभी परिवारजनों को अपने सभी आपसी सम्बन्धों को अपने विश्वास एवं सहयोग से मजबूत करने एवं सक्रिय बनकर स्वस्थ सामाजिक संबंध बनाने को प्रोत्साहित किया गया था।
- इनके परिवारजनों को अस्पताल के कमरें एवं घर में कोई भी परिवर्तन (लाइट बंद करने व चालु करने) करने से पहले रोगी को भलीभांति सूचित करने के लिए कहा गया था।

2) सामाजिक वातावरण

- शोधकर्ता के द्वारा रोगी एवं इसके सभी परिवारजनों को सामाजिक एवं पारस्परिक संबंधों में मजबूती बढ़ाने, शांत, सुरक्षापूर्ण एवं संगीतयुक्त स्वास्थ्यवर्धक वातावरण में रहने के साथ–साथ अच्छी नींद लेने एवं रोज नहाने तथा इनके वस्त्र बदलने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

- परिवार के सभी सदस्यों को अपने संबंधों व अन्तःक्रियाओं में मजबूती लाने एवं इनके पोषण स्तर को सुधारने के साथ ही, इनकी पसन्द एवं अच्छे तरीकों से इनको भोजन खिलाना के लिए कहा गया था।
- इनकों मीठा एवं संतुलित भोजन के साथ एक ही डायनिंग रूम के अन्दर इनके अनुसार समस्त जरूरी चीजों की व्यवस्था करते हुए साफ सुथरे तरीके से खाना परोसने के लिए कहा गया था।
- इनको हरी सब्जियों एवं फलों का ज्यादा सेवन करने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- रोगी को उसकी पुरानी चीजें दिखानें, उसकी पसन्द के पुराने कार्य करने, पुराने संगीत सुनने एवं पुराने स्थान एवं सामाजिक सम्बन्धों से नजदीकी बढ़ाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।
- उदयपुर शहर का सांस्कृतिक एवं प्राकृतिक वातावरण राजस्थान में ही नही बल्कि विश्व भर में पर्यटक दृष्टि से प्रसिद्व है। इसलिए शोधकर्ता के द्वारा यहां के प्रमुख स्थलो जैसे पिछोला झील, फतेह सागर, उदयसागर, नेहरू गार्डन, गुलाब उधान, सहेलियों की बाड़ी एवं सुखाड़िया सर्किल को दिखाने के साथ ही बांसवाड़ा जिले के प्रमुख शांत, मनोरंजनात्मक गतिविधियों वाले एवं स्वास्थ्यवर्धक स्थानों को दिखाने के लिए प्रोत्साहित किया गया था।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने के लिए मनोचिकित्सकों, मनोविशेषज्ञों एवं चिकित्सा समाजशास्त्रीयों के द्वारा रोग के निदान के अनुसार बातचीत की विशेष सोच एवं सकारात्मक प्रयास का नया तरीका ही मनोचिकित्सा या सामाजिक चिकित्सा के अन्तर्गत आता है।
- इनकी मानसिक बीमारी डिमेंशिया जो कि इनके कच्चे घर की दीवार इनके ऊपर गिरने से एवं इनके सिर में चोट लगने के कारण उत्पन्न हुई थी को कम करने के लिए इनको मनोचिकित्सकों एवं शोधकर्ता के द्वारा व्यक्तिगत मनोचिकित्सा, समूह मनोचिकित्सा, फैमिली थैरपी, व्यवहार चिकित्सा एवं इलेक्ट्रो कन्वलसीव थैरपी प्रदान की गई थी तथा इनकें सभी परिवारजनों को मानसिक स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान की थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- इनको अस्पताल में आयोजित राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्प में मनो–सामाजिक कार्यकर्ताओं के द्वारा चटाई बनाने का कार्य सिखाकर, इनका समुदाय में पुनर्वास करवाया गया था।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी एवं समुदाय में परिवर्तन

- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद इनके जीवन में एवं समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में निम्न परिवर्तन आये।
- स्वयं ने एवं सभी परिवार वालों ने परिवर्तन महसूस किये – हकलाने एवं कांपते हुए बात करने की प्रवृति में सुधार हुआ। स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया जैसे मन में चचंलता बढ़ी एवं इनकों अपने जीवन की सभी पुरानी घटनाएं याद आने लग गई। स्वयं नहाने धोने लगी एवं साफ सुथरे कपडे पहनने लगी। अकेला रहना बंद करते हुए सभी परिवार के सदस्यों में एवं दिन–प्रतिदिन की क्रियाओं में रूचि लेने लगी। अपने घर परिवार से सम्बन्धित सभी घटनाएं याद आना शुरू हो गई एवं भ्रम, विभ्रम एवं भ्रांति वाले जैसे विचारों में कमी आई।
- समुदाय के व्यक्तियों के दृष्टिकोण में परिवर्तन – इनकी याददास्त वापिस आने पर एवं इनके पुत्र को आँखों से दिखाई देने लगने पर, इनकी मानसिक बीमारी एवं इनके पुत्र की विकलांगता

की स्थिति के प्रति इनकें सभी परिवारजनों, मित्रों तथा समाज के अन्य व्यक्तियों में व्याप्त गलत धारणाओं में कमी आने के साथ ही इनकी सामाजिक एवं पारिवारिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी हुई।

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार

1) सामाजिक स्वास्थ्य

- रोगी एवं सभी परिवारजनों को सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की जरूरत नहीं पड़ी थी एवं सामाजिक स्वास्थ्य से जुड़ाव रखने से घरेलू स्तर पर ही आसानी से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हो गई।

2) सामाजिक वातावरण

- रोगी एवं सभी परिवारजनों को सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव रखने के लिए थोडे पैसे खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी एवं सामाजिक वातावरण से भी जुड़ाव रखने से सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई।

3) सामाजिक चिकित्सा

- रोगी एवं सभी परिवारजनों को सामाजिक चिकित्साओं के प्रति जुड़ाव रखने के लिए पैसा खर्च करने की आवश्यकता पड़ी थी क्योंकि मनोचिकित्साओं के लिए माह में दो से तीन बार मनोचिकित्सक के पास मनोसामाजिक परामर्श के लिए जाना पड़ता था।
- मनोसामाजिक परामर्श देते समय चिकित्सक ने रोगी की बीमारी के निदान के अनुसार सामाजिक वातावरण से सरोकार रखते हुए उपचार किया था। सामाजिक चिकित्सा के जुड़ाव से इनके रोग के लक्षणों में कमी आने के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि हुई थी।

4) सामाजिक पुनर्वास

- रोगी को सामाजिक पुनर्वास से जुडाव अस्पताल में लगने वाले राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के कैम्पों में ही हो पाता था एवं कैम्पों में जाने पर ही नये कार्यों को सीखने का अवसर मिलता था।

निष्कर्ष :-

- निम्न वर्ग के परिवार में जन्म लेने एवं निम्न वर्गीय परिवार में जीवन यापन करने वाली एम. जी. बाई मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के बाद, अपने मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करते हुए अब सामान्य जीवन अपने पति एवं पुत्र के साथ वर्तमान में गांव कुवानियां तहसील घाटोल, जिला बांसवाड़ा में जीवन व्यतीत कर रही हैं।
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद, इनके एवं इनके परिवारजनों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को स्वयं शोधकर्ता ने भी महसूस किया एवं जाना कि मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से मनोरोगी के स्वास्थ्य में सुधार होने के साथ ही उनके सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनःस्थापना होती है। अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।
- एम. जी. बाई की इस चिकित्सा में, इनके सभी परिवारजनों के द्वारा, इनकी मानसिक बीमारी के इलाज के दौरान व पश्चात इनका साथ देना, इनको इनके जीवन से सम्बन्धित पुराने गानों को व घटनाओं को सुनाना, फोटोग्राफ को दिखाना एवं पुरानी घटनाओं वाले स्थानों पर इनको

बार–बार ले जाना व जान पहचान करवाना, इनको स्वस्थ्य व्यक्ति का सम्मान देते हुए, इनके शक वहमों को दूर करते हुए एवं इनके पुत्र द्वारा अपनी आँखों की रोशनी को प्राप्त करना, इनकी मानसिक बीमारी को कम करने में एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि करने में सहायक रहा है। इसलिए मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक एवं परामर्शदाता का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

आनुभविक निष्कर्ष :– (15 वैयक्तिक अध्ययनों के आधार पर)

- 15 साइकोसिस मनोरोगियों के उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयत्तिक अध्ययन किये गये एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) से जुड़ाव के कारण उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन एवं विश्लेषण करते हुए एक साथ चारों प्राकल्पनाओं को परखते हुए, प्रत्येक वैयक्तिक अध्ययन के अन्त में मनोरोगी के जीवन में आये हुए बदलाव का निष्कर्ष लिखा गया है। जो कि चारों प्राकल्पनाओं की सत्यता को सिद्व करता है एवं सिद्धांतों के निर्माण में उपयोगी है।
- अर्थात मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के उपचार व सुधार लाने के दृष्टिकोण से शोध अध्ययन के लिए निर्मित की गई चारों प्राकल्पनाओं की सत्यता सिद्व होने से निम्न चार सिद्धांतों का निर्माण होता है।
  - ✓ मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।
  - ✓ मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है।
  - ✓ मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
  - ✓ मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।
- अतः इन आनुभविक वैयक्तिक अध्ययनों से प्राप्त निष्कर्षों के आधार पर मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के योगदान को भारत सरकार एवं नीति निर्धारकों के द्वारा परखते हुए स्वास्थ्य के क्षेत्र में नवीन योजनाओं का निर्माण करने के साथ ही मनोरोगियों के उपचार में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक पुनर्वास (समाजशास्त्रीय प्रबन्ध) को एक साथ मनोविकारों के उपचार की सामाजिक औषधि के रूप में जोड़ना चाहिए।

References

1. बोअर्स, जेडब्लू, और कोर्टराइट, 1984, कम्यूनिकेशन रिसर्च मेथड्स ग्लेनव्यु आईएल : स्काटफोर्समेंन.

2. Holland, Spicer Edward. 1952. Human problem in Technological Change a Case Book, New York: Russel Sage Foundation.

अध्याय – 06

मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण

6.1 मानसिक बीमारी के प्रति उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाएं

6.2 उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का मनोरोगी के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण

मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण

1. आज भी उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) में मानसिक बीमारी के बारे में बड़ी मात्रा में गलत धारणाएं एवं अंधविश्वास फैला हुआ हैं। आज भी मानसिक बीमारी को देवी–देवता के प्रकोप या प्रेत, बेताल के दुष्प्रभाव का परिणाम माना जाता हैं तथा इन रोगों के उपचार हेतु जादु–टोने, तावीज़ एवं जड़ी बूटी को सर्वश्रेष्ठ औषधि माना जाता हैं।

2. एक व्यक्ति विशेष के व्यक्तिगत मूल्य, व्यक्तिगत विश्वास एवं मान्यताएं स्वयं की एवं दूसरों की मानसिक बीमारी के प्रति, स्वयं की मनोवृति पर प्रभाव डालते है। उत्तरदाताओं के मन में अभी भी मानसिक बीमारी के प्रति अनेक व्याप्त गलत धारणाएं हैं। इसलिये इन व्याप्त गलत धारणाओं एवं उनकी मनोवृति को बदलने हेतु निरन्तर शिक्षा की आवश्यकता हैं।

6.1 मानसिक बीमारी के प्रति उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाएं[1]

3. प्रस्तुत शोध अध्ययन के आधार पर उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का मानसिक बीमारी के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाओं का विवेचन एवं विश्लेषण निम्न प्रकार से किया गया हैं।

6.1.1 मानसिक बीमारी आनुवांशिक होती हैं :– आनुवांशिकता व्यक्ति के व्यवहार, व्यक्तित्व तथा शारीरिक मानसिक योग्यताओं के निमार्ण एंव विकास को प्रभावित करने वाला एक महत्वपूर्ण कारक हैं। एक बालक को अपने पूर्वजों से प्राप्त हुए गुणों की मात्रा एवं संख्या उसके मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है। अधिकांश उत्तरदाताओं की राय में मानसिक बीमारियां आनुवांशिक होती हैं।

सारणी – 6.1.1

मानसिक बीमारी आनुवांशिक होती हैं के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	117	78
02	असहमत	21	14
03	तटस्थ	12	8
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपनी मानसिक बीमारी को आनुवांशिकता के कारण होना मानते हैं को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 78 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.1 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – अधिकांश उत्तरदाताओं के अनुसार मानसिक बीमारियां आनुवांशिक होती हैं एवं उनको उनकी मानसिक बीमारी अपने पूर्वजों एवं माता पिता से जन्मजात रूप से ही प्राप्त हुई है। लेकिन इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह भी ज्ञात हुआ है कि हमेशा यह सही कारण नहीं होता हैं कि मानसिक बिमारियां आनुवांशिक होती हैं। क्योंकि उनके पूर्वजों एवं माता पिता को किसी भी प्रकार की कोई मानसिक बीमारी नही थी फिर भी उनको मनोरोग उत्पन्न हुए है। अर्थात यह भी जरूरी नहीं है कि मानसिक रूप से बीमार माता या पिता की संतान भी मानसिक रूप से बीमार हों।

6.1.2 मानसिक बीमारी का शारीरिक स्वास्थ्य से कोई संबंध नहीं है :– उत्तरदाताओं की यह धारणा हैं कि मानसिक बिमारियां और शारीरिक स्वास्थ्य दोनों अलग–अलग हैं। लेकिन यह एक गलत धारणा है। क्योंकि शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य एक दूसरे से सहसम्बन्धित होते हैं।

सारणी – 6.1.2

मानसिक बीमारी का शारीरिक स्वास्थ्य से कोई संबंध नहीं है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	109	72.67
02	असहमत	21	14
03	तटस्थ	20	13.33
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपनी मानसिक बीमारी का शारीरिक स्वास्थ्य से कोई संबंध नहीं होने को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 72.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.2 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ है कि मानसिक बीमारियां भी शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हैं। विपक्षी उत्तरदाताओं द्वारा कहा गया है कि उनको मनोरोग की उत्पत्ति शारीरिक रोगों से एवं उसी प्रकार

उनमें मानसिक अस्वस्थता से शारीरिक विकार उत्पन्न हुए हैं। अर्थात शारीरिक एवं मानसिक स्वास्थ्य एक दूसरे से सहसम्बन्धित होते हैं।

6.1.3 मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव नहीं है :– उत्तरदाताओं (मनोरोगी, परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) की यह एक और गलत धारणा हैं कि मानसिक बीमारियों का उपचार सम्भव नहीं हैं।

सारणी – 6.1.3

मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव नहीं हैं के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	119	79.33
02	असहमत	18	12
03	तटस्थ	13	08.67
कुल	योग	150	100

- ✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपनी मानसिक बीमारी का जड़ से उपचार सम्भव नहीं होने के प्रति सहमति देते हैं जिनमें 79.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 08.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.3 में दर्शाया गया हैं।
- ✓ विश्लेषण – अधिकांशतः उत्तरदाताओं की यह गलत धारणा हैं कि मानसिक बीमारियों का जड़ से काटने वाला कोई असरदार इलाज सम्भव नहीं हैं। जबकि मानसिक बीमारियों का आजकल विभिन्न प्रकार की औषधियों एवं अनेक मनोसामाजिक चिकित्साओं के द्वारा उपचार ही नहीं वरन् पूर्ण स्वास्थ्य प्राप्त किया जा रहा हैं।
- ✓ शोधकर्ता द्वारा मनोरोगियों का उपचार करने में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं जिन्हें शोधकर्ता ने मानसिक विकारों की सामाजिक औषधि एवं समाजशास्त्रीय प्रबन्ध (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) कहा हैं के द्धारा काफी हद तक ठीक करने में मनोरोगियों पर सकारात्मक प्रभावों को देखा गया हैं।

6.1.4 मानसिक बीमारी का कारण दैवीय शक्तियां हैं :– अधिकांश उत्तरदाता यह मानते है कि उनकी मानसिक बीमारी का कारण प्रेतात्मा, काला जादू एवं ग्रह नक्षत्रों की बुरी दशा का होना हैं। इस कारण अधिकांश उत्तरदाता अपनी मानसिक बीमारी के उपचार हेतु औषधियों एवं मनोसामाजिक चिकित्साओं का प्रयोग न करके अन्य तौर–तरीकों को प्राथमिकता देते हैं। जैसे – प्रार्थना, पूजा पाठ, झाड़–फूंक इत्यादि।

सारणी – 6.1.4

मानसिक बीमारी का कारण दैवीय शक्तियां है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	97	64.67
02	असहमत	37	24.66
03	तटस्थ	16	10.67
कुल	योग	150	100

- ✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि सहमति देने वाले अधिकांश उत्तरदाता अपनी मानसिक बीमारी का कारण दैवीय प्रकोप, प्रेतात्मा एवं काला जादू के प्रभाव को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 64.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24.66 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 10.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.4 में दर्शाया गया है।
- ✓ विश्लेषण – यद्यपि आज के समय में मनोचिकित्सा के क्षेत्र में अनेक नई खोजे हो चुकी है एवं हो रही है जिससे मानसिक स्वास्थ्य सुविधाओं में वृद्धि हुई हैं। लेकिन उत्तरदाताओं के मन में अभी भी यह गलत धारणा बनी हुई हैं कि मानसिक बीमारीयों का कारण दैवीय प्रकोप हैं।

6.1.5 मानसिक बीमारी जीवन पर्यन्त बनी रहती है :– अधिकांश उत्तरदाता यह मानते है कि यदि एक बार कोई भी व्यक्ति मनोरोग से ग्रसित हो जाता हैं तो उसे वह मानसिक बीमारी जीवन पर्यन्त बनी रहती है।

सारणी – 6.1.5

मानसिक बीमारी जीवन पर्यन्त बनी रहती है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	117	78
02	असहमत	23	15.33
03	तटस्थ	10	06.67
कुल	योग	150	100

- ✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक बीमारी को एक बार होने पर जीवन पर्यन्त बनी रहने को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 78 प्रतिशत

उत्तरदाता पक्ष में एवं 15.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.5 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में मनोरोगियों को ठीक करने के लिए शोधकर्ता द्वारा अपनाये गये समाजशास्त्रीय प्रबन्ध से यह ज्ञात हुआ हैं कि अनेक एक्युट मेन्टल ड़िसऑडर का पूर्ण उपचार सम्भव है एवं मनोरोगी पुनः अपना सामान्य जीवन व्यतीत कर सकता हैं। केवल कुछ, बहुत समय से बीमार मनोरोगी जैसे सिजोफ्रेनिया में ठीक होने की सम्भावना कम होती हैं।

6.1.6 मानसिक बीमारी संक्रामक है :– अधिकांश उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का यह मानना है कि अन्य संक्रामक रोगों की तरह मानसिक बीमारियां भी संक्रामक होती है अर्थात् ये एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में फैलती है। इसलिए मनोरोगी के परिवार के सदस्य उसे उपेक्षित करते हैं। वे मरीज से अपने सारे संबंध–विच्छेद कर देते है एवं बच्चों तक को उसके पास जाने की अनुमति नहीं दी जाती हैं। एवं इसी तरह का व्यवहार उसके पड़ोसी एवं सहकर्मी करते है।

सारणी – 6.1.6

मानसिक बीमारी संक्रामक है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	97	64.67
02	असहमत	29	19.33
03	तटस्थ	24	16
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपनी मानसिक बीमारी को संक्रामक मानते है को प्राथमिकता देते हैं। जिनमें 64.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.6 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – संक्रामक रोग का तात्पर्य ऐसे रोगो से हैं जो एक इंसान या जीव से दूसरे इंसान या जीव में फैलते है। इस प्रकार के रोग किसी ना किसी रोगजनित कारकों (रोगाणुओं) जैसे बैक्टीरिया, वाइरस, प्रोटोजोआ, यीस्ट इत्यादि के माध्यम से एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति में फैलकर उसे संक्रमित करते है। जैसे टी.बी, टायफायड, एड्स, खसरा, चेचक एवं कोरोना वाइरस संक्रामक रोगों के उदाहरण है। जबकि विपक्षी उत्तरदाताओं के अनुसार मानसिक बीमारियां संक्रामक नहीं होती है एवं मनोरोग तो ज्यादातर सामाजिक–सांस्कृतिक एवं मनोवैज्ञानिक कारकों के कारण होते हैं।

6.1.7 विवाह से मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव है :– कुछ उत्तरदाताओं में ऐसा विश्वास है कि अगर मनोरोगी का विवाह कर दिया जाये तो वह पुनः ठीक हो सकता हैं।

सारणी – 6.1.7

विवाह से मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	38	25.33
02	असहमत	103	68.67
03	तटस्थ	09	06
कुल	योग	150	100

- ✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुछ उत्तरदाता मानसिक बीमारी को मनोरोगी का विवाह कराने पर ठीक होने को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 25.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 68.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.7 में दर्शाया गया है।
- ✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ है कि मनोरोगी का विवाह कर देने से उसके लक्षणों की गम्भीरता और अधिक बढ़ जाती है एवं उसकी स्थिति अधिक बिगड़ जाती है। अर्थात शादी से उसके जीवन में तनाव अधिक बढ़ जाता है। लेकिन एक मरीज जो पूरी तरह सही हो चुका हैं, वह शादी कर सकता हैं एवं अन्य सामान्य व्यक्तियों की तरह जीवन व्यतीत कर सकता हैं।

6.1.8 मानसिक बीमारी का उपचार केवल अस्पताल में भर्ती होने पर ही सम्भव है :– अधिकांश उत्तरदाताओं ने कहा है कि मानसिक बीमारी का उपचार सिर्फ मानसिक अस्पताल में भर्ती होने पर ही सम्भव हो पाता हैं। लेकिन यह एक गलत धारणा हैं।

सारणी – 6.1.8

मानसिक बीमारी का उपचार केवल अस्पताल में भर्ती होने पर ही सम्भव है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	86	57.33
02	असहमत	44	29.33
03	तटस्थ	20	13.34
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक बीमारी का उपचार सिर्फ मानसिक अस्पताल में भर्ती होने पर ही सम्भव हो पाता है को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 57.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 29.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.8 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ है कि उनकी मानसिक बीमारी का उपचार करने में समाजशास्त्रीय प्रबन्ध (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुर्नवास) के द्धारा काफी हद तक वे ठीक हुए हैं एवं उनके मानसिक रोग के लक्षणों (अवसाद, उन्माद, तनाव, अनिद्रा, भय, क्रोध) मे कमी हो गई है। अर्थात अनेक मनोरोगों हेतु अस्पताल में भर्ती होने की जरूरत नहीं होती हैं। मरीज का उपचार अस्पताल के ओपीडी स्तर पर एवं घर में ही परिवार के सदस्यों के साथ रहकर बेहतर हो सकता हैं।

✓ अस्पताल में भर्ती होने का प्रावधान सिर्फ गम्भीर रूप से बीमार मरीजों के लिये है या उन मरीजों के लिये हैं जो आक्रामक प्रकार के हों एवं घर के दूसरे सदस्यों को नुकसान पहुंचा सकते हों।

6.1.9 मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति का व्यवहार हमेशा विचित्र होता है :– अधिकांश उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का कहना है कि प्रत्येक मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति, विचित्र प्रकार का व्यवहार करता हैं जैसे बेवजह हंसना, आसमान के तारे गिनना, रोना–पीटना, आक्रामक होना एवं दूसरों को गालियां देना।

सारणी – 6.1.9

मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति का व्यवहार हमेशा विचित्र होता है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	118	78.67
02	असहमत	21	14
03	तटस्थ	11	07.33
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक अस्वस्थ व्यक्तियों का व्यवहार हमेशा विचित्र होने को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 78.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 07.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.9 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ है कि सभी मरीज इस प्रकार का विचित्र व्यवहार नहीं करते हैं, उनका व्यवहार बाहरी तौर से पूरी तरह सामान्य भी हो सकता है। एवं सभी मरीज आक्रामक प्रकार के नहीं होते है। समाज में अधिकांश मनोरोगियों का व्यवहार बाहरी तौर से सामान्य होने के कारण उनका निदान नहीं हो पाता हैं एवं इन्हें सब क्लीनिकल मरीज कहा जाता हैं।

6.1.10 मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति खतरनाक होते है :– अधिकांश उत्तरदाताओं ने कहा हैं कि प्रत्येक मनोरोगी भावनात्मक रूप से अस्थायी होता हैं, ये कभी भी आक्रामक हो सकते है एवं दूसरों का नुकसान या हत्या कर सकते हैं।

सारणी – 6.1.10

मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति खतरनाक होते है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	109	72.67
02	असहमत	33	22
03	तटस्थ	08	05.33
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक अस्वस्थ व्यक्तियों को खतरनाक मानते हैं को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 72.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 22 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 05.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.10 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ हैं कि सभी मनोरोगी खतरनाक होते हैं यह एक गलत धारणा हैं सिर्फ उन्माद के मरीज ऐसा व्यवहार प्रदर्शित करते हैं। यह मेनिक डिप्रेसिव साइकोसिस मरीजों में सामान्य हैं। लेकिन अवसाद एवं सिजोफ्रेनिया के मनोरोगी ऐसा व्यवहार प्रदर्शित नहीं करते हैं।

6.1.11 मानसिक बीमारी एक सामाजिक कलंक है :– अधिकांश उत्तरदाताओं ने कहा है कि मानसिक दृष्टि से अस्वस्थ व्यक्ति अपनी बीमारी की वजह से सामान्य व्यवहार से विचलित होते हैं एवं असामान्य व्यवहार प्रदर्शित करते हैं। समाज में इस प्रकार के व्यवहार से इनकी एवं इनके परिवार की सामाजिक प्रतिष्ठा में कमी आती है। साथ ही कार्य क्षेत्र में औसत से कम कुशलता से इनके सम्मान में कमी आती हैं। अतः मानसिक बीमारी एवं मनोरोगी को एक सामाजिक कलंक की तरह देखा जाता

हैं। इसी वजह से जल्द ही परिवार वालों के द्वारा इनकी अस्पताल में उपचार की व्यवस्था नहीं की जाती हैं एवं इनकी मानसिक बीमारी को समाज से छिपाया जाता हैं।

सारणी – 6.1.11

मानसिक बीमारी एक सामाजिक कलंक है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	**मापदण्ड**	**उत्तरदाताओं की संख्या**	**प्रतिशत**
01	सहमत	119	66
02	असहमत	31	20.67
03	तटस्थ	20	13.33
कुल	योग	150	100

- ✓ विवेचन – शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक बीमारी को एक सामाजिक कलंक मानते है के प्रति प्राथमिकता देते हैं जिनमें 66 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 20.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.11 में दर्शाया गया है।
- ✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ हैं कि मानसिक बीमारी एक सामाजिक कलंक हैं यह एक गलत धारणा हैं। मानसिक बीमारी एक सामाजिक कलंक न होकर अन्य शारीरिक बिमारियों की तरह एक रोग है, जिस पर परिवार एवं समाज को शर्मिंदा न होकर इसके उपचार एवं रोकथाम के प्रयास करने चाहिए।

6.1.12 एक सामान्य व्यक्ति कभी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता है :– अधिकांश उत्तरदाताओं ने कहा है कि, जिस प्रकार यह गलत धारणा हैं कि एक मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति कभी भी पुनः स्वस्थ नहीं हो सकता हैं, उसी प्रकार एक गलत धारणा यह भी हैं कि, एक सामान्य स्वस्थ व्यक्ति कभी भी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता हैं। इसका कारण, आम लोगों को मानसिक बीमारी के कारणों के बारे में अनभिज्ञता हैं।

- ✓ विवेचन – शोध अध्ययन में कि अधिकांश उत्तरदाताओं ने कहा है कि एक सामान्य व्यक्ति कभी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता हैं को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 56.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.12 में दर्शाया गया है।

सारणी – 6.1.12

एक सामान्य व्यक्ति कभी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	85	56.67
02	असहमत	36	24
03	तटस्थ	29	19.33
कुल	योग	150	100

✓ विश्लेषण – इस शोध अध्ययन में विपक्षी उत्तरदाताओं से यह ज्ञात हुआ है कि एक सामान्य व्यक्ति, कभी भी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता हैं यह एक गलत धारणा है। सत्य तो यह है किसी भी प्रकार की ब्रेन पैथोलोजी, जीवन में लम्बे समय तक तनाव रहने से एवं कोई भी दुर्घटना एक मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति में भी मानसिक असंतुलन उत्पन्न कर देती हैं।

6.1.13 राजस्थान में मानसिक बीमारी का प्रचलन कम है :– अधिकांश उत्तरदाताओं ने यह माना है कि ईश्वर में आस्था एवं भाग्यवादिता में विश्वास रखने के कारण उदयपुर संभाग सहित राजस्थान राज्य में मनोरोगियों की संख्या बहुत कम हैं।

सारणी – 6.1.13

राजस्थान में मानसिक बीमारी का प्रचलन कम है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	90	60
02	असहमत	40	26.67
03	तटस्थ	20	13.33
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता ईश्वर में आस्था एवं भाग्यवादिता में विश्वास रखने के कारण उदयपुर संभाग सहित राजस्थान राज्य में मनोरोगियों की संख्या बहुत कम हैं को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 60 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 26.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.13 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – यह एक गलत धारणा हैं कि राजस्थान में मानसिक बीमारी का प्रचलन कम हैं। क्योंकि इस शोध अध्ययन में राजस्थान के उदयपुर संभांग के विशेष संर्दभ में सन् 2013 से 2015 तक सात दिन से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की संख्या सिर्फ दो चिकित्सा महाविधालयों (आरएनटी एवं गीतांजलि) के मानसिक रोग विभाग में 747 मिली हैं तो सम्पूर्ण राजस्थान में सभी तरह के मनोरोगियों की संख्या बहुत अधिक होने को इंगित करती हैं। अर्थात अन्य शारीरिक रोगों की तरह यह भी एक प्रमुख स्वास्थ्य समस्या हैं। अन्तर यह है कि उदयपुर संभाग सहित राजस्थान राज्य के मनोरोगी मानसिक बीमारी को दैवीय प्रकोप मानकर पूरी तरह अपनी बीमारी का निदान नहीं करा पाते हैं और इसी तरह अपना पूरा जीवन व्यतीत कर देते हैं।

6.1.14 मानसिक अस्पताल में उपचार का एकमात्र तरीका प्रतिबंध है :– अधिकांश उत्तरदाताओं की धारणा है कि मानसिक अस्पताल में मनोरोगियों का इलाज अमानवीय तरीकों जैसे बांध कर, शारीरिक सजा एवं ईसीटी द्वारा किया जाता हैं। जबकि ईसीटी एवं प्रतिबंधन का प्रयोग केवल उन मनोरोगों के उपचार हेतु किया जाता है। जहां यह अत्यधिक प्रभावी होती हैं।

सारणी – 6.1.14

मानसिक अस्पताल में उपचार का एकमात्र तरीका प्रतिबंध है के प्रति उत्तरदाताओं का दृष्टिकोण

क्रम संख्या	मापदण्ड	उत्तरदाताओं की संख्या	प्रतिशत
01	सहमत	97	64.67
02	असहमत	37	24.67
03	तटस्थ	16	10.66
कुल	योग	150	100

✓ विवेचन – शोध अध्ययन से यह ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाताओं की धारणा हैं कि मानसिक अस्पताल में मनोरोगियों का इलाज अमानवीय तरीकों जैसे बांध कर, शारीरिक सजा एवं ईसीटी द्वारा किया जाता हैं को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 64.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 10.66 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकडों को सारणी 6.1.14 में दर्शाया गया है।

✓ विश्लेषण – यह एक गलत धारणा हैं कि मानसिक अस्पताल में उपचार का एकमात्र तरीका प्रतिबन्ध हैं। अधिकांश मरीजों का उपचार मनोसामाजिक चिकित्साओं तथा औषधियों के द्वारा भी किया गया हैं। इसके साथ ही मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम 2017 के द्वारा यह निर्णय पारित किया गया हैं कि मानसिक रोगियों को उपचार प्राप्त करने एवं मना करने का अधिकार हैं एवं जहां तक हो सके ईसीटी का कम से कम प्रयोग किया जाए।

4. निष्कर्ष :– उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) में मानसिक बीमारी के बारे में बड़ी मात्रा में गलत धारणाएं एवं अंधविश्वास फैला हुआ हैं। जिसके कारण इनके मन में मानसिक बीमारी के प्रति नकारात्मक अभिवृति उत्पन्न होती हैं। इसलिये इनमें व्याप्त गलत धारणाओं एवं उनकी मनोवृति को बदलने हेतु निरन्तर शिक्षा की आवश्यकता हैं।

6.2 उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का मनोरोगी के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण

"मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर सम्भाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" के द्वारा प्राप्त निष्कर्ष में उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का मानसिक रोगियों के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण को निम्न बिन्दुओं के अर्न्तगत समझाया गया है।

1. अधिकांश उत्तरदाताओं में मानसिक रोगियों के व्यवहार के कारण उनके प्रति गलतफहमी, डर एवं उद्वेग की भावना व्याप्त हैं और इसी वजह से वे मानसिक रोगियों को नजरअंदाज करते हैं।
2. उत्तरदाताओं द्वारा मानसिक रोगियों के प्रति इस प्रकार प्रतिक्रिया दर्शायी गयी हैं –
   1) मनोरोगी होने से मना करना।
   2) रोगी को एकांतवास प्रदान करना।
   3) रोगी को नज़र अंदाज करना।
3. उत्तरदाताओं में मानसिक रोगियों के बारे में यह धारणा हैं कि सभी मानसिक रोगी सोचने समझने में अक्षम होते हैं।
4. पढ़े–लिखे उत्तरदाता भी मानसिक स्वास्थ्य की आवश्यकता व मानसिक बीमारी के विभिन्न पहलुओं से अनभिज्ञ हैं।
5. उत्तरदाताओं के द्वारा मानसिक रोगियों को हमेशा खतरनाक, आक्रामक एवं हिंसक समझा गया हैं।

6. उत्तरदाता स्वयं भी मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति अनभिज्ञ हैं व उनका मानना है मानसिक रोगियों का कभी उपचार नहीं हो सकता हैं।
7. इस प्रकार अधिकांश उत्तरदाता (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) मानसिक रोगियों के प्रति नकारात्मक मनोवृति रखते हैं जिसके कारण मानसिक रोगियों को उनके द्वारा अस्वीकार कर दिया जाता हैं।
8. उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) के द्वारा इस अस्वीकृति के निम्न मुख्य कारण हैं :—
9. आर्थिक कारण :— ज्यादातर मनोरोगी की, मानसिक बिमारी के उपचार की एक दीर्घ अवधि होती हैं एवं सही होने के पश्चात् भी समुदाय ऐसे मरीजों को कभी भी स्वीकार नहीं करता हैं व मनोरोगी के इलाज का खर्चा भी काफी अधिक होता हैं। अतः उत्तरदाताओं का कहना हैं कि परिवार के सदस्य भी उनके इलाज से कतराते हैं विशेषतौर पर अगर मरीज बेरोजगार हो या आश्रित सदस्य हो।
10. असामान्य व्यवहार :— उत्तरदाताओं के द्वारा मानसिक रोगियों को नकारने का एक मुख्य कारण मनोरोगियों का असामान्य व्यवहार भी हैं। मनोरोगी का उग्र, प्रचण्ड, हिंसक व गैर जिम्मेदारना व्यवहार भी सामाजिक अस्वीकृति को बढ़ावा देता हैं।
11. उत्तरदाताओं का कहना हैं कि मनोरोगी एवं मानसिक बीमारियों के साथ एक प्रकार की समस्या यह भी हैं कि मानसिक बिमारी को उस व्यक्ति विशेष या परिवार के लिये सामाजिक कलंक की तरह देखा जाता हैं जो उस व्यक्ति के साथ जीवन पर्यन्त जुड़ा रहता हैं। इसलिये परिवार के सदस्य मरीज के किसी भी इलाज को व्यर्थ मानते हैं व उस मरीज को नकार देते हैं।
12. उत्तरदाताओं का कहना है कि मानसिक रोगी अपने कार्य क्षेत्र में भी अकुशल प्रदर्शन करते हैं जिससे रोगी की कार्य अकुशलता से रोगी एवं उनकी सामाजिक प्रतिष्ठा पर प्रभाव पड़ता हैं। कार्य कुशलता में कमी भी उनकी सामाजिक अस्वीकृति का कारण हैं।
13. उत्तरदाताओं का कहना हैं कि मनोरोगी के ठीक होने के प्रति उनके मन में काफी निराशा होती हैं। बहुत समय से बीमार मनोरोगी को लम्बे समय तक गहन देखभाल की आवश्यकता होती हैं जिसके कारण परिवार के सदस्य अधिक समय तक देखभाल की जिम्मेदारी नहीं निभा पाते हैं और अन्त में वे मरीज को नज़र अंदाज करने लग जाते हैं।

References

1. https://www.scribd.com/document/331605721/Misconception-Towards-Mental-Illness

अध्याय – सातवां

उपसंहारात्मक टिप्पणी : निष्कर्ष एवं सुझाव

- प्रस्तुत अध्ययन के निष्कर्ष
- शोध अध्ययन का विश्लेषण
- प्राकल्पनाओं का परीक्षण
- शोध अध्ययन का चिकित्सा एवं शिक्षा के क्षेत्र में महत्व एवं सुझाव

प्रस्तुत शोध कार्य में स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक बीमारियों एवं मनोरोगियों से सम्बन्धित अवधारणात्मक पहलुओं को जाना एवं मनोरोगियों के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों एवं अन्य कारकों को ज्ञात करते हुए मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में उनके मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ती के लिए शोधकर्ता के द्वारा मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) को केन्द्रित कर इनके प्रति उत्तरदाताओं का जुड़ाव एवं प्रभावों का आकलन किया गया। इसी प्रकार मानसिक बीमारियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं मनोरोगियों के प्रति उनमें एवं समाज में व्याप्त गलत धारणाओं को जाना तथा उनकी परम्परागत मान्यताओं में कमी लाने के लिए एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के द्वारा मनोरोगी, समाज एवं उसके परिवार वालों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को अवलोकित किया तथा सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास के द्वारा मनोरोगी का उपचार चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही होता है की सत्यता को प्रमाणित करने का प्रयास किया गया है।

प्रस्तुत अध्ययन के निष्कर्ष

1. शोध के **प्रथम अध्याय** में सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि : अवधारणात्मक पहलुओं के अन्तर्गत स्वास्थ्य, शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक अस्वास्थ्य, सामाजिक स्वास्थ्य व शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सहसम्बन्ध एवं मानसिक बीमारियों से संम्बन्धित सभी अवधारणाओं, परम्परागत तरीकों, मान्यताओं, सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों, आनुवांशिकता का प्रभाव, मनोरोगों के कारण एवं वर्गीकरण, चिन्ह, लक्षण, नियंत्रण, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं इससे संबंधित कानून व मनोरोगों की रोकथाम की अवधारणा के स्पष्टीकरण को प्रस्तुत किया गया है।
2. शोध के **द्वितीय अध्याय** में पद्धतिशास्त्र : अनुसंधान प्रविधि एवं अध्ययन क्षेत्र में विषय की रूपरेखा एवं चुनाव, अध्ययन के उद्देश्य, अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण, अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव, उपकल्पनाओं का निर्माण, अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन, तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या, सामान्यीकरण, अध्ययन के महत्व का निर्धारण, जाँच एवं पुनःपरीक्षण, भविष्यवाणी करना, विषय पर किये गये अध्ययनों का विवेचन, अध्ययन की सीमाएं एवं प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर का विवेचन प्रस्तुत किया गया है।
3. शोध के **तृतीय अध्याय** में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं उत्तरदाताओं के जुड़ाव का विवेचन प्रस्तुत किया गया है। मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों जैसे शिक्षा, बेरोजगारी, आय, निर्धनता, वैवाहिक स्थिति, व्यवसाय, पारिवारिक वातावरण, धर्म एवं संस्कृति, घर का स्वरूप, जातिवाद, लैंगिकता, सामाजिक समर्थन, सामाजिक परिवर्तन, सामाजिक संबंध, प्रस्थिति, मादक पदार्थो का सेवन, पारिवारिक संरचना, पारिवारिक असामंजस्यता, नस्ल एवं नृजातियता, विकलांगता, मनोरंजन के साधनों एवं स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता तथा अन्य कारकों पर 150 उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर विवेचन किया गया है।

3.1 प्रस्तुत शोध कार्य साइकोसिस मनोरोगियों पर किया गया है। शोध करते समय शोधकर्ता द्वारा प्रत्येक रोगी में मानसिक बीमारी होने के अलग–अलग कारकों का होना पाया गया। इसलिए शोधकर्ता द्वारा 15 मनोरोगियों का उनकी सहमति से सूक्ष्म एवं गहन वैयक्तिक अध्ययन किया है। लेकिन विभिन्न पूर्व अध्ययनों एवं इस शोध कार्य के आधार पर व्यक्ति के **मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न सामाजिक कारकों का** परिचय कराते हुए साक्षात्कार निर्देशिका

के माध्यम से 150 उत्तरदाताओं (मनोरोगी, परिवार वाले, मित्र एवं रिश्तेदार) की संचेतना के आधार किये गये विवेचनों से प्राप्त **निष्कर्ष** निम्न प्रकार है।

1) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छे मानसिक स्वास्थ्य के लिए उच्च एवं दोषरहित शिक्षा को प्राथमिकता देते है, जिनमें 71.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 22.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.1 में दर्शाया गया है।
2) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए बेरोजगारी को प्राथमिकता देते है, जिनमें 74.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 17.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.2 में दर्शाया गया है।
3) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छे मानसिक स्वास्थ्य के लिए अच्छी आय को प्राथमिकता देते है, जिनमें 84.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.3 में दर्शाया गया है।
4) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए निर्धनता को प्राथमिकता देते है, जिनमें 75.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 10 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.4 में दर्शाया गया है।
5) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर वैवाहिक स्थिति के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 67.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.5 में दर्शाया गया है।
6) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छे मानसिक स्वास्थ्य के लिए उच्च व्यवसाय को प्राथमिकता देते है, जिनमें 64.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.6 में दर्शाया गया है।
7) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए परिवार में उपयुक्त वातावरण को प्राथमिकता देते है, जिनमें 60.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 25.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 14 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.7 में दर्शाया गया है।
8) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए धर्म एवं संस्कृति को प्राथमिकता देते है, जिनमें 65.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 21.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.8 में दर्शाया गया है।
9) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर घर के स्वरूप के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 71.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 4.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.9 में दर्शाया गया है।
10) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए जातिवाद को जिम्मेदार मानते है, जिनमें 72 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा

तटस्थ रूप से 4 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.10 में दर्शाया गया है।

11) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर लैंगिकता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 58 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 25.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.11 में दर्शाया गया है।

12) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक समर्थन के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 31.34 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 9.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.12 में दर्शाया गया है।

13) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक परिवर्तन के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 18.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 22 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.13 में दर्शाया गया है।

14) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक संबंधों के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 82 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.14 में दर्शाया गया है।

15) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक बीमारी होने पर अपनी प्रस्थिति में परिवर्तन को प्राथमिकता देते है, जिनमें 82 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 06 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 12 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.15 में दर्शाया गया है।

16) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर मादक द्रव्य व्यसन के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 78 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 12 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.16 में दर्शाया गया है।

17) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए एक साथ मिलकर रहने एवं संयुक्त परिवार को प्राथमिकता देते है, जिनमें 73.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 7.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.17 में दर्शाया गया है।

18) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक असामंजस्यता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 78.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12.66 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.18 में दर्शाया गया है।

19) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर नस्ल और नृजातियता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 44.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 38 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 17.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते है। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.19 में दर्शाया गया है।

20) शोध अध्ययन ही मनोरोगियों पर किया गया है जो कि स्वयं मानसिक रूप से विकलांग है। विकलांगता शब्द किसी व्यक्ति के शारीरिक, मानसिक, ऐन्द्रिक एवं बौद्विक विकास में किसी भी प्रकार की कमी को इंगित करता है। इसके लिए अपंगता, निःशक्तता एवं निर्योग्यता आदि शब्दों का

प्रयोग किया जाता है। प्रस्तुत शोध कार्य मे उत्तरदाता की इकाई मनोरोगी है जो मानसिक विकलांगता की शत प्रतिशता को दर्शाते हैं।

21) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता खराब मानसिक स्वास्थ्य के लिए मनोरंजन के साधनों की कमी को प्राथमिकता देते है, जिनमें 62.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 24 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 13.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.21 में दर्शाया गया है।

22) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 81.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 12 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.1.22 में दर्शाया गया है।

3.2 मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारक – व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारकों का परिचय कराते हुये साक्षात्कार निर्देशिका के माध्यम से 150 उत्तरदाताओं (मनोरोगी, परिवार वाले, मित्र एवं रिश्तेदार) की संचेतना के आधार किये गये विवेचनों से प्राप्त **निष्कर्ष** निम्न प्रकार है।

1) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर आयु के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 54.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 28.66 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 16.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.1 में दर्शाया गया है।

2) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अच्छा मानसिक स्वास्थ्य बनाये रखने के लिए अच्छे एवं संतुलित भोजन को प्राथमिकता देते है, जिनमें 66.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 14 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.2 में दर्शाया गया है।

3) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर आनुवांशिकता के प्रभाव को प्राथमिकता देते हैं जिनमें 78 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.3 में दर्शाया गया है।

4) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए शारीरिक रूप से स्वस्थ होने को प्राथमिकता देते है, जिनमें 73.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 19. 33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 7.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.4 में दर्शाया गया है। सारणी 3.2.4 में सहमति पक्ष वाले उत्तरदाताओं (110) को मानसिक बीमारी होने के साथ–साथ एक से अधिक शारीरिक बीमारियों से ग्रसित पाये गए।

5) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए अपने संवेगों एवं भावनाओं की अभिव्यक्ती को सही प्रकार से प्रकट करने को प्राथमिकता देते है, जिनमें 58.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 23.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 18 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.5 में दर्शाया गया है।

6) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य पर किशोरावस्था के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 17.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 23.34 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते है। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.6 में दर्शाया गया है।

7) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने के लिए भौगोलिक क्षेत्र के प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 79.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 14.64

प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 6 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.7 में दर्शाया गया है।

8) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले अन्य कारकों में विश्वास की कमी, पारिवारिक विखण्ड़न, कठोर व्यवहार, स्व-सम्मान, बदलते सामाजिक मूल्य, राजनीतिक अस्थिरता एवं सामाजिक सुरक्षा को भी प्राथमिकता देते है, जिनमें 72.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 18 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 9.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.2.8 में दर्शाया गया है।

3.3 इस प्रकार चयनित 150 उत्तरदाताओं में मानसिक बीमारी होने के कारणों का अध्ययन करने पाया कि अधिकांश उत्तरदाताओं को मानसिक बीमारियां सामाजिक कारकों के कारण उत्पन्न हुई थी। जिनके कारण उनका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होते हुए मानसिक अस्वास्थ्य में बदल गया था। इसलिए शोधकर्ता द्वारा उत्तरदाताओं की मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन एवं सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन तथा मनोचिकित्सकों एवं मनोविशेषज्ञों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा तथा राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के द्वौरान प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के प्रभाव का अध्ययन किया है कि ये पहलू मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बना रहे है एवं इनका योगदान मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही होता है या नहीं।

- दिनोंदिन बढ़ते भौतिकवादी दृष्टिकोण के कारण मनुष्य का मन अनेक प्रकार की चिन्ताओं, आशंकाओं और तनावों से आक्रान्त रहता है। दिन–प्रतिदिन के इस संघर्ष ने मानसिक अस्वस्थता को जन्म दिया है। चिकित्सा सुविधाओं की सहज प्राप्ति के कारण शारीरिक स्वास्थ्य तो प्राप्त किया जा सकता है किन्तु मन का स्वास्थ्य दिनोंदिन दुर्लभ होता जा रहा है। क्योंकि मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती है। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती है और कुछ पूरी नहीं हो पाती हैं। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हों। अपूर्ण आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है, जिससे तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव व्यक्ति में मानसिक रोग उत्पन्न कर देता है। इसलिए **मनोरोगों को कम करने एंव मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एंव सामाजिक पुनर्वास का मुख्य योगदान होता है।**
- इस तथ्य का पता उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले) के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनोचिकित्सकों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास एवं शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक वातावरण के प्रति प्रोत्साहन का परिचय कराते हुए चयनित 150 उत्तरदाताओं के जुड़ाव के प्रभाव की संचेतना के आधार पर किये गये विवेचनों से प्राप्त **निष्कर्ष** निम्न प्रकार है।

1) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपने सामाजिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना करने के लिए सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव को प्राथमिकता देते है, जिनमें 92.67 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 06 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 01.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.1 में दर्शाया गया है।
2) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती थे तब चिकित्सक के द्वारा उनकी सामाजिक पृष्ठभूमि के साथ सहयोग रखते हुए मानसिक बीमारी का इलाज किया था। इसके साथ ही उनके जन्म से लेकर भर्ती समय तक की सभी घटनाओं की विस्तृत जानकारी ली एवं पारिवारिक इतिहास को पूछते हुए

बीमारी के निदान के अनुसार उनकों सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया गया था। ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से 141 हैं, जिनका प्रतिशत 94 है। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.2 में दर्शाया गया है। अर्थात मानसिक बीमारियों के उपचार में चिकित्सक एवं स्वयं रोगी को सामाजिक वातावरण से जुड़ाव एवं सरोकार रखना सहयोगी होता है।

3) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि अधिकांश उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनो–विश्लेषण थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते हैं, जिनमें 59.33 प्रतिशत उत्तरदाता पक्ष में एवं 32 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.1 में दर्शाया गया है। विपक्ष वाले उत्तरदाताओं पर मनो–विश्लेषण थैरेपी का प्रयोग नहीं किया गया क्योंकि इनमें साइकोसिस लक्षण ज्यादा उपस्थित थे। अर्थात इस थैरेपी का उपयोग ज्यादातर न्युरोसिस विकारो एवं न्युरोसिस लक्षण रखने वाले साइकोसिस मरीजों पर किया गया।
4) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि केवल 02 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सम्मोहन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 01.33 प्रतिशत है। एवं 91.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.2 में दर्शाया गया है।
5) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि केवल 13 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में एबरिएक्शन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 08.67 प्रतिशत है। एवं 88 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 8.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.3 में दर्शाया गया है।
6) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 138 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सहायक मनोचिकित्सा की विभिन्न विधियों के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 92 प्रतिशत है। एवं 02 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.1.4 में दर्शाया गया है।
7) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 142 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में समूह थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 94.67 प्रतिशत है। एवं 01.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 04 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.2 में दर्शाया गया है।
8) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 145 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में व्यवहार चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 96.67 प्रतिशत है। तथा 01.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में एवं तटस्थ रूप से 02 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.3 में दर्शाया गया है।
9) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 42 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में इलेक्ट्रो–कन्वलसीव थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 28 प्रतिशत है। एवं 62.67 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 09.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.3.4 में दर्शाया गया है।

10) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 101 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में व्यवसायिक थैरेपी से जुड़ाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 67.33 प्रतिशत है। एवं 26 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 06.67 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.4 में दर्शाया गया है।

11) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ कि 122 उत्तरदाता अपने मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव को प्राथमिकता देते है, जिनका चयनित उत्तरदाताओं 150 में से 81.33 प्रतिशत है। एवं 15.33 प्रतिशत उत्तरदाता विपक्ष में तथा तटस्थ रूप से 03.33 प्रतिशत उत्तरदाता परिलक्षित होते हैं। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.4.1 में दर्शाया गया है।

शोध अध्ययन का विश्लेषण

4. शोध के **चतुर्थ अध्याय** में 150 उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि की जानकारी को समझाया गया है। जिसमें समग्र मनोरोगियों एवं उत्तरदाता मनोरागियों की चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि के आधार पर वर्गीकरण, लिंग, वयस्कता, आयु, शैक्षणिक स्थिति, व्यवसाय, आय, धर्म, निवास स्थान की प्रकृति, जाति वर्ग, पारिवारिक संरचना, वैवाहिक स्थिति, घर के स्वरूप एवं आर्थिक स्थिति का वर्गानुसार विवरण का विवेचन एवं **विश्लेषण** किया गया है। इसके साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन (सहसम्बन्ध) एवं योगदान को उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर समझाने का प्रयास किया है।

1) वर्ष 2013 में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 225 मिली। कुल 225 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 153 (63 पुरूष एवं 69 महिला एवं 10 मेल चाइल्ड एवं 11 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 72 (23 पुरूष एवं 24 महिला एवं 13 मेल चाइल्ड एवं 12 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 86 वयस्क पुरूष एवं 93 वयस्क महिला एवं 23 मेल चाइल्ड एवं 23 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले। अर्थात वर्ष 2013 में महिला मरीजों की संख्या सरकारी चिकित्सा महाविधालय में अधिक मिली।

2) वर्ष 2014 में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 243 मिली। कुल 243 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 165 (65 पुरूष एवं 75 महिला एवं 11 मेल चाइल्ड एवं 14 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 78 (30 पुरूष एवं 23 महिला एवं 12 मेल चाइल्ड एवं 13 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 95 वयस्क पुरूष एवं 98 वयस्क महिला एवं 23 मेल चाइल्ड एवं 27 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले। अर्थात वर्ष 2014 में भी महिला मरीजों की कुल संख्या मनोचिकित्सा वार्ड में सरकारी चिकित्सा महाविधालय में, प्राइवेट चिकित्सा महाविधालय से अधिक मिली।

3) वर्ष 2015 में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 279 मिली। कुल 279 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 180 (68 पुरूष एवं 88 महिला एवं 12 मेल चाइल्ड एवं 12 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 99 (36 पुरूष एवं 28 महिला एवं 17 मेल चाइल्ड एवं 18 फिमेल

चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 104 वयस्क पुरूष एवं वयस्क महिला 116 एवं 29 मेल चाइल्ड एवं 20 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले। अर्थात वर्ष 2015 में भी महिला मरीजों की कुल संख्या मनोचिकित्सा वार्ड में सरकारी चिकित्सा महाविधालय में प्राइवेट चिकित्सा महाविधालय से अधिक मिली।

4) वर्ष 2013 से 2015 तक में दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती समग्र साइकोसिस मनोरोगियों की संख्या 747 मिली। कुल 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 (196 वयस्क पुरूष एवं 232 वयस्क महिला एवं 33 मेल चाइल्ड एवं 37 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 (89 वयस्क पुरूष एवं 75 वयस्क महिला एवं 42 मेल चाइल्ड एवं 43 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले। इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल 285 पुरूष एवं 307 महिला एवं 75 मेल चाइल्ड एवं 80 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले हैं। तीनों वर्षों में महिला मरीजों की संख्या, पुरूष मरीजों की संख्या से अधिक मिली।
5) इस शोध अध्ययन के अंतर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से **उद्देश्यपूर्ण निदर्शन** विधि का प्रयोग करते हुऐ 20 प्रतिशत मनोरोगियों को अर्थात 150 उत्तरदाताओं को प्रतिनिधि के रुप में चुनकर प्राथमिक तथ्य एकत्र किये गए हैं। इन 150 उत्तरदाता मनोरोगियों मे से 100 उत्तरदाता मनोरोगी सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं 50 उत्तरदाता मनोरोगी निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर से लिए गए हैं।
6) समग्र 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 (196 वयस्क पुरूष एवं 232 वयस्क महिला एवं 33 मेल चाइल्ड एवं 37 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले एवं कुल पुरूष मरीजों की संख्या 229 एवं कुल महिला मरीजों की संख्या 269 मिली। निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 (89 वयस्क पुरूष एवं 75 वयस्क महिला एवं 42 मेल चाइल्ड एवं 43 फिमेल चाइल्ड) साइकोसिस मनोरोगी मिले एवं कुल पुरूष मरीजों की संख्या 131 एवं कुल महिला मरीजों की संख्या 118 मिली।
7) इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल वयस्क 285 पुरूष एवं 307 वयस्क महिला एवं 75 मेल चाइल्ड एवं 80 फिमेल चाइल्ड साइकोसिस मनोरोगी मिले हैं। इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में वर्ष 2013 से 2015 तक कुल पुरूष मरीजों की संख्या 360 एवं कुल महिला मरीजों की संख्या 387 है।
8) इस शोध अध्ययन के अंतर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से उद्देश्यपूर्ण निर्दशन विधि का प्रयोग करते हुऐ 20 प्रतिशत मनोरोगियों को अर्थात 150 उत्तरदाता मनोरोगियों को प्रतिनिधि के रुप में जो कि सभी वर्गों का प्रतिनिधित्व करते हैं, दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड से चुना गया हैं। चयनित 150 उत्तरदाता मनोरोगियों मे से 100 उत्तरदाता मनोरोगी सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं 50 उत्तरदाता मनोरोगी निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर से लिए गए है।
9) दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों में से चयनित 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से 75 उत्तरदाता पुरूष है जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 50 प्रतिशत हैं एवं 75 उत्तरदाता महिला मनोरोगी है जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 50 प्रतिशत है।
10) चयनित 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों मे से ही 15 साइकोसिस मनोरोगियों को उनकी सहमति से गहन वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) के लिए चुना गया है। गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के 50 उत्तरदाता मनोरोगियों में से 05 साइकोसिस मनोरोगियों को वैयक्तिक अध्ययन के लिए चुना गया गया है। इसी प्रकार सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय

उदयपुर के 100 उत्तरदाता मनोरोगियों में से 10 साइकोसिस मनोरोगियों को वैयक्तिक अध्ययन के लिए चुना गया गया है।

11) चयनित कुल 15 उत्तरदाताओं की केस स्टडी में 11 वयस्क (06 पुरूष, एवं 05 महिला) एवं 04 अवयस्क (02 मेल चाइल्ड एवं 02 फिमेल चाइल्ड) उत्तरदाताओं का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है। इनमें ही 01 वयस्क लावारिस पुरूष का वैयक्तिक अध्ययन भी शामिल है।

12) दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों के कुल 150 उत्तरदाताओं में से 31 उत्तरदाता अवयस्क हैं जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 20.67 प्रतिशत है एवं 119 उत्तरदाता वयस्क हैं जो की कुल उत्तरदाताओं (150) का 79.33 प्रतिशत है।

13) जन्म से 9 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 08 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 5.33 प्रतिशत है। इनमें 06 उत्तरदाताओं को मानसिक रोग आनुवांशिक है। 10 वर्ष से 17 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 23 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 15.33 प्रतिशत है। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग किशोरावस्था के प्रारम्भ होने से शरीर में आये अनेक महत्वपूर्ण परिवर्तन जैसे – शरीर के आकार, यौन ग्रन्थियों, जननेन्द्रिय और मुखाकृति में परिवर्तन के कारण हुए है। ये शारीरिक परिवर्तन व्यक्ति के व्यवहार एवं व्यक्तित्व निर्माण को भी प्रभावित करते हैं। इस अवस्था में अनेक प्रकार के मनोवैज्ञानिक तनाव, द्वन्द एवं कुण्ठा उत्पन्न होती है जो मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती है।

14) 18 वर्ष से 27 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 19 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 12.67 प्रतिशत है। 28 वर्ष से 36 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 44 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 29.34 प्रतिशत है। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग विवाह एवं गृहस्थ जीवन को लेकर आये हुए तनाव, प्राप्त की हुई शिक्षा के अनुसार नौकरी व रोजगार न मिलने के कारण हुए है।

15) 37 वर्ष से 45 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 30 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 20 प्रतिशत है। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग जीवन के विभिन्न संघर्षों एवं व्यापार में हुए घाटे के कारण हुए है। 46 वर्ष से 54 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 08 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 5.33 प्रतिशत है।

16) 55 वर्ष से 63 वर्ष तक के उत्तरदाताओं की संख्या 12 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 8 प्रतिशत है। इस आयु वर्ग के अधिकतर उत्तरदाताओं को मानसिक रोग जीवन साथी की मृत्यु एवं सामाजिक सम्बन्धों से कटाव तथा नौकरी में आये हुए परिवर्तन के कारण हुए है। 64 वर्ष से ऊपर के उत्तरदाताओं की संख्या 06 है, जो कुल उत्तरदाताओं (150) का 04 प्रतिशत है।

17) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि चयनित उत्तरदाताओं (150) में से निरक्षर उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.67, साक्षर उत्तरदाताओं का प्रतिशत 14, प्राथमिक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 11.33, आठवीं तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 18 एवं दसवीं तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 16 है। इसी प्रकार कुल उत्तरदाताओं (150) में से बारहवीं तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 12, स्नातक तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 18.67, स्नातकोत्तर तक शिक्षा प्राप्त किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4 एवं प्रोफेशनल कोर्स किये हुए उत्तरदाताओं का प्रतिशत 1.33 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.10 में दर्शाया गया है।

18) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से कृषि कार्य करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 14.67, मजदूरी करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 28.67, व्यापार करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 25.33, सरकारी नौकरी करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 3.33 एवं

प्राइवेट नौकरी करने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 11.33 एवं गृहणी उत्तरदाताओं का प्रतिशत 16. 67 है। अवयस्क मनोरोगियों के व्यवसाय एवं आय की गणना इनके माता पिता के व्यवसाय व आय के रूप में की गई है। इन आंकड़ों को सारणी 4.11 में दर्शाया गया है। सारणी 4.11 के आँकड़े बताते हैं कि व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को उसका व्यवसाय भी प्रभावित करता है।

19) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से प्रतिमाह पाँच से दस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 36.67, दस से बीस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 30.67, बीस से तीस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 24, तीस से चालीस हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 6, चालीस से पचास हजार रूपये कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 2 एवं पचास हजार रूपये से ऊपर कमाने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 0.66 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.12 में दर्शाया गया है। सारणी 4.12 के आँकड़े बताते हैं कि व्यक्ति की जैसी आय होगी वैसी ही उसकी मानसिक स्थिति होगी।

20) आय भी मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है। क्योंकि उच्च आय बेहतर स्वास्थ्य के साथ उच्च सामाजिक स्थिति के साथ जुड़ी हुई होती है, जिससे सबसे अमीर और सबसे गरीब के बीच में सामाजिक एवं मानसिक स्वास्थ्य का बहुत बड़ा मतभेद उत्पन्न हो जाता है। अमीर व्यक्ति की तुलना में गरीब व्यक्ति की आर्थिक, मानसिक एवं सामाजिक स्थिति निम्न होती है, एवं वह अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे – भोजन, पानी, आवास, स्वास्थ्य आदि की पूर्ति सही तरीके से नहीं कर पाता है, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता है।

21) कुल उत्तरदाताओं (150) में से हिन्दू धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 64.67, मुस्लिम धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 22.67, सिख धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.67, ईसाई धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 4.67 एवं जैन धर्म के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 2.66 है। जबकि एक अन्य धर्म वाला उत्तरदाता लावारिस है जिसका प्रतिशत 0.66 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.13 में दर्शाया गया है। सारणी 4.13 के आँकड़े बताते हैं कि हमारे भारत देश में हिन्दू धर्म की बाहुल्यता है जिससे धार्मिक जनसंख्या के आधार पर रोगी भी हिन्दू धर्म में अधिक मिले है।

22) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं में से ग्रामीण क्षेत्र के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 38, कस्बाई क्षेत्र के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 14 एवं शहरी क्षेत्र के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 48 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.14 में दर्शाया गया है। सारणी 4.14 के आँकड़े बताते हैं ग्रामीण क्षेत्र के व्यक्ति मानसिक बीमारियों के प्रति जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं के प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव रखते हैं जिससे मनोचिकित्सा वार्ड में ग्रामीण मनोरोगियों की संख्या कम मिली है। एवं ग्रामीण क्षेत्र के व्यक्तियों के मध्य प्राथमिक सम्बन्धों की बहुलता, स्थिरता, अशिक्षा एवं भाग्यवादिता होती है जिससे इनकी संख्या कम मिली। जबकि नगरीय क्षेत्र के व्यक्ति मानसिक बीमारियों के प्रति जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं के प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव नहीं रखते हैं एवं नगरीय क्षेत्र के व्यक्तियों के मध्य द्वैतीयक सम्बन्धों एवं व्यवसायों की बहुलता, व्यक्तिवादिता, शिक्षा एवं प्रतिस्पर्द्धा होती है जिससे इनकी संख्या अधिक मिली।

23) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से सामान्य जाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 17.33, अनुसूचित जाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 26, अनुसूचित जनजाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 34.67 एवं अन्य पिछड़ा जाति के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 22 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.15 में दर्शाया गया है।

24) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 116 उत्तरदाता एकाकी परिवार के है जिनका प्रतिशत 77.33 है तथा 34 उत्तरदाता संयुक्त परिवार के है जिनका प्रतिशत 22.67 है। इन आंकडों को सारणी 4.16 में दर्शाया गया है। व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य पर उसके परिवार का भी

प्रभाव पड़ता है क्योंकि जन्म के समय बच्चा न तो सामाजिक होता है और न असामाजिक। उसके मन रूपी किताब पर सर्वप्रथम परिवार के अनुभवों का प्रभाव पड़ता है।

25) यदि व्यक्ति एकाकी परिवार में निवास करता है तो उसे अकेलेपन का वातावरण मिलता है एवं अपनी समस्याओं को किसी के साथ बांट नही पाता है जिससे व्यक्ति में विभिन्न मानसिक विकार उत्पन्न हो जाते है। जबकि संयुक्त परिवार मे रहने से व्यक्ति अपने सभी सुख एवं दुःखों को परिवार के सभी व्यक्तियों के साथ बांट लेता है और उसका मन हल्का हो जाता है जिससे उनमें मानसिक विकार कम मिलते है। अतः सारणी 4.16 से स्पष्ट है कि परिवार की संरचना भी व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला महत्वपूर्ण कारक है।

26) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 95 उत्तरदाता विवाहित है जिनका प्रतिशत 63.33 है तथा 47 उत्तरदाता अविवाहित है जिनका प्रतिशत 31.33 है। जबकि विधुर, विधवा एवं तलाकशुदा उत्तरदाताओं की संख्या 08 है जिनका प्रतिशत 5.33 है। इन आंकड़ों को सारणी 4. 17 में दर्शाया गया है। वैवाहिक प्रस्थिति भी उत्तरदाताओं को सर्वाधिक रूप से प्रभावित करती है। क्योंकि अविवाहित व्यक्ति की तुलना में विवाहित व्यक्ति की सामाजिक एवं मानसिक स्थिति उच्च होती हैं, क्योंकि विवाहित व्यक्ति ही विभिन्न प्रकार के धार्मिक कार्य कर सकता है। जैसे – पंच महायज्ञ करना, दान देना, कन्या दान लेना व देना, अतिथि सत्कार करना, ईश्वर की पूजा–पाठ करना, आदि।

27) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 46 उत्तरदाता कच्चे घरों मे रहते है जिनका प्रतिशत 30.67 है तथा 104 उत्तरदाता पक्के घरों में रहते है जिनका प्रतिशत 69.33 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.18 में दर्शाया गया है। घर भी मानसिक स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाला मुख्य कारक है, क्योंकि कच्चे घरों में रहने वाले व्यक्तियों की सामाजिक एवं मानसिक स्थिति, पक्के घरों में रहने वाले व्यक्तियों की बजाय निम्न होती हैं। इन घरों में ज्यादातर गरीब व्यक्ति ही निवास करते हैं एवं इनको विभिन्न स्वास्थ्य समस्याओं से गुजरना पड़ता है जैसे श्वसन संक्रमण, त्वचा संक्रमण, दुर्घटनायें, मृत्युदर एवं अस्वस्थता दर।

28) शोध अध्ययन से ज्ञात हुआ कि कुल उत्तरदाताओं (150) में से 101 उत्तरदाता निम्न वर्ग से संबन्धित है जिनका प्रतिशत 67.33 है। इसी प्रकार मध्यम वर्ग के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 30 एवं उच्च वर्ग के उत्तरदाताओं का प्रतिशत 02.67 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.19 में दर्शाया गया है।

29) निम्न वर्ग के उत्तरदाताओं की वार्षिक आय 01 से 2.5 लाख रूपये है। जबकि मध्यम वर्ग के उत्तरदाताओं की वार्षिक आय 2.5 से 05 लाख रूपये है एवं उच्च वर्ग के उत्तरदाताओं का की वार्षिक आय 05 लाख रूपये से ऊपर है। सारणी 4.19 के आँकड़े बताते हैं कि व्यक्ति की जैसा आर्थिक स्थिति होगी वैसी ही उसकी मानसिक स्थिति होगी।

30) उच्च वर्ग के व्यक्तियों की तुलना में मध्यम एवं निम्न वर्ग के व्यक्तियों की आर्थिक, मानसिक एवं सामाजिक स्थिति निम्न होती है, एवं वह अपनी मौलिक आवश्यकताओं, जैसे – भोजन, पानी, आवास, स्वास्थ्य आदि की पूर्ति उच्च वर्ग के व्यक्तियों के समान नहीं कर पाता है, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता हैं।

31) शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती थे तब चिकित्सक के द्वारा उनकी सामाजिक पृष्ठभूमि के साथ सहयोग रखते हुए मानसिक बीमारी का इलाज किया था। इसके साथ ही उनके जन्म से लेकर भर्ती समय तक की सभी घटनाओं की विस्तृत जानकारी ली एवं पारिवारिक इतिहास को पूछते हुए बीमारी के निदान के अनुसार उनको सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया था। ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से 141 है, जिनका प्रतिशत 94 है।

इन आंकड़ों को सारणी 4.20 में दर्शाया गया है। अर्थात मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

32) शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं का योगदान होना जरूरी है, को प्राथमिकता देते है। कुल उत्तरदाता 150 में से ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या शारीरिक स्वास्थ्य के प्रति 110 है, सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति 123 है, सांस्कृतिक स्वास्थ्य के प्रति 98 है, आध्यात्मिक स्वास्थ्य के प्रति 105 है, भावनात्मक स्वास्थ्य के प्रति 88 है, व्यवसायिक स्वास्थ्य के प्रति 97 है, वातावरणीय स्वास्थ्य के प्रति 117 है एवं बौद्विक स्वास्थ्य के प्रति 93 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.21 में दर्शाया गया है। अर्थात एक व्यक्ति अपने जीवन में स्वास्थ्य के सभी पहलुओं को अपनाकर अपने सम्पुर्ण स्वास्थ्य स्तर को ऊँचा उठा सकता है।

33) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि उनको मानसिक बीमारी होने पर उनके सम्मान में बहुत ज्यादा कमी आई थी। बीमारी होने के बाद उनको मनहूस एवं कंलकी कहा गया था। समुदाय के लोगों के अलावा परिवार वाले भी उनको अपने लिए बोझ समझते हैं। मित्रों एवं परिवार वाले के द्वारा उनको रस्सी से बांधने के साथ ही एकांतवास प्रदान करते हुए नजरअंदाज किया जाता है। ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 123 है जो कुल उत्तरदाताओं 150 में से है। जिनका प्रतिशत कुल उत्तरदाताओं के प्रतिशत 100 में से 82 प्रतिशत हैं। इन आंकड़ों को सारणी 4.22 में दर्शाया गया है।

34) शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के तहत, कुल उत्तरदाताओं 150 में से ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कि चिकित्सकों के द्वारा उनको मनोसामाजिक परार्मश दिया गया 123 है। उनकी बीमारी की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराई की संख्या 127 है। उनकी मानसिक बीमारी के प्रति उपस्थित गलत धारणाओं को उनके मन से हटाया गया की संख्या 51 है एवं पुनर्वासित उत्तरदाताओं की संख्या 27 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.23 में दर्शाया गया है।

35) शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि वे अपनी मानसिक बीमारी को दैवीय शक्तियों, प्रेतात्मा एवं काले जादू का प्रकोप मानतें हैं ऐसा कहने वाले कुल उत्तरदाताओं की संख्या 150 में से 97 हैं एवं अपने मरीजों को झाड़–फूंक एवं भोपाओं के द्वारा ठीक करवाने की प्रथा को 114 उत्तरदाता सही मानते है। इसी प्रकार अपने मरीज का इलाज विवाह के माध्यम से हो सकता है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 38 है। इसी प्रकार मानसिक बीमारीयां एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को फैलती है ऐसा कहने वाले कुल उत्तरदाताओं की संख्या 150 में से 97 हैं। अर्थात मानसिक बीमारी एवं मनोरोगी के प्रति वर्तमान समय में भी अंधविश्वास व्याप्त है। जिसे केवल शिक्षा के माध्यम से ही मानसिक बीमारियों के प्रति परम्परागत मान्यताओं का उन्मूलन किया जा सकता है। इन आंकडों को सारणी 4.24 में दर्शाया गया है।

36) शोध अध्ययन से स्पष्ट है कि कुल चयनित 150 उत्तरदाताओं में से सर्वाधिक उत्तरदाता 72 अर्थात् 48 प्रतिशत का मानना है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण मानसिक रोग के लक्षणों (अवसाद, उन्माद, तनाव, अनिद्रा, भय, क्रोध) व नशीली दवाओं के व्यसन में कमी आने लगी है तथा इनके द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों की पुनः स्थापना की गई एवं आने वाले परिवर्तन व सकारात्मक परिणाम के लिए ज्यादा इंतजार नहीं करना पड़ता है इसका प्रभाव कुछ माह में आ जाता है एवं 32.67 प्रतिशत उत्तरदाता ऐसे भी है जिन्होंने मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से आने वाले परिवर्तन व सकारात्मक परिणाम को कुछ वर्षों में आना बताया है। इन आंकड़ों को सारणी 4.25 में दर्शाया गया है। अर्थात मनोरागियों के विशेष संदर्भ में मानसिक

स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से उनके लक्षणों में कमी आना (सकारात्मक परिणाम) इस आनुभविक अध्ययन करने के मुख्य उद्देश्य (सहसंबंध) मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है, को स्पष्ट करता है। साथ ही मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओ (सामाजिक पुनर्वास, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक स्वास्थ्य, तथा समाजिक वातावरण) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है, को स्पष्ट करता है।

37) शोध में ज्ञात हुआ कि रोगी के स्वभाव व व्यवहार में परिवर्तन आया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 37 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 24.67 प्रतिशत है। इसी प्रकार आत्मविश्वास में बढ़ोतरी हुई है ऐसे कहने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 10.66 तथा सोचने के ढंग में बदलाव आया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं का प्रतिशत 18 एवं प्रसन्नता तथा आनन्द में वृद्धि हुई है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 23 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 15.33 प्रतिशत है। इसी प्रकार भावनाओं में परिवर्तन में परिवर्तन आया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 22 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 14.67 प्रतिशत है। इसी प्रकार रोगी में अन्य परिवर्तन भी आये हैं ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 25 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 16.67 प्रतिशत है। इन आंकड़ों को सारणी 4.26 में दर्शाया गया है। इससे सिद्ध होता है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से रोगी के आत्मविश्वास में बढ़ोतरी तथा प्रसन्नता एवं आनन्द में वृद्धि एवं सोचने के ढगं में बदलाव के साथ–साथ बड़ी बात यह है कि उसके स्वभाव व व्यवहार एवं भावनाओं में परिवर्तन को परिजन तथा मित्रों द्वारा भी महसूस किया गया है।

38) मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रभाव के सम्बन्ध में उत्तरदाताओं का कहना है कि इससे मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति समाज में व्याप्त गलत अवधारणाओं में कमी आई है साथ ही नशों के सेवन से मुक्ति मिलने से, पारिवारिक कलह व झगड़ों में कमी आती है तथा मानसिक बीमारी सही होने पर सामाजिक प्रतिष्ठा मे बढ़ोतरी होती है। कुल चयनित उत्तरदाताओ 150 में से मनोरोगी के प्रति समाज में व्याप्त गलत अवधारणाओं में कमी आई ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 51 है तथा नशीली दवाओं के सेवन से मुक्ति मिली ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 29 है एवं पारिवारिक कलह व झगड़ों में कमी आई ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 40 है व सामाजिक प्रस्थिति में बढ़ोतरी हुई ऐसा मानने वाले उत्तरदाताओं की संख्या 30 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.27 में दर्शाया गया है। इससे सिद्ध होता है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का लाभ मनोरोगी के साथ–साथ समाज पर भी पड़ता है।

39) शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती हुए थे तब चिकित्सक के द्वारा उनकी मानसिक बीमारी का इलाज गोली दवाइयों के साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से उनकी विभिन्न सामाजिक एवं मनोवैज्ञानिक समस्याओं का समाधान किया था। ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से सामाजिक स्वास्थ्य के योगदान के प्रति 139, सामाजिक वातावरण के योगदान के प्रति 141, सामाजिक चिकित्सा के योगदान के प्रति 143 एवं सामाजिक पुनर्वास के योगदान के प्रति 122 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.28 में दर्शाया गया है।

40) शोध अध्ययन से ज्ञात होता है कि अधिकांश उत्तरदाता मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव एवं प्रभाव से संतुष्ट हैं ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक 112 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 74.67 प्रतिशत है। इन आंकड़ों को सारणी 4.29 में दर्शाया गया है। अतः स्पष्ट है कि इस शोध अध्ययन के अंतर्गत मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से मनोरोगियों का उपचार करना पूर्ण रूप से सहायक रहा है।

41) मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा मनोरोगियों के लक्षणों में कमी आई एवं मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि होने के साथ उनके पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनःस्थापना भी हुई है के सकारात्मक परिणाम उभर के आये हैं, जिससे इनका चिकित्सकीय महत्व पहले की अपेक्षा और अधिक बढ़ जाता है। इससे सम्बन्धित जानकारी को सारणी 4.30 में दर्शाया गया है। शोध अध्ययन से ज्ञात होता है कि ज्यादातर उत्तरदाताओं ने मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के चिकित्सकीय महत्व को स्वीकार किया है ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक 142 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 94.67 प्रतिशत है। अतः स्पष्ट है कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का उपयोग मनोरोगियों के इलाज में, चिकित्सा के क्षेत्र में सामाजिक औषधि के रूप में उपयोग पहले की अपेक्षा और अधिक बढ़ाया जा सकता है।

42) शोध अध्ययन के तथ्यों में पाया कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से मनोरोगियों का उपचार एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य में वद्वि हुई है इसे सारणी 4.31 में समझाने का प्रयास किया गया है। अतः सरकार को मनोरोगियों के हितो को ध्यान मे रखकर बनाई जाने वाली विभिन्न स्वास्थ्य योजनाओं में ज्यादा से ज्यादा मानसिक चिकित्सालय एवं पुनर्वास केन्द्रों को खोलना होगा, ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या सर्वाधिक 137 है जो कुल उत्तरदाताओं की संख्या (150) का 91.33 प्रतिशत है। जिससे सम्पूर्ण भारत देश में मनोरोगियों की संख्या मे कमी आयेगी एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का सरकारी महत्व पहले की अपेक्षा और अधिक बढ़ जायेगा।

5. शोध के **पंचम अध्याय** में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास के जुड़ाव के प्रभाव से उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है।

1) प्रस्तुत अध्याय में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन किया गया है। कुल उत्तरदाताओं 150 में से ही 15 उत्तरदाताओं की केस स्टडी की गई है। जिनमें 11 वयस्क (06 पुरूष एवं 05 महिला) तथा 04 अवयस्क (02 मेल चाइल्ड एवं 02 फिमेल चाइल्ड) मनोरोगियों का गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया हैं। इनमें 01 वयस्क लावारिस पुरूष का वैयक्तिक अध्ययन भी शामिल हैं।

- क्रम संख्या 01 से 04 तक के वैयक्तिक अध्ययन अवसाद रोग (डिप्रेशन) से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए है एवं क्रम संख्या 05 से 08 तक के वैयक्तिक अध्ययन उन्माद रोग (मेनिया) से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए है। इसी प्रकार क्रम संख्या 09 से 11 तक के वैयक्तिक अध्ययन सिजोफ्रेनिया रोग से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए है।
- क्रम संख्या 12 एवं 13 का वैयक्तिक अध्ययन सन्निपात रोग (डेलिरियम) से ग्रसित मनोरोगियों पर किया गया है एवं क्रम संख्या 14 एवं 15 का वैयक्तिक अध्ययन मनोभ्रंश रोग (डिमेन्शिया) से ग्रसित मनोरोगियों पर किया गया है।

6. शोध के **छठे अध्याय** में मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाओं का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है।

7. शोध के **सातवें अध्याय** उपसंहारात्मक टिप्पणी के अन्तर्गत अध्ययन से प्राप्त निष्कर्षों एवं विश्लेषण के आधार पर उपकल्पनाओं की जाँच की गई है। इसके साथ ही शोध अध्ययन का चिकित्सा एवं शिक्षा के क्षेत्र में महत्व एवं सुझावों के सम्बन्ध में विवेचन किया गया है।

8. इस अध्याय के उपरान्त में शोध सारांश, संदर्भ ग्रन्थ सूची एवं शोध पत्र तथा परिशिष्ट के रूप में साक्षात्कार निर्देशिका, पारिभाषिक शब्दावली एवं कॉन्फ्रेंसों में प्रस्तुत पत्रों को प्रस्तुत किया गया है।

प्राकल्पनाओं का परीक्षण

1. प्रथम प्राकल्पना

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।

1) शोध अध्ययन से प्राप्त तथ्य प्रथम प्राकल्पना को पूर्णतया सत्य सिद्ध करते हैं, कि शोधकर्ता एवं चिकित्सकों द्वारा प्रयोग में लिए गये मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) के द्वारा मनोरोगियों के मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि होने के साथ ही उनके लक्षणों (अवसाद, उन्माद, तनाव, अनिद्रा, भय, क्रोध) मे कमी वैयक्तिक आधार पर आती हैं जिससे आंतरिक एवं बाह्य व्यक्तित्व परिष्कृत होता है एवं भावनात्मक स्तर में भी सुदृढ़ता प्राप्त होती है।
2) इस संदर्भ में वैयक्तिक आधार पर मनो–विश्लेषण थैरेपी (सारणी 3.3.3.1.1), सम्मोहन थैरेपी (सारणी 3.3.3.1.2), एबरिएक्शन थैरेपी (सारणी 3.3.3.1.3) एवं इलेक्ट्रो–कन्वलसीव थैरेपी (सारणी 3.3.3.4) के आँकड़े दर्शाते हैं कि इन थैरेपियों द्वारा मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में इनके प्रभावों को, उत्तरदाताओं के जीवन में आये परिवर्तनों के आधार पर जाना है।
3) इसी प्रकार अधिकतर उत्तरदाताओं ने अपनें मानसिक रोगों के इलाज एवं मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने तथा रोग के लक्षणों में कमी लाने में सहायक मनोचिकित्सा (सारणी 3.3.3.1.4), समूह थैरेपी (सारणी 3.3.3.2) एवं व्यवहार चिकित्सा (सारणी 3.3.3.3) को उत्तरदायी माना है।
4) शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा दी जा रही विभिन्न सामाजिक चिकित्साओं से उत्तरदाताओं को लाभ प्राप्त हुआ है परन्तु इसके प्रभाव व परिवर्तन सकारात्मक रूप में एवं बहुत ही कम अवधि में आये इन तथ्यों को सारणी (4.25) में दर्शाया गया है।
5) शोध अध्ययन में उत्तरदाताओं (मनोरोगी, परिवारजनों एवं मित्रों) से साक्षात्कार करने पर पाया गया कि रोगी में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव के पश्चात् व्यवहार एवं स्वभाव में परिवर्तन आया जिन्हें सारणी (4.26) में दर्शाया गया है।
6) उदयपुर संभाग के मनोरागियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से उनके लक्षणों में कमी आना (सारणी 4.25 एवं 4.27) इस आनुभाविक अध्ययन करने की प्रथम उपकल्पना मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है, को स्पष्ट करता है।

2. द्वितीय प्राकल्पना

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है।

1) शोध अध्ययन से प्राप्त तथ्य द्वितीय प्राकल्पना को पूर्णतया सत्य सिद्ध करते हैं, कि मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है।
2) व्यक्ति समाज का अभिन्न अंग होता है। जिससे वह पारिवारिक एवं समाज में व्याप्त विभिन्न समस्याओं से प्रभावित होता है एवं उन समस्याओं का प्रभाव उनके पारिवारिक एवं सामाजिक संबंधों पर पड़ता है और इन सामाजिक संबंधों के गड़बड़ाने से उनमें मानसिक रोगों का होना, नशीली

दवाओं के सेवन, पारिवारिक कलह एवं प्रस्थिति में परिर्वतन हो जाता है। इन संबंधों की पुनः प्राप्ती को सारणी (4.27) में दर्शाया गया है।

3) मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा ही सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना हुई जिसके लिए उनकी विभिन्न समस्याओं को दूर करने लिए शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा मनोसामाजिक परामर्श दिया गया, जिससे उनकें सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों का विस्तार हुआ है। इन आंकड़ों को सारणी (4.28) में दर्शाया गया है।
4) सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना के लिए रोगी को सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक वातावरण से जुड़ाव का रखना बहुत जरूरी है। इनसे जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं ने अपना रूझाण दिखाया। इन आंकड़ों को सारणी 3.3.1 एवं 3.3.2 में दर्शाया गया है एवं इनसे जुड़ाव का प्रभाव सारणी 4.28 में बताया गया है।

3. तृतीय प्राकल्पना

मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।

1) दिनोंदिन बढ़ते भौतिकवादी दृष्टिकोण के कारण मनुष्य का मन अनेक प्रकार की चिन्ताओं, आशंकाओं और तनावों से आक्रान्त रहता है। दिन–प्रतिदिन के इस संघर्ष ने मानसिक अस्वस्थता को जन्म दिया है।
2) चिकित्सा सुविधाओं की सहज प्राप्ति के कारण शारीरिक स्वास्थ्य तो प्राप्त किया जा सकता है किन्तु मन का स्वास्थ्य दिनोंदिन दुर्लभ होता जा रहा है। क्योंकि मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती है। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती है और कुछ पूरी नहीं हो पाती हैं। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हो। अपूर्ण आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है, जिससे तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव व्यक्ति में मानसिक रोग उत्पन्न कर देता है।
3) इसलिए मनोरोगों को कम करने एंव मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एंव सामाजिक पुनर्वास का मुख्य योगदान होता है।
4) शोध अध्ययन में इस तथ्य को उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले) के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में, रोग के लक्षणों में कमी लाने में तथा रोगियों के सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनः स्थापना करने में शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा प्रदान किये गए सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एंव सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव व परिवर्तन को चयनित 150 उत्तरदाताओं एवं 15 मनोरोगियों पर उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से की गई केस स्टडी के आधार समझाया गया है।
5) इस संदर्भ में आंकड़ों को क्रमशः सारणी (3.3.1), (3.3.2), (3.3.3.1.1), (3.3.3.1.2), (3.3.3.1.3), (3.3.3.1.4), (3.3.3.2), (3.3.3.3), (3.3.3.4), (3.3.4) एवं (3.3.4.1) में दर्शाया गया है।
6) मनोरोगियों के मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखने एवं मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ती के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के द्वारा मनोरोगी, समाज एवं उसके परिवार वालों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों के आंकड़ों को क्रमशः सारणी (4.25), (4.26), (4.27), (4.28), (4.29) एवं 4.30 में दर्शाया गया हैं।
7) मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा मनोरोगियों के लक्षणों मे कमी लाकर सामाजिक एवं पारिवारिक सम्बन्धों की पुनःस्थापना तथा सामाजिक कामकाज का विस्तार किया है। जिस

प्रकार चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के द्वारा मानसिक बीमारियों का उपचार होता है उसी प्रकार (सामाजिक स्वास्थ्य, समाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) के द्वारा मनोरोगियों के स्वास्थ्य में सुधार लाया गया है। इन आंकड़ो को सारणी 4.28 में दर्शाया गया है।

4. चतुर्थ प्राकल्पना

मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

1) व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित होता है। जिस प्रकार प्रदूषित प्राकृतिक वातावरण स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता हैं उसी प्रकार प्रदूषित सामाजिक एवं सांस्कृतिक वातावरण भी स्वास्थ्य पर हानिकारक प्रभाव डालता हैं। हमारे स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, स्कूल के वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता हैं।
2) मनोरोगी की चिकित्सा करते समय चिकित्सक अति प्रतिक्रिया वाला, व्यवहार करने वाले मनोरोगी (उन्माद) को शांत एवं अनउत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध कराता है। इसी प्रकार दुःखी मन एवं कम प्रतिक्रिया करने वाले मनोरोगी (अवसाद) को मनोरंजनात्मक एवं उत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध कराता है।
3) शोध अध्ययन मे उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर ज्ञात हुआ है कि वे अपनी मानसिक बीमारी के कारण जब अस्पताल में भर्ती थे तब चिकित्सक के द्वारा उनकी सामाजिक पृष्ठभूमि के साथ सहयोग रखते हुए मानसिक बीमारी का इलाज किया था। इसके साथ ही उनके जन्म से लेकर भर्ती समय तक की सभी घटनाओं की विस्तृत जानकारी ली एवं पारिवारिक इतिहास को पूछते हुए बीमारी के निदान के अनुसार उनको सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया गया था।
4) ऐसा कहने वाले उत्तरदाताओं की संख्या कुल उत्तरदाताओं (150) में से 141 हैं, जिनका प्रतिशत 94 है। इन आंकड़ों को सारणी 4.20 में दर्शाया गया है। अर्थात मनोरोगी की चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।
5) अर्थात मनोरोगी का निदान करते समय चिकित्सक उसकी सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि की पूछताछ करता है एवं बीमारी के निदान के अनुसार रोगी को सामाजिक वातावरण उपलब्ध स्त्रोंतों के आधार पर उपलब्ध कराने के साथ ही, स्वस्थ सामाजिक वातावरण में रहने की सलाह देता है। जैसे अति प्रतिक्रिया वाला व्यवहार करने वाले मनोरोगी (उन्माद) को शांत एवं अनउत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया गया। इसी प्रकार दुःखी मन एवं कम प्रतिक्रिया करने वाले मनोरोगी (अवसाद) को मनोरंजनात्मक एवं उत्तेजक सामाजिक वातावरण उपलब्ध करवाया गया।
6) इन आंकड़ों को सारणी 3.3.2 एवं 4.20 में दर्शाया गया है। अर्थात मानसिक बीमारियों के उपचार में चिकित्सक, परामर्शदाता एवं परिवाजनों सहित स्वयं रोगी को क्रमशः सामाजिक वातावरण से सरोकार एवं जुड़ाव रखना सहयोगी होता है।

- ❖ पंचम अध्याय में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन करते हुए, एक साथ चारों प्राक्ल्पनाओं को परखते हुए, प्रत्येक वैयक्तिक अध्ययन के अन्त में मनोरोगी के जीवन में आये हुए बदलाव का निष्कर्ष लिखा गया है। जो चारों प्राकल्पनाओं की सत्यता को सिद्व करता है।

शोध अध्ययन का चिकित्सा एवं शिक्षा के क्षेत्र में महत्व एवं सुझाव

1. प्रस्तुत शोध अध्ययन के आधार पर मनोरोगियों के निदान में मनोचिकित्सक तथा मनोविशेषज्ञों की भूमिका के समान ही समाजशास्त्रियों की भी भूमिका होती है, क्योंकि समाजशास्त्री ही अवसाद, उन्माद, सिजोफ्रेनिया इत्यादि मानसिक बीमारियों के पीछे छिपे सामाजिक, सांस्कृतिक कारणों को ठीक तरह से जान पाते है और मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने व मानसिक बीमारियों के निदान में अपनी महत्त्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकते हैं।
2. पूर्व शोध अध्ययनों के आधार पर ही मेकनली व रिचार्ड जे. मनोचिकित्सकों का मानना है कि मनोचिकित्सक व मनोविशेषज्ञ, मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराते हैं, जबकि समाजशास्त्री उपलब्ध स्त्रोतों से मानसिक बीमारी के बारे में उपस्थित गलत धारणाओं को लोगों के मन से हटाने के साथ–साथ ही मनोरोगी का सामाजिक पुनर्वास करते हैं।
3. अतः इस आनुभविक अध्ययन के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के योगदान को भारत सरकार एवं नीति निर्धारकों के द्वारा परखते हुए स्वास्थ्य के क्षेत्र में नवीन योजनाओं का निर्माण करने के साथ ही मनोरोगियों के उपचार में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक पुनर्वास (समाजशास्त्रीय प्रबन्ध) को एक साथ मनोविकारों के उपचार की सामाजिक औषधि के रूप में जोड़ना होगा।
4. वर्तमान समय में चिकित्सकों के द्वारा मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय (गोली दवाइयों) व मनोवैज्ञानिकीय (सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा) प्रबन्ध को अधिक महत्व दिया जाता है।
5. मनोरोगियों के उपचार में सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक वातावरण पर जितना ध्यान समाजशास्त्री दे सकता है उतना मनोचिकित्सक एवं मनोविशेषज्ञ नहीं दे सकता है क्योंकि मनोरोगी की सामाजिक सांस्कृतिक पृष्ठभूमि का अध्ययन समाजशास्त्री बेहतर तरीके से कर पाता है बजाय मनोचिकित्सक एवं मनोविशेषज्ञ के।
6. पूर्व से ही प्रसिद्व समाजशास्त्री एवं सामाजिक विचारक इमाइल दुर्खीम भी प्रत्येक सामाजिक घटना का प्रधान कारण समाज या समूह को मानते थे एवं शोधार्थी भी प्रत्येक सामाजिक घटना का मुख्य कारण सामाजिक संबंधों में परिवर्तन को मानता है।
7. वर्तमान में जिस तरह वैश्विक महामारी कोरोना की उचित वेक्सीन एवं गोली दवाइयों का निर्माण न होने तक, WHO द्वारा कोरोना बीमारी को फैलने से रोकने के लिए प्राइमरी दवाई के रूप में सोशल डिस्टेन्सिंग का सर्वाधिक उपयोग भारत देश सहित सम्पूर्ण विश्व में करवाया जा रहा है। उसी प्रकार भारत देश में दिन प्रतिदिन मनोरोगियों की बढ़ती हुई संख्या को कन्ट्रोल करने एवं मनोरोगों के उपचार के लिए तथा मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि के लिए, सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक पुनर्वास को, मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि के रूप में भारत सरकार एवं नीति निर्धारकों के द्वारा जल्द से जल्द अमल में लाना चाहिए।
8. अतः WHO तथा परिवार एवं स्वास्थ्य कल्याण विभाग द्वारा, चिकित्सा महाविद्यालयों, जिला अस्पतालों के मनोरोग चिकित्सा विभाग में एक समाजशास्त्री या चिकित्सा समाजशास्त्री का पद होना चाहिए, जिससे मनोरोगी के स्वास्थ को WHO द्वारा दी गई स्वास्थ्य की परिभाषा (7 अप्रेल 1948) के अनुसार ऊँचा उठाया जा सके।
9. चिकित्सा क्षेत्र के, मनोरोग विभाग में समाजशास्त्री का पद सृजित होते ही समाजशास्त्र की भूमिका के बारे में पुनर्विचार करते हुए यह अध्ययन समाजशास्त्रियों को शिक्षा के क्षेत्र में और अधिक विकास कराते हुए, चिकित्सा के क्षेत्र में भी नई उड़ान भर देगा।

शोध सारांश
(Research Summary)

- स्वतंत्रता प्राप्ति से पहले व्यक्ति के केवल शारीरिक स्वास्थ्य पर ही ध्यान दिया जाता था। मानसिक व सामाजिक स्वास्थ्य पर ध्यान नगण्य मात्र था। लेकिन स्वतंत्रता प्राप्ति के बाद भारत में विभिन्न विकास योजनाओं के साथ व्यक्ति के शारीरिक स्वास्थ्य के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य पर ध्यान दिया गया है। लेकिन अभी भी सामाजिक स्वास्थ्य की तरफ ध्यान सीमित मात्र है, जबकि व्यक्ति का सम्पूर्ण स्वास्थ्य उस देश की जैव सांख्यिकी का निर्धारक कारक होता है और हम किसी भी समाज या देश को तब तक पूर्ण विकसित नहीं कह सकते हैं, जब तक कि उस समाज या देश के सभी व्यक्ति पूर्ण रूप से स्वस्थ न हों। अतः इस विकासशील भारत देश को स्वास्थ्य के क्षेत्र में पूर्ण विकसित होने के लिए स्वास्थ्य के सभी पहलुओं पर ध्यान देना होगा। सम्पूर्ण स्वास्थ्य के निम्न पहलू होते हैं।
- स्वास्थ्य के शारीरिक, मानसिक, सामाजिक, वातावरणीय, भावनात्मक, व्यावसायिक, सांस्कृतिक व आध्यात्मिक पहलू। लेकिन WHO (7 अप्रेल 1948) के अनुसार) "स्वास्थ्य पूर्णतः शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक तंदुरूस्ती की स्थिति है। केवल रोग या अपंगता का अभाव नहीं।"
- इस प्रकार WHO के द्वारा दी गई स्वास्थ्य की परिभाषा में स्वास्थ्य के तीन मुख्य पहलुओं पर विशेष जोर दिया गया है, जो निम्न हैं :–
  - शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक पहलू।
- वर्तमान समय में भी स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर कम ध्यान दिया जा रहा है, जिसके फलस्वरूप हमारे देश में सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ा रहा है और सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ाने से व्यक्तियों में मानसिक विक्षिप्ता उत्पन्न हो जाती है।
- इस प्रकार शोधकर्ता समाजशास्त्री होने के साथ ही इस शोध अध्ययन के माध्यम से यह कह सकता है कि मानव एक सामाजिक प्राणी है और सामाजिक प्राणी होने के नाते मानव विभिन्न प्रकार के सामाजिक संबंधों का निर्माण करता है और ये सामाजिक संबंध सहयोग–असहयोग, स्थायी–अस्थायी, सरल–जटिल एवं अमूर्त इत्यादि प्रकृति के होते हैं। जब मनुष्य इन सामाजिक संबंधों के साथ पूर्ण रूप से सामंजस्य नहीं कर पाता है तो इन संबंधों का प्रभाव विभिन्न सामाजिक संस्थाओं, समूहों व संरचनाओं पर पड़ता है। सामाजिक संस्था जैसे – परिवार, विवाह आदि में सामाजिक संबंध, सहयोग, स्थायी व विश्वास प्रकृति के होते हैं। लेकिन जब ये सामाजिक संबंध सहयोग, स्थायी व विश्वास प्रकृति के न होकर असहयोग, अस्थायी व अविश्वास प्रकृति के हो जाते हैं तो इन संबंधों का प्रभाव परिवार के सभी व्यक्तियों पर पड़ता है और व्यक्ति अपने आपको परिवार के मध्य पाते हुए भी अकेला कुण्ठित, तनाव ग्रस्त एवं आशाविहीन समझने लगता है, जिसके कारण उसका सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ा जाता है और एक सामाजिक रूप से स्वस्थ व्यक्ति सामाजिक रूप से अस्वस्थ हो जाता है।
- इस प्रकार सामाजिक अस्वस्थता के ये सभी कारण – परिवार का बदलता स्वरूप, बढ़ते तलाक, बेरोजगारी, निर्धनता, बदलते सामाजिक मूल्य व सामाजिक संबंधों की अस्थिरता, मनोरंजन के साधनों की कमी, युद्ध व दंगे, आर्थिक व शैक्षणिक समस्याएं एंव वातावरणीय समस्याएं इत्यादि व्यक्ति में मानसिक संघर्ष पैदा करते हैं, जिससे उसका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होता है, क्योंकि ये सभी अवस्थाएं या कारण तनाव कुण्ठा, अकेलापन एवं असंतोष इत्यादि को जन्म देती हैं एवं लम्बे समय तक सभी तनावपूर्ण अवस्था मानसिक अस्वस्थता या विक्षिप्ता का कारण बन जाती है।

- इस प्रकार व्यक्ति जब मानसिक रूप से अस्वस्थ होता है तो उसे समाज में पागल समझा जाने लगता है, जिसके कारण उसके मन में अत्यधिक अकेलापन, असंतोष, हीनभावना, तनाव, कुण्ठा इत्यादि आ जाती है, जिसके कारण उसकी दैनिक क्रियाएं बदल जाती हैं और वह व्यक्ति मानसिक व शारीरिक रूप से अस्वस्थ एवं कमजोर हो जाता है, जिसके कारण उसको अनेक मानसिक व शारीरिक बीमारियां हो जाती हैं। इस प्रकार सामाजिक अस्वस्थता के ये सभी कारक मानसिक संघर्ष उत्पन्न करते हुए मानसिक अस्वस्थता व शारीरिक अस्वस्थता को जन्म दे देते हैं।
- इसलिए शोधकर्ता ने समाजशास्त्री होने के नाते "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" पर यह शोध कार्य किया है ताकि समाज व देश में सामाजिक स्वास्थ्य को बढ़ावा मिले, जिसके कारण मानसिक स्वास्थ्य में वृद्धि होगी एवं देश में कम से कम मनोरोगियों की संख्या होगी।
- एक व्यक्ति का स्वास्थ्य उसके वातावरण से प्रत्यक्ष रूप से सम्बन्धित होता है। व्यक्ति के स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण, सामाजिक सम्बन्धों की प्रकृति, सामाजिक अन्तःक्रियाओं, प्रतिस्पर्धा आदि का अत्यधिक गहरा प्रभाव पड़ता है। स्वास्थ्य शब्द मात्र शारीरिक स्वास्थ्य तक ही सीमित नहीं है। पिछले कुछ दशक से स्वास्थ्य से सम्बन्धित मनोवृति में बदलाव आया है एवं अब शारीरिक स्वास्थ्य के साथ–साथ मानसिक स्वास्थ्य के बारे में भी लोगों की जागरूकता में वृद्धी हुई है। विश्व स्वास्थ्य संगठन के द्धारा दी गई परिभाषा में सिर्फ रोगों के उपचार को ही महत्व न देकर वरन् स्वास्थ्य के प्रोत्साहन एवं रोगों की रोकथाम को भी स्वास्थ्य का अभिन्न अंग माना गया है। जैसा कि कहा जाता है पहला सुख निरोगी काया अर्थात् सारी सुख सुविधाएं होने के बावजूद स्वास्थ्य के अभाव में यह सब व्यर्थ है। स्वस्थ जीवन ईश्वर का वरदान है। एक प्रसिद्ध कहावत है। स्वस्थ शरीर में ही स्वस्थ मन का निवास होता है।
- मानसिक स्वास्थ्य किसी भी व्यक्ति की वह योग्यता है, जिसके द्वारा वह व्यक्तिगत व सामाजिक संतुलन स्थापित करता है और व्यक्ति जब सामाजिक अस्वस्थता के कारकों, परिवार का बदलता स्वरूप, बढ़ते तलाक, बेरोजगारी, निर्धनता, बदलते सामाजिक मूल्य व सामाजिक संबंधों की अस्थिरता, मनोरंजन के साधनों की कमी, युद्ध व दंगे, आर्थिक व शैक्षणिक समस्याएं एवं वातावरणीय समस्याएं इत्यादि के कारण व्यक्तिगत व सामाजिक रूप से सुसंगत संबंधों का निर्माण नहीं कर पाता है तो वह मानसिक रूप से अस्वस्थ्य कहलाता है। मानसिक बीमारियां मुख्यतया सामाजिक–सांस्कृतिक कारणों से होती हैं।
- इसलिए शोधकर्ता ने उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों पर शोध कार्य किया है, जिनके गड़बड़ाने से व्यक्ति में मानसिक विक्षिप्ता उत्पन्न होती है। तथा इस शोध कार्य में इस बात का पता लगाया गया है कि मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
- पिछले चार–पाँच दशकों में स्वास्थ्य पर समाज–विज्ञानों में अनुसंधान की होड़ चल पड़ी है। स्वास्थ्य के विभिन्न पहलुओं का समुदायों पर क्या प्रभाव पड़ा है तथा ये पहलु उनकी जीवनशैली को कैसे प्रभावित कर रहे हैं, इन पर पर्याप्त अनुसंधान हुए हैं। किन्तु मनोरोगियों के स्वास्थ्य पर अभी भी स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं जैसे विषयक अध्ययनों की मात्रा सीमित है।
- समाजशास्त्र में "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" के सदर्भ में किये गए अध्ययन का अभाव है। ऐसी स्थिति में प्रस्तुत अध्ययन मेरी ओर से व्यापक अध्ययन का आधार तैयार करने के लिए लघु प्रयास है।

➢ शोधकर्ता ने अपने इस समस्त अध्ययन को **सात अध्यायों** में विभक्त किया है।

1. प्रथम अध्याय – शोध के प्रथम अध्याय सैद्धान्तिक पृष्ठभूमि : अवधारणात्मक पहलुओं के अन्तर्गत स्वास्थ्य, शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक अस्वास्थ्य, सामाजिक स्वास्थ्य व शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सहसम्बन्ध एवं मानसिक बीमारियों से सम्बन्धित सभी अवधारणाओं, परम्परागत तरीकों, मान्यताओं, सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों, आनुवांशिकता का प्रभाव, मनोरोगों के कारण एवं वर्गीकरण, चिन्ह, लक्षण, नियंत्रण, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं इससे संबंधित कानून व मनोरोगों की रोकथाम की अवधारणा के स्पष्टीकरण को प्रस्तुत किया गया है। इस अध्याय को निम्न भागों में बांटा गया है।

1.1 मानसिक स्वास्थ्य एवं मानसिक अस्वस्थता का अर्थ
1.2 शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य में सहसम्बन्ध
1.3 कुण्ठा एवं मानसिक संघर्ष
1.4 मनोरचनाएं एवं व्यक्तित्व
1.5 मनोरोगों का इतिहास एवं रोकथाम की अवधारणा
1.6 मनोरोगों के कारण एवं वर्गीकरण
1.7 मनोविकृत रोग
1.8 राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम एवं संबंधित कानून

2. द्वितीय अध्याय – शोध के द्वितीय अध्याय पद्धतिशास्त्र : अनुसंधान प्रविधि एवं अध्ययन क्षेत्र में विषय की रूपरेखा एवं चुनाव, अध्ययन के उद्देश्य, अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण, अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव, उपकल्पनाओं का निर्माण, अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन, तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या, सामान्यीकरण, अध्ययन के महत्व का निर्धारण, जाँच एवं पुनःपरीक्षण, भविष्यवाणी करना, विषय पर किये गए अध्ययनों का विवेचन, अध्ययन की सीमाएं एवं प्रस्तावित अनुसंधान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर का विवेचन प्रस्तुत किया गया है।

1. विषय की रूपरेखा एवं चुनाव

➢ प्रस्तावित शोध "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' के अन्तर्गत शोधकर्ता ने मानसिक अस्वास्थ्य के पीछे छिपे उन सभी सामाजिक कारकों को ढूँढ़ निकालना चाहा है, जिनके कारण व्यक्ति में मनोरोग उत्पन्न होते हैं। शोधकर्ता की पूर्ण मान्यता रही है कि व्यक्ति को मनोरोगी बनाने में सामाजिक संबंधों का गड़बड़ाना है। इसलिए शोधकर्ता ने इनके (उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में) मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने में उन सभी सामाजिक पहलुओं पर अन्वेषणात्मक एवं वर्णनात्मक शोध कार्य किया है जिससे मनोरोगियों एवं अन्य सभी व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य की प्राप्ति की जा सके।

2. अध्ययन के उद्देश्य

प्रस्तुत समाजशास्त्रीय अध्ययन मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर केन्द्रीत है।

➢ मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर आनुभविक अध्ययन करने का मुख्य उद्देश्य दोनों चरों में **सहसंबंध** के मापन का है।

➢ अध्ययनकर्ता की पूर्ण मान्यता है कि व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को बनाये रखने में, मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।

➢ इस मुख्य उद्देश्य को ही निम्नलिखित बिन्दुओं में दर्शाया गया है।

1. मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य के अन्य पहलुओं का अध्ययन करना।

2. मनोरोगियों में चिकित्सा एंव स्वास्थ्य से सम्बन्धित अवधारणाओं, परम्परागत तरीकों, मान्यताओं, सामाजिक, सांस्कृतिक कारकों, आनुवांशिकता का प्रभाव, चिन्ह, लक्षण, नियंत्रण, रोकथाम, वर्गीकरण व उपचार की अन्य विधियों का अध्ययन करना।
3. राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के उपचार, रोकथाम व पुनर्वास संबंधी योगदान का अध्ययन करना।
4. मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों को ज्ञात करना एवं मनोरोगियों के उपचार व रोकथाम में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के योगदान सम्बधी जाँच पड़ताल की जाएगी।
5. मनोरोगियों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक, राजनैतिक, शैक्षणिक व सांस्कृतिक कारकों की जाँच करना एवं उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि का अध्ययन करना।
6. इस अध्ययन में यह जानने का प्रयास किया जायेगा कि सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बना रहा है?
7. मनोरोगियों की स्वास्थ्य प्रस्थिति व भूमिका को ज्ञात करना एवं उसे ऊँचा उठाने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की जाँच करना।
8. इस शोध के द्वारा इस तथ्य का पता लगाया जायेगा कि मनोरोगियों कि चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से कितना सरोकार रहता है।
9. मनोरोगियों में मानसिक बीमारी संबंधी परम्परागत मान्यताओं का अध्ययन करना तथा सामाजिक व सांस्कृतिक जीवन के प्रति विचारों की जाँच करना।
10. मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण का अध्ययन करना।

3. अध्ययन क्षेत्र एवं अध्ययन इकाई का निर्धारण

3.1 अध्ययन क्षेत्र उदयपुर संभाग है।

उदयपुर संभाग में निम्न छः जिले आते हैं – उदयपुर, डूंगरपुर, बांसवाड़ा, प्रतापगढ़, राजसमंद एवं चित्तौड़गढ़। इन छः जिलों के ज्यादातर मनोरोगी जब उनकी बीमारी का इलाज सामुदायिक स्वास्थ्य क्रेन्द्र एवं जिला अस्पतालों पर नहीं हो पाता है तो वे अपनी मानसिक बीमारी के इलाज के लिए चिकित्सा महाविधालयों मे आते हैं एवं सात दिन से अधिक समय तक भर्ती रहने वाले साइकोसिस मनोरोगी अधिकतर चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में मिलते हैं। इसलिए शोधार्थी ने अपने अध्ययन विषय के लिए उदयपुर संभाग के दो चिकित्सा महाविद्यालयों जिनमें एक सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं एक निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर को चुना है।

3.2 अध्ययन इकाई का निर्धारण

प्रस्तुत शोध कार्य ″मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन'' की **अध्ययन इकाई मनोरोगी है**। मनारोगी मुख्यतः साइकोसिस व न्युरोसिस दो प्रकार के होते हैं। प्रस्तुत शोध हेतु उदयपुर संभाग के मनोरोगियों में से साइकोसिस मनोरोगियों को अध्ययन के लिए चुना है क्योंकि साइकोसिस मनोरोगी होने के प्राथमिक कारक सामाजिक कारण होते हैं। इस शोध के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के साइकोसिस मनोरोगियों का पता (जो तीन वर्षो, सन् 2013, 2014 एवं 2015 में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहे) इस संभाग के निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर राजस्थान के मनोचिकित्सा वार्ड से किया गया है। प्राथमिक तथ्य प्रत्यक्ष रूप से मनोरोगियों एंव उसके परिवार वालों से साक्षात्कार निर्देशिका एवं वैयक्तिक अध्ययन करके संग्रहित किये गए हैं। इन दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों

में, तीनों वर्षो 2013, 2014 एवं 2015 में एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहने वाले साइकोसिस मनोरोगियों की कुल संख्या 747 मिली। इन 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 249 (89 पुरूष रोगी एवं 75 महिला रोगी एवं 42 मेल चाइल्ड रोगी एवं 43 फिमेल चाइल्ड रोगी) मिले और सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर में 498 (196 पुरूष रोगी एवं 232 महिला रोगी एवं 33 मेल चाइल्ड रोगी एवं 37 फिमेल चाइल्ड रोगी) साइकोसिस मनोरोगी मिले।

4. अध्ययन पद्धति एवं यंत्रों का चुनाव

4.1 शोध अभिकल्प

- प्रस्तुत शोध कार्य की प्रकृति अन्वेषणात्मक एवं वर्णनात्मक है।

4.2 निदर्शन

निदर्शन समग्र का एक छोटा भाग या अंश है। जो कि समग्र का प्रतिनिधि है। शोधार्थी के लिए अपने क्षेत्र विशेष की सम्पूर्ण इकाईयों को शामिल करना संभव नहीं हो पाता है, अतः शोधकर्ता सम्पूर्ण इकाईयों का अध्ययन न करके उन्हीं इकाईयों का चयन करता है जो सम्पूर्ण क्षेत्र का उचित प्रतिनिधित्व करें। गुडे और हाट के अनुसारः ''एक निदर्शन जैसा कि नाम से ही स्पष्ट होता है, एक विस्तृत समूह का एक लघुत्तर प्रतिनिधि है''।

- इस शोध अध्ययन के अन्तर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से **उद्देश्यपूर्ण निर्दशन** विधि का प्रयोग करते हुए 20 प्रतिशत मनोरोगियों को अर्थात 150 उत्तरदाताओं को प्रतिनिधि के रुप में चुनकर प्राथमिक तथ्य एकत्र किये गए हैं। इन 150 उत्तरदाता मनोरोगियों मे से 100 उत्तरदाता मनोरोगी सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं 50 उत्तरदाता मनोरोगी निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर से लिए गए हैं।
- इन 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से ही 15 साइकोसिस मनोरोगियों को उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) के लिए चुना है। गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के 50 उत्तरदाता मनोरोगियों में से 05 साइकोसिस मनोरोगियों को वैयक्तिक अध्ययन के लिए चुना गया है। इसी प्रकार सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के 100 उत्तरदाता मनोरोगियों में से 10 साइकोसिस मनोरोगियों को वैयक्तिक अध्ययन के लिए चुना गया है।
- इस प्रकार दोनों चिकित्सा महाविधालयों के 150 उत्तरदाता मनोरागियों में से 75 उत्तरदाता पुरूष एवं 75 उत्तरदाता महिला हैं जो कि सभी वर्गो का प्रतिनिधित्व करते हैं।
- मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं का (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) महत्त्वपूर्ण योगदान होता है एवं इनसे जुड़ाव मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बनाता है की जानकारी जुटाने के लिए उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि का प्रयोग करते हुए कुल 150 उत्तरदाता मनोरोगियों का चयन किया गया जो कि सभी वर्गो का प्रतिनिधित्व करते हैं।
- चयनित 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से ही शोधकर्ता द्धारा अपने इस शोधग्रन्थ में 15 मनोरोगियों का उनकी सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है।

5. उपकल्पनाओं का निर्माण

मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के उपचार व सुधार लाने के दृष्टिकोण से निम्न प्राकल्पनाएं लेकर अध्ययन किया गया है।

1. मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से सीधा आनुपातिक संबंध होता है।

2. मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के द्वारा ही मनोरोगियों के पारिवारिक व सामाजिक संबंधों को पुनः स्थापित किया जाता है।
3. मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
4. मनोरोगी की चिकित्सा मे चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार रखना सहयोगी होता है।

6. अवलोकन एवं तथ्यों का संकलन

6.1 तथ्य संकलन के स्त्रोत

- शोध कार्य में तथ्यों का संकलन प्राथमिक व द्वितीयक स्त्रोतों पर आधारित है।
- प्राथमिक तथ्य प्रत्यक्ष रूप से मनोरोगियों एंव उसके परिवार वालों से वैयक्तिक अध्ययन, (केस स्टडी) साक्षात्कार निर्देशिका एवं असहभागी अवलोकन के माध्यम से संग्रहित किये गए हैं तथा कई सूचनाएं व तथ्य, द्वितीयक स्त्रातों से ली गई हैं जिसमें प्रकाशित व अप्रकाशित लेख, सार्वजनिक प्रलेख आदि शामिल हैं।

6.2 तथ्य संकलन प्रविधियाँ

- शोध कार्य हेतु प्रयुक्त तथ्यों को मनमाने ढंग से एकत्रित न करके विभिन्न विधियों के माध्यम से संकलित किया है। गुणात्मक व गणनात्मक दोनों विधियों से तथ्य लिए गए हैं।
- प्रस्तुत शोध कार्य में प्राथमिक तथ्य संकलन के लिए निम्न विधियों का उपयोग किया गया है।

A. प्राथमिक तथ्य संकलन प्रविधि

a. वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) – प्रस्तुत शोध में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी सहमति से सूक्ष्म व गहन वैयक्तिक अध्ययन किया गया है। जिसमें मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से लाभान्वित उत्तरदाताओं का जन्म से लेकर वर्तमान जीवन तक की सभी घटनाओं, परिस्थितियों एवं सामाजिक, आर्थिक, व्यवसायिक एवं अन्य आवश्यक पृष्ठभूमि की जानकारी ली गई है, जिसके कारण उनका व्यक्तित्व प्रभावित हुआ। इस विधि में उनके जीवन इतिहास की जानकारी स्वयं मनोरोगी, उसके परिवार वालों एवं मित्रों से एकत्रित की गई है।

b. साक्षात्कार निर्देशिका – उत्तरदाताओं से सूचना प्राप्त करने के लिए शोधकर्ता द्वारा साक्षात्कार निर्देशिका का प्रयोग किया गया। साक्षात्कार निर्देशिका में मनोरोगी के व्यक्तिगत जीवन, पारिवारिक, सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक आदि विभिन्न चरों से सम्बन्धित प्रश्नों को सम्मिलित किया गया है। साक्षात्कार निर्देशिका के द्वारा उत्तरदाता से व्यक्तिगत सम्पर्क साधते हुए प्रत्येक प्रश्न का उत्तर लिया गया है। तथ्यों के संकलन में साक्षात्कार निर्देशिका में उन सभी चरों एवं कारकों से सम्बन्धित प्रश्न निर्मित किए गए जिनसे मानसिक बीमारी उत्पन्न हुई एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की वास्तविक स्थिति के प्रभाव की सही सूचना प्राप्त की जा सके। साक्षात्कार निर्देशिका में कुल 150 प्रश्नों का समावेश किया गया एवं उत्तरदाताओं से साक्षात्कार किया गया। प्रत्येक उत्तरदाता से प्रश्न पुछने में 3 से 4 घण्टें का समय लगा। शोध कार्य हेतु खुले एवं बन्द दोनों प्रकार के प्रश्नों को सम्मलित किया गया एवं साक्षात्कार निर्देशिका में शिक्षित के साथ–साथ अशिक्षित उत्तरदाताओं कि मानसिक स्थिति को भी ध्यान में रखते हुए प्रश्नों को सम्मलित किया गया। शोधार्थी ने साक्षात्कार निर्देशिका के द्वारा मनोरोगियों व उनके परिवार वालों से अस्पताल में भर्ती होने के दौरान व गहन अध्ययन के कारण निवास क्षेत्रों में भी जाकर आमने–सामने की स्थिति में उत्तरदाताओं से सूचना को

एकत्रित किया है। इस प्रकार मनोरोगियों व उनके परिवार वालों से शोध कार्य हेतु विभिन्न तथ्य एकत्र किए गए हैं।

c. **असहभागी–अवलोकन** – मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का मनोरोगियों व उनके परिवारजनों पर पड़ने वाले प्रभावों को असहभागी अवलोकन के माध्यम से अवलोकित किया गया। कुछ हद तक इसमें सहभागी अवलोकन का भी प्रयोग हुआ है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के प्रभावों को स्वयं अध्ययनकर्त्ता ने भी महसूस किया है।

B. द्वितीयक तथ्य संकलन प्रविधि

प्राथमिक तथ्यों के साथ साथ द्वितीयक तथ्यों का भी शोध कार्य में महत्वपूर्ण भाग होता है। इसके अन्तर्गत मनोरोगियों एवं मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से सम्बन्धित संकलित सभी सूचनाओं को, पुस्तकों, शोध पत्रों, विभिन्न प्रकाशित व अप्रकाशित लेखों, विभिन्न पूर्व अध्ययनों, व समाचार पत्रों में प्रकाशित तथ्यों, विभिन्न पुस्तकालयों की जर्नल्स एवं प्रकाशित रिपोर्ट्स तथा इन्टरनेट के माध्यम के द्वारा विषय से संबंधित उपलब्ध वेब पेजों से जानकारी एकत्रित की गई है। इनके साथ–साथ ही दोनों चिकित्सा महाविद्यालयों में से मनोरोगियों की भर्ती दिनांक से डिस्चार्ज तक सम्पूर्ण आंकड़ें एवं मनोरोगियों के वैयक्तिक इतिहास रिकॉर्ड का संकलन किया गया है। इसके साथ–साथ ही मनोरोगियों व मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं की ऐतिहासिक पृष्ठभूमि तथा अवधारणात्मक पहलुओं एवं अन्य सम्बन्धित तथ्यों का संकलन किया गया है।

7. तथ्यों का वर्गीकरण, विश्लेषण एवं व्याख्या

तथ्यों के विश्लेषण एवं व्याख्या के बिना शोध कार्य अपूर्ण एवं अधूरा माना जाता है क्योंकि विश्लेषण शोध का रचनात्मक पक्ष है। अध्ययन क्षेत्र से तथ्यों के संकलन के पश्चात बिखरे हुए तथ्यों का समानता व एकरूपता के आधार पर वर्गीकरण किया गया है ताकि निष्कर्ष में आसानी रहे एवं अधिक निश्चित रूपरेखा प्रदान करने के लिए डाटा का सारणीयन किया गया है प्राप्त तथ्यों को चित्रों एवं साधारण सारणी के माध्यम से दर्शाया गया है।

8. सामान्यीकरण

एक व्यवस्थित शोध के अध्ययन क्षेत्र की दो मुख्य प्रवृत्तियाँ होती हैं, पहले देखना तथा दूसरी गणना और सूचना एकत्र करना, अन्य शब्दों में इन तथ्यों को एकत्र कर व्यवस्थित किया जाता है, ताकि हम उनका अभिप्राय व उनका सामान्यीकरण कर उनके अर्थों को जान सके। इसी परिप्रेक्ष्य में प्रस्तुत शोध में तथ्यों का सामान्यीकरण, उपर्युक्त आधार पर प्राप्त तथ्यों के अनुरुप किया गया है।

9. अध्ययन के महत्व का निर्धारण

- प्रस्तुत शोध कार्य का महत्त्व इसी तथ्य में निहित है कि इसके अन्तर्गत इस बात का पता लगाया गया है कि (उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में) मनोरोगियों के स्वास्थ्य सुधार लाने के स्तर से मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का सीधा आनुपातिक संबंध होता है तथा मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) का महत्त्वपूर्ण योगदान होता है।
- शोधकर्ता ने अपने इस अध्ययन में कुछ महत्त्वपूर्ण बिन्दुओं को जोड़कर अध्ययन किया है, जिसके कारण यह अध्ययन कई दृष्टियों से महत्त्वपूर्ण बन गया है। जिन बिन्दुओं पर शोधकर्ता ने अध्ययन किया है, उन पर आज तक इस उदयपुर संभाग में किसी समाजशास्त्री द्वारा अध्ययन नहीं किया गया है, जैसा कि:–

1. **चिकित्सा विभाग की दृष्टि से** – उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के उपचार में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का क्या प्रभाव पड़ा है तथा कहाँ तक ये पहलू (समाजशास्त्रीय प्रबन्ध) मनोरोगियों व अन्य बीमारियों के प्रबन्ध में सहायक है।
2. **शिक्षा विभाग की दृष्टि से** – अध्ययन के निष्कर्षों के आधार पर मनोरोगियों के उपचार में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं व समाजशास्त्र की भूमिका के बारे में पुनर्विचार करने एवं उदयपुर संभाग के साथ–साथ सम्पूर्ण राजस्थान व देश में अधिक उपयोगी बनाने की दिशा में मार्गदर्शन मिल पाया है।
3. **सरकार की दृष्टि से** – उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के हितों को ध्यान में रखकर बनाई जाने वाली स्वास्थ्य योजनाऐं एव मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू कितने कारगर साबित हो पा रहे हैं, इसकी तस्वीर स्पष्ट हुई है।

10. जाँच एवं पुनःपरीक्षण

- प्रस्तुत शोध कार्य में प्राप्त निष्कर्षो से सत्यापन की जाँच हेतु उनकी पुनः परीक्षा की गई है, ताकि सार्वभौमिक एवं सही तथ्य प्राप्त हो सके।

11. भविष्यवाणी करना

- पूर्ण रुप से परिष्कृत तथ्यों के निष्कर्षो के आधार पर प्रस्तुत शोध में भविष्य की घटनाओं का पूर्वानुमान लगाया गया है, जो सिद्धांतों के निर्माण में उपयोगी है।
- इस प्रकार प्रस्तुत शोध कार्य में अध्ययन वस्तु में उल्लेखित वैज्ञानिक पद्वतियों का कार्यरुप प्रदान किया गया है, जिससे प्रस्तुत शोध में वैज्ञानिक आधार पर निष्कर्ष प्राप्त किए गए हैं क्योंकि सही ज्ञान के संचय का आधार ही वैज्ञानिक पद्वति है।
- कार्ल पियर्सन ने भी लिखा है कि ''सत्य के लिए लघु (संक्षिप्त) मार्ग नहीं है, विश्व का ज्ञान प्राप्त करने के लिए वैज्ञानिक पद्वति के द्वार से गुजरने के अतिरिक्त ओर कोई मार्ग नहीं है।''

12. विषय पर किये गये कार्यों की समीक्षा

- दिनोंदिन बढ़ते भौतिकवादी दृष्टिकोण के कारण मनुष्य का मन अनेक प्रकार की चिन्ताओं, आशंकाओं और तनावों से आक्रान्त रहता है। दिन–प्रतिदिन के इस संघर्ष ने मानसिक अस्वस्थता को जन्म दिया है। चिकित्सा सुविधाओं की सहज प्राप्ति के कारण शारीरिक स्वास्थ्य तो प्राप्त किया जा सकता है। किन्तु मन का स्वास्थ्य दिनोंदिन दुर्लभ होता जा रहा है। क्योंकि मनुष्यों में नाना प्रकार की इच्छाएं और आशाएं होती हैं। इनमें से कुछ संतुष्ट हो जाती है और कुछ पूरी नहीं हो पाती। संसार में कोई भी मनुष्य ऐसा नहीं है, जिसकी सभी आशाएं पूरी हो जाती हों। अपूर्ण आशा के कारण कुण्ठा उत्पन्न होती है, जिससे तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव व्यक्ति में मानसिक रोग उत्पन्न कर देता है। इसलिए मनोरोगों को कम करने या मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में उसके आसपास का वातावरण (सामाजिक वातावरण) का मुख्य योगदान होता है।
- **इमाइल दुर्खीम (1897)** की महत्त्वपूर्ण तृतीय कृति फ्रान्सिसी भाषा में **"ले सुसाइड"** अर्थात् 'आत्महत्या' प्रकाशित हुई। इस पुस्तक का मुख्य उद्देश्य उन सामाजिक प्रक्रियाओं व कारकों का विश्लेषण करना है। जिनके कारण आत्महत्याएं होती हैं। इस कृति में आत्महत्या से संबंधित अनेक तथ्यों को एकत्र किया गया है और उनके आधार पर यह निष्कर्ष निकाला गया है कि आत्महत्या तब की जाती है, जब व्यक्ति का सामाजिक जीवन विघटित हो जाता है और इस विघटन का कारण भी सामाजिक प्रभाव ही होते हैं और इस विघटन से व्यक्ति में तनाव उत्पन्न होता है और लम्बे समय तक तनाव, मानसिक विक्षिप्ता या आत्महत्या जैसी मनोरोग आपातस्थिति का कारण बन जाता है। इस प्रकार दुर्खीम प्रत्येक

सामाजिक घटना का प्रधान कारण समाज या समूह को मानते हैं। सन् 1930 के बाद शोधकर्ताओं के द्वारा भी मानसिक अस्वास्थ्य के कारणों में सामाजिक वातावरण के प्रभाव की अवधारणा को मुख्य माना है। इसमें उन्होंने सामाजिक वर्ग एवं सामाजिक गतिशीलता को मुख्य माना है।

➢ इसी प्रकार विभिन्न विद्ववानों की इस विषय से सम्बन्धित विभिन्न कार्यो की समीक्षा की गई है।

13. अध्ययन की सीमाएं :–

➢ समाज विज्ञान के अध्ययन की प्रमुख विशेषता अध्ययन के क्षेत्र का परिसीमन करना है। "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" के अन्तर्गत प्राथमिक व द्वितीयक आंकड़े एकत्रित करते समय शोधार्थी को कई सीमाओं का सामना करना पड़ा है। जो निम्न प्रकार है –

1. समंक (डाटा) की उपलब्धता भी एक महत्वपूर्ण सीमा के रूप में रही है।
2. इस शोध परियोजना का कार्यक्षेत्र उदयपुर संभाग के निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर एवं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में केवल एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहे सिर्फ साइकोसिस मनोरोगियों तक ही सीमित रहा है। क्योंकि साइकोसिस मनोरोगियों के प्राथमिक कारक सामाजिक कारण होते हैं।
3. इस शोध के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के साइकोसिस मनोरोगियों का पता (जो सिर्फ तीन वर्षो, सन् 2013, 2014 एवं 2015 मे एक सप्ताह से अधिक समय तक भर्ती रहे) इस संभाग के निजी गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय एवं सरकारी रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर राजस्थान के मनोचिकित्सा वार्ड से किया गया है।
4. इस शोध अध्ययन के अन्तर्गत सम्रग 747 साइकोसिस मनोरोगियों में से उद्देश्यपूर्ण निदर्शन विधि का प्रयोग करते हुए सिर्फ 20 प्रतिशत मनोरोगियों का अर्थात 150 उत्तरदाताओं को प्रतिनिधि के रुप में चुनकर प्राथमिक तथ्य एकत्र किये गए हैं।
5. इन 150 उत्तरदाता साइकोसिस मनोरोगियों में से ही सिर्फ 15 मनोरोगियों का ही गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन उनकी सहमति से किया गया क्योंकि समय व धन के व्यय को ध्यान में रखते हुए सीमित करना पड़ा।
6. इस शोध के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के छः जिलों – उदयपुर, डूंगरपुर, बांसवाड़ा, प्रतापगढ़, राजसमंद एवं चित्तौड़गढ़ के सामुदायिक स्वास्थ्य क्रेन्द्र, जिला अस्पताल एवं सेटेलाइट अस्पतालों से सात दिन से अधिक समय तक भर्ती रहने वाले साइकोसिस मनोरोगियों का पता नहीं किया गया है।
7. मनोरोगी उत्तरदाताओं से जानकारी एकत्रित करने में उनसे एवं उनके परिवारजनों से सहमति लेने पर भी बहुत परेशानी का सामना करना पड़ा एवं उनकी सूचनाओं को गोपनीय बनाए रखने का विश्वास दिलाया गया।
8. वैयक्तिक अध्ययन (केस स्टडी) करने में समय अधिक लगा एवं कुछ मनोरोगियों की अस्पताल से छुट्टी होने के बाद भी एक से अधिक बार उनके निवास क्षेत्र में जाकर गहन व सूक्ष्म जानकारी ली गई। कम समय में अधिक से अधिक जानकारी लेना आसान कार्य नहीं रहा।
9. शोध कार्य में अनुसंधानकर्ता को एक साथ कई कार्यों का सम्पादन करना होता है, जैसे साक्षात्कार निर्देशिका को भरना, अवलोकन, वैयक्तिक अध्ययन आदि, इसलिए समय एवं धन

के व्यय को भी ध्यान में रखकर अध्ययन करना पड़ा जो कि शोधार्थी के लिए चुनौती भरा कार्य रहा है।

10. शोधकर्ता ने नर्सिंग में डिप्लोमा सन् 2011 में उत्तीर्ण कर रखा था जिसके कारण शोधकर्ता की 12 फरवरी 2016 को नर्सिंग स्टाफ ग्रेड़ द्वितीय के पद पर राजस्थान सरकार में सरकारी नौकरी अजमेर जिले के जवाहरलाल नेहरू चिकित्सा महाविधालय एवं अस्पताल में लग जाती है जिसके कारण शोधकर्ता को इस शोध कार्य के बेहतर निष्कर्ष प्राप्त करने के लिए कोटा विश्वविधालय, कोटा द्वारा दिये गये सम्पूर्ण समय का उपयोग करना पड़ा है।

14. प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर :–

- चिकित्सा जगत के क्षेत्र में मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित जितने भी आज तक अध्ययन हुए हैं, उनमें प्रत्येक विद्ववान ने अपने–अपने तरीके से मनोरोगियों के स्वास्थ्य संबंधी अध्ययन किये हैं और उन्होंने मनोरोगों को नियंत्रित करने में ज्यादातर चिकित्सकीय प्रबन्ध को महत्त्व दिया है, समाजशास्त्रीय प्रबन्ध या उपचार को नहीं। कुछ विद्ववानों ने स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का भी अध्ययन किया है, लेकिन मनोरोगियों के संदर्भ में नहीं। इस क्षेत्र में समाजशास्त्रियों की भूमिका भी नगण्य मात्र रही है। अर्थात –
- **प्रस्तावित अनुसन्धान क्षेत्र में निर्धारित शोध अन्तर निम्न है।**

1. एक व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू उसका उच्च शैक्षणिक स्तर, रोजगार, आय, विवाहित जीवन, अच्छा व्यवसाय, अच्छा पारिवारिक, सामाजिक, मनोरंजनात्मक एवं सुरक्षायुक्त वातावरण, अच्छा घर, अच्छा सामाजिक समर्थन, स्थाई, सहयोग एवं विश्वासपूर्ण सामाजिक संबंधों की प्रकृति, उच्च प्रस्थिति, पारिवारिक सामंजस्यता एवं विकलांग रहित शरीर होते हैं।
2. लेकिन उपरोक्त क्रम संख्या (01) के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं में परिवर्तन आने से व्यक्ति का मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक अस्वास्थ्य में बदल जाता है, जिससे उसमें मनोरोग उत्पन्न हो जाते हैं।
3. उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के उपचार एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य को पुनः प्राप्त करने के लिए शोधकर्ता ने उत्तरदाताओं का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक वातावरण) से तथा मनोचिकित्सकों द्वारा दी गई सामाजिक चिकित्सा एवं राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य क्रार्यक्रमों के दौरान, सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव करवाया है।
4. अर्थात एक स्वस्थ व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू क्रम संख्या (01) वाले होते हैं। वहीं एक मनोरोगी के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू क्रम संख्या (03) वाले होते हैं।
5. यदि शोध अध्ययन मानसिक रूप से स्वस्थ व्यक्तियों पर किया जाता तो मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं क्रम संख्या (01) वालों से उत्तरदताओं का जुड़ाव एवं परिवर्तन का अध्ययन ही किया जाता। लेकिन प्रस्तुत शोध कार्य मनोरोगियों पर किया गया है इसलिए उनकें मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों एवं अन्य कारकों को जानकर, मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं क्रम संख्या (03) वालों से उत्तरदताओं का जुड़ाव एवं उनके जीवन में आये हुए परिवर्तनों का अध्ययन किया गया है।
6. प्राचीन सामाजिक चिकित्सा को वर्तमान में मनोचिकित्सा का रूप दिया हुआ है। इसलिए यह शोध कार्य मनोवैज्ञानिक पहलुओं का भी अध्ययन करवाता है।
7. मनोरोगी समाज का ही एक व्यक्ति है जबकि मनोरोग चिकित्सकीय अवधारणा है। अर्थात यह अध्ययन शोध शीर्षक के आधार पर समाजशास्त्रीय अध्ययन होने के साथ–साथ मनोवैज्ञानिकीय

एवं चिकित्सकीय अध्ययन बन गया है। जो शारीरिक, मानसिक एवं सामाजिक स्वास्थ्य के सहसम्बन्ध को दर्शाता है एवं डब्ल्यूएचओ की स्वास्थ्य की परिभाषा को पूर्ण करता है।

8. इस शोधकार्य में मनोरोगियों के उपचार एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य में वृद्वि के लिए समाजशास्त्रीय प्रबन्ध (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) को उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों के आधार पर परखते हुए शोधकर्ता ने इन चारों थैरेपियों को मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि कहा है।

3. तृतीय अध्याय – शोध के तृतीय अध्याय में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं का परिचय एवं उत्तरदाताओं के जुड़ाव का विवेचन प्रस्तुत किया गया है। मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों जैसे शिक्षा, बेरोजगारी, आय, निर्धनता, वैवाहिक स्थिति, व्यवसाय, पारिवारिक वातावरण, धर्म एवं संस्कृति, घर का स्वरूप, जातिवाद, लैंगिकता, सामाजिक समर्थन, सामाजिक परिवर्तन, सामाजिक संबंध, प्रस्थिति, मादक पदार्थों का सेवन, पारिवारिक संरचना, पारिवारिक असामंजस्यता, नस्ल एवं नृजातियता, विकलांगता, मनोरंजन के साधनों एवं स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता तथा अन्य कारकों पर 150 उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर विवेचन किया गया है। इसी के साथ ही मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में उनके मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन, शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा क्रमशः सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव एवं सरोकार के प्रोत्साहन एवं मनोचिकित्सकों व मनोविशेषज्ञों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा तथा राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के द्वौरान प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास का परिचय कराते हुए उत्तरदाताओं का इनसे जुड़ाव एवं प्रभाव पर 150 उत्तरदाताओं की संचेतना के आधार पर विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है।

- शोध करते समय शोधकर्ता द्वारा प्रत्येक रोगी को मानसिक बीमारी होने के अलग–अलग कारकों का होना पाया गया। इसलिए शोधकर्ता ने 15 मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से सूक्ष्म एवं गहन वैयक्तिक अध्ययन किया है। लेकिन विभिन्न पूर्व अध्ययनों एवं इस शोध कार्य के आधार पर व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न सामाजिक कारकों एवं अन्य कारकों का परिचय कराते हुए साक्षात्कार निर्देशिका के माध्यम से चयनित 150 उत्तरदाताओं (मनोरोगी, परिवार वाले, मित्र एवं रिश्तेदार) की संचेतना के आधार विवेचन किया गया है।
- चयनित 150 उत्तरदाताओं में मानसिक बीमारी होने के कारणों का अध्ययन करने पर पाया कि अधिकांश उत्तरदाताओं को मानसिक बीमारियां सामाजिक कारकों के कारण उत्पन्न हुई थी। जिनके कारण उनका मानसिक स्वास्थ्य प्रभावित होते हुए मानसिक अस्वास्थ्य में बदल गया था। इसलिए शोधकर्ता द्वारा उनकी मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ति के लिए सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन, शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा क्रमशः सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव एवं सरोकार के प्रोत्साहन तथा मनोचिकित्सकों एवं मनोविशेषज्ञों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा तथा राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के द्वौरान प्रदान किये जा रहे सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव का अध्ययन किया है कि ये पहलू मनोरोगियों के स्वास्थ्य को केसे बेहतर बना रहे हैं एवं इनका योगदान मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही होता है या नहीं।
- इस तथ्य का पता उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले) के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने में एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनोचिकित्सकों के द्वारा प्रदान की जा रही सामाजिक चिकित्सा, राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में प्रदान किये जा रहे सामाजिक

पुनर्वास एवं शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन, शोधकर्ता एवं चिकित्सकों द्वारा क्रमशः सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन एवं सरोकार का परिचय कराते हुए चयनित 150 उत्तरदाताओं के जुड़ाव के प्रभाव की संचेतना के आधार पर विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है। शोधकर्ता एवं चिकित्सकों के द्वारा मनोरोगी का उपचार करने के लिए एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के निम्न सामाजिक पहलुओं का उपयोग किया गया था।

1. सामाजिक स्वास्थ्य :–
   - शोधकर्ता द्वारा सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव के प्रोत्साहन पर उत्तरदाताओं की संचेतना
2. सामाजिक वातावरण :–
   - सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना
3. सामाजिक चिकित्सा :–
   A. व्यक्तिगत मनोचिकित्सा –
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में मनो–विश्लेषण थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सम्मोहन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में एबरिएक्शन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में सहायक मनोचिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

   B. समूह चिकित्सा –
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में समूह थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

   C. व्यवहार चिकित्सा –
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में व्यवहार चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना

   D. अन्य चिकित्सा –
      - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने एवं रोग के लक्षणों में कमी लाने में ई.सी.टी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव पर उत्तरदाताओं की संचेतना
4. सामाजिक पुनर्वास :–
   - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना
   - मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने में व्यावसायिक थैरेपी से जुड़ाव के प्रति उत्तरदाताओं की संचेतना

4. चतुर्थ अध्याय – शोध के चतुर्थ अध्याय में चयनित 150 उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि की जानकारी को समझाया गया है। जिसमें समग्र मनोरोगियों एवं उत्तरदाता मनोरागियों की चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि (सन् 2013 से 2015 तक) के आधार पर वर्गीकरण, लिंग, वयस्कता, आयु, शैक्षणिक स्थिति, व्यवसाय, आय, धर्म, निवास स्थान की प्रकृति, जाति वर्ग, पारिवारिक संरचना, वैवाहिक स्थिति, घर के स्वरूप एवं आर्थिक स्थिति का वर्गानुसार विवरण का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है। इसके साथ ही मानसिक स्वास्थ्य के

सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन एवं योगदान को उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों के आधार पर समझाने का प्रयास किया है। प्रस्तुत अध्याय में संरचनात्मक प्रकार्यात्मक उपागम की दृष्टि से मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से चयनित उत्तरदाताओं के आधार पर विश्लेषण करने का प्रयास किया गया है।

- चयनित 150 उत्तरदाताओं की सामाजिक आर्थिक पृष्ठभूमि।
- उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के परिवर्तन का अध्ययन।

➢ मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं पर आनुभविक अध्ययन करने का मुख्य उद्देश्य **सहसंबंध** के मापन को ज्ञात करना रहा है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के जुड़ाव से चयनित उत्तरदाताओं में मानसिक रोग के लक्षणों (अवसाद, उन्माद, तनाव, अनिद्रा, भय, क्रोध) मे कमी पायी गई है। इसके साथ ही इनके द्वारा रोगियों के सामाजिक एवं पारिवारिक संबंधों की पुनः स्थापना हुई है। मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं को समाजशास्त्रीय दृष्टिकोण से शोधकर्ता ने मनोरोगियों के लक्षणों में कमी लाने के कारण, इनके उपचार के रूप में इन्हें मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि कहा है। जिसे सोशियोलॉजिकल मैनेंजमेन्ट नाम दिया है।

RX सोशियोलॉजिकल मैनेंजमेंट

(सोशल ड्रग)

1. सामाजिक स्वास्थ्य
2. सामाजिक वातावरण
3. सामाजिक चिकित्सा
4. सामाजिक पुनर्वास

5. पंचम अध्याय – शोध के पंचम अध्याय में 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है। एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन किया गया है।

➢ चयनित 150 उत्तरदाताओं में से ही 15 उत्तरदाता मनोरोगियों की केस स्टडी की गई है। जिनमें 11 वयस्क (06 पुरूष एवं 05 महिला) तथा 04 अवयस्क (02 मेल चाइल्ड एवं 02 फिमेल चाइल्ड) मनोरोगियों का गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है। इनमें 01 वयस्क लावारिस पुरूष का वैयक्तिक अध्ययन भी शामिल हैं।

➢ क्रम संख्या 01 से 04 तक के वैयक्तिक अध्ययन अवसाद रोग (डिप्रेशन) से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए हैं एवं क्रम संख्या 05 से 08 तक के वैयक्तिक अध्ययन उन्माद रोग (मेनिया) से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए हैं। इसी प्रकार क्रम संख्या 09 से 11 तक के वैयक्तिक अध्ययन सिजोफ्रेनिया रोग से ग्रसित मनोरोगियों पर किये गए हैं।

➢ क्रम संख्या 12 एवं 13 का वैयक्तिक अध्ययन सन्निपात रोग (डेलिरियम) से ग्रसित मनोरोगियों पर किया गया है एवं क्रम संख्या 14 एवं 15 का वैयक्तिक अध्ययन मनोभ्रंश रोग (डिमेन्शिया) से ग्रसित मनोरोगियों पर किया गया है।

वैयक्तिक अध्ययन के भाग

- परिचय
- पारिवारिक विवरण
- प्रारम्भिक जीवन, शिक्षा एवं घटनाएं
- गृहस्थ जीवन एवं रोजगार

- सामाजिक, आर्थिक व पारिवारिक स्थिति
- रोग उत्पन्न करने वाली विभिन्न घटनाएं
- रोगी के व्यवहार एवं स्वभाव में बदलाव
- रोगी के मानसिक रोग का निदान एवं समुदाय का बदलता दृष्टिकोण
- रोगी एवं परिवारजनों का मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के बाद रोगी व समुदाय में परिवर्तन
- मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के प्रति रोगी एवं परिवारजनों की अनुभूति तथा विचार
- निष्कर्ष

6. छठा अध्याय – शोध के छठे अध्याय में मानसिक बीमारी एवं मनोरोगियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाओं का विवेचन एवं विश्लेषण किया गया है।

- आज भी उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) में मानसिक बीमारी के बारे में बड़ी मात्रा में गलत धारणाएं एवं अंधविश्वास फैला हुआ है। आज भी मानसिक बीमारी को देवी–देवता के प्रकोप या प्रेम, बेताल के दुष्प्रभाव का परिणाम माना जाता है तथा इन रोगों के उपचार हेतु जादु–टोने, ताबीज एवं जड़ी बूटी को ही सर्वश्रेष्ठ औषधि माना जाता है।
- एक व्यक्ति विशेष के व्यक्तिगत मूल्य, व्यक्तिगत विश्वास एवं मान्यताएं स्वयं की एवं दूसरों की मानसिक बीमारी के प्रति, स्वयं की मनोवृति पर प्रभाव डालते हैं। उत्तरदाताओं के मन में अभी भी मानसिक बीमारी के प्रति अनेक व्याप्त गलत धारणाएं हैं। इसलिए इन व्याप्त गलत धारणाओं एवं उनकी मनोवृति को बदलने हेतु निरन्तर शिक्षा की आवश्यकता है।
- प्रस्तुत शोध अध्ययन के आधार पर उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का मानसिक बीमारी के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाएं निम्न हैं।
    1. मानसिक बीमारी आनुवांशिक होती है।
    2. मानसिक बीमारी का शारीरिक स्वास्थ्य से कोई संबंध नहीं है।
    3. मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव नहीं है।
    4. मानसिक बीमारी का कारण दैवीय शक्तियां है।
    5. मानसिक बीमारी जीवन पर्यन्त बनी रहती है।
    6. मानसिक बीमारी संक्रामक है।
    7. विवाह से मानसिक बीमारी का उपचार सम्भव है।
    8. मानसिक बीमारी का उपचार केवल अस्पताल में भर्ती होने पर ही सम्भव है।
    9. मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति का व्यवहार हमेशा विचित्र होता है।
    10. मानसिक अस्वस्थ व्यक्ति खतरनाक होते हैं।
    11. मानसिक बीमारी एक सामाजिक कलंक है।
    12. एक सामान्य व्यक्ति कभी मानसिक रूप से अस्वस्थ नहीं हो सकता है।
    13. राजस्थान में मानसिक बीमारी का प्रचलन कम है।
    14. मानसिक अस्पताल में उपचार का एकमात्र तरीका प्रतिबन्ध है।
- निष्कर्ष :– उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) में मानसिक बीमारी के बारे में बड़ी मात्रा में गलत धारणाएं एवं अंधविश्वास फैला हुआ है। जिसके कारण इनके मन में मानसिक बीमारी के प्रति नकारात्मक अभिवृति उत्पन्न होती है। इसलिये इनमें व्याप्त गलत धारणाओं एवं उनकी मनोवृति को बदलने हेतु निरन्तर शिक्षा की आवश्यकता है।
- "मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलू : उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में एक समाजशास्त्रीय अध्ययन" के द्वारा प्राप्त निष्कर्ष में उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार

एवं मित्र) का मानसिक रोगियों के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण को निम्न बिन्दुओं के अर्न्तगत समझाया गया है।

1. अधिकांश उत्तरदाताओं में मानसिक रोगियों के व्यवहार के कारण उनके प्रति गलतफहमी, डर एवं उद्वेग की भावना व्याप्त है और इसी वजह से वे मानसिक रोगियों को नजरअंदाज करते हैं।
2. उत्तरदाताओं द्वारा मानसिक रोगियों के प्रति इस प्रकार प्रतिक्रिया दर्शायी गयी है –
   - मनोरोगी होने से मना करना।
   - रोगी को एकांतवास प्रदान करना
   - रोगी को नजरअंदाज करना।
3. उत्तरदाताओं में मानसिक रोगियों के बारे में यह धारणा है कि सभी मानसिक रोगी सोचने समझने में अक्षम होते है।
4. पढ़े–लिखे उत्तरदाता भी मानसिक स्वास्थ्य की आवश्यकता व मानसिक बीमारी के विभिन्न पहलुओं से अनभिज्ञ हैं।
5. उत्तरदाताओं के द्वारा मानसिक रोगियों को हमेशा खतरनाक, आक्रामक एवं हिंसक समझा गया है।
6. उत्तरदाता स्वयं भी मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रति अनभिज्ञ हैं व उनका मानना है कि मानसिक रोगियों का कभी उपचार नहीं हो सकता है।
7. इस प्रकार अधिकांश उत्तरदाता (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) मानसिक रोगियों के प्रति नकारात्मक मनोवृति रखते हैं जिसके कारण मानसिक रोगियों को उनकें द्वारा अस्वीकार कर दिया जाता है। उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) के द्वारा इस अस्वीकृति के निम्न मुख्य कारण हैं :–
8. आर्थिक कारण :– ज्यादातर मनोरोगी की, मानसिक बिमारी के उपचार की एक दीर्घ अवधि होती है एवं सही होने के पश्चात् भी समुदाय ऐसे मरीजों को कभी भी स्वीकार नहीं करता है व मनोरोगी के इलाज का खर्चा भी काफी अधिक होता है। अतः उत्तरदाताओं का कहना है कि परिवार के सदस्य भी उनके इलाज से कतराते हैं विशेषतौर पर अगर मरीज बेरोजगार हो या आश्रित सदस्य हो।
9. असामान्य व्यवहार :– उत्तरदाताओं के द्वारा मानसिक रोगियों को नकारने का एक मुख्य कारण मनोरोगियों का असामान्य व्यवहार भी है। मनोरोगी का उग्र, प्रचण्ड, हिंसक व गैर जिम्मेदारना व्यवहार भी सामाजिक अस्वीकृति को बढ़ावा देता है।
10. उत्तरदाताओं का कहना है कि मनोरोगी एवं मानसिक बीमारियों के साथ एक प्रकार की समस्या यह भी है कि मानसिक बीमारी को उस व्यक्ति विशेष या परिवार के लिये सामाजिक कलंक की तरह देखा जाता है जो उस व्यक्ति के साथ जीवन पर्यन्त जुड़ा रहता है। इसलिए परिवार के सदस्य मरीज के किसी भी इलाज को व्यर्थ मानते हैं एवं उस मरीज को नकार देते हैं।
11. उत्तरदाताओं का कहना है कि मानसिक रोगी अपने कार्य क्षेत्र में भी अकुशल प्रदर्शन करते हैं जिससे रोगी की कार्य अकुशलता से रोगी एवं उनकी सामाजिक प्रतिष्ठा पर प्रभाव पड़ता है। कार्य कुशलता में कमी भी उनकी सामाजिक अस्वीकृति का कारण है।
12. उत्तरदाताओं का कहना है कि मनोरोगी के ठीक होने के प्रति उनके मन में काफी निराशा होती है। बहुत समय से बीमार मनोरोगी को लम्बे समय तक गहन देखभाल की आवश्यकता होती है जिसके कारण परिवार के सदस्य अधिक समय तक देखभाल की जिम्मेदारी नहीं निभा पाते हैं और अन्त में वे मरीज को नजर अंदाज करने लग जाते हैं।

7. सातवां अध्याय – शोध के सातवें अध्याय उपसंहारात्मक टिप्पणी के अन्तर्गत अध्ययन से प्राप्त निष्कर्षों एवं विश्लेषण के आधार पर उपकल्पनाओं की जाँच की गई है। इसके साथ ही शोध अध्ययन का चिकित्सा एवं शिक्षा के क्षेत्र में महत्व एवं सुझावों के सम्बन्ध में विवेचन किया गया है।

- प्रस्तुत शोध कार्य में स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, मानसिक बीमारियों एवं मनोरोगियों से सम्बन्धित अवधारणात्मक पहलुओं को जाना एवं मनोरोगियों के मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले सामाजिक कारकों एवं अन्य कारकों को ज्ञात करते हुए मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में उनके मानसिक स्वास्थ्य की पुनः प्राप्ती के लिए शोधकर्ता के द्वारा मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं (सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास) को केन्द्रित कर इनके प्रति उत्तरदाताओं का जुडाव एवं प्रभावों का आकलन किया गया। इसी प्रकार मानसिक बीमारियों के प्रति उत्तरदाताओं का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं मनोरोगियों के प्रति उनमें एवं समाज में व्याप्त गलत धारणाओं को जाना तथा उनकी परम्परागत मान्यताओं में कमी लाने के लिए एवं उनके मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव के द्वारा मनोरोगी, समाज एवं उसके परिवार वालों के जीवन में आये हुए परिवर्तनों को अवलोकित किया तथा सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास के द्वारा मनोरोगी का उपचार चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही होता है की सत्यता को प्रमाणित करने का प्रयास किया गया है।

- **अध्ययन से प्राप्त निष्कर्ष** – एक व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं में उसका उच्च शैक्षणिक स्तर, रोजगार, आय, विवाहित जीवन, अच्छा व्यवसाय, अच्छा पारिवारिक, सामाजिक, मनोरंजनात्मक एवं सुरक्षायुक्त वातावरण, अच्छा घर, अच्छा सामाजिक समर्थन, स्थाई, सहयोग एवं विश्वासपूर्ण सामाजिक संबंधों की प्रकृति, उच्च प्रस्थिति, पारिवारिक सामंजस्यता एवं विकलांग रहित शरीर का होना पाया गया है।
- **शोध अध्ययन का विश्लेषण** – सन् 2013, 2014 एवं 2015 में राजकीय रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड से प्राइवेट गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर के मनोचिकित्सा वार्ड में कुल मरीजो की संख्या कम मिलने के साथ ही पुरूष मरीजों की संख्या अधिक एवं महिला मरीजों की संख्या कम मिली है। इसी प्रकार अन्य तथ्यों का विश्लेषण किया गया है।
- **प्राकल्पनाओं का परीक्षण** – चयनित 150 उत्तरदाताओं से साक्षात्कार निर्देशिका के माध्यम से एवं 15 साइकोसिस मनोरोगियों का उनकी एवं उनके परिवारजनों की सहमति से गहन एवं सूक्ष्म वैयक्तिक अध्ययन किया गया है एवं सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा एवं सामाजिक पुनर्वास से जुड़ाव के कारण उत्तरदाताओं के जीवन में आये हुए परिवर्तनों का विवेचन करते हुए एक साथ चारों प्राकल्पनाओं को परखते हुए, प्रत्येक वैयक्तिक अध्ययन के अन्त में मनोरोगी के जीवन में आये हुए बदलाव का निष्कर्ष लिखा गया है। जो चारों प्राकल्पनाओं की सत्यता को सिद्व करता है।

- **शोध अध्ययन का चिकित्सा एवं शिक्षा के क्षेत्र में महत्व एवं सुझाव**
  1. प्रस्तुत शोध अध्ययन के आधार पर मनोरोगियों के निदान में मनोचिकित्सक तथा मनोविशेषज्ञों की भूमिका के समान ही समाजशास्त्रियों की भी भूमिका होती है, क्योंकि समाजशास्त्री ही अवसाद, उन्माद, सिजोफ्रेनिया इत्यादि मानसिक बीमारियों के पीछे छिपे सामाजिक, सांस्कृतिक कारणों को ठीक तरह से जान पाते हैं और मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने व मानसिक बीमारियों के निदान में अपनी महत्त्वपूर्ण भूमिका अदा कर सकते हैं।
  2. पूर्व शोध अध्ययनों के आधार पर ही मेकनली व रिचार्ड जे. मनोचिकित्सकों का मानना है कि मनोचिकित्सक व मनोविशेषज्ञ, मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति की शीघ्र पहचान करके उनको उपचार सुविधा उपलब्ध कराते हैं, जबकि समाजशास्त्री उपलब्ध स्त्रोतों से मानसिक बीमारी के बारे में उपस्थित गलत धारणाओं को लोगों के मन से हटाने के साथ–साथ ही मनोरोगी का सामाजिक पुनर्वास करते हैं।

3. अतः इस आनुभविक अध्ययन के अन्तर्गत उदयपुर संभाग के मनोरोगियों के विशेष संदर्भ में मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं के योगदान को भारत सरकार एवं नीति निर्धारकों के द्वारा परखते हुए स्वास्थ्य के क्षेत्र में नवीन योजनाओं का निर्माण करने के साथ ही मनोरोगियों के उपचार में सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक पुनर्वास (समाजशास्त्रीय प्रबन्ध) को एक साथ मनोविकारों के उपचार की सामाजिक औषधि के रूप में जोड़ना होगा।
4. वर्तमान समय में चिकित्सकों के द्वारा मनोरोगियों के उपचार में चिकित्सकीय (गोली दवाइयों) व मनोवैज्ञानिकीय (सामाजिक चिकित्सा या मनोचिकित्सा) प्रबन्ध को अधिक महत्व दिया जाता है।
5. मनोरोगियों के उपचार में सामाजिक स्वास्थ्य एवं सामाजिक वातावरण पर जितना ध्यान समाजशास्त्री दे सकता है उतना मनोचिकित्सक एवं मनोविशेषज्ञ नहीं दे सकता है क्योंकि मनोरोगी की सामाजिक सांस्कृतिक पृष्ठभूमि का अध्ययन समाजशास्त्री बेहतर तरीके से कर पाता है बजाय मनोचिकित्सक एवं मनोविशेषज्ञ के।
6. पूर्व से ही प्रसिद्व समाजशास्त्री एवं सामाजिक विचारक इमाइल दुर्खीम भी प्रत्येक सामाजिक घटना का प्रधान कारण समाज या समूह को मानते थे एवं शोधार्थी भी प्रत्येक सामाजिक घटना का मुख्य कारण सामाजिक संबंधों में परिवर्तन को मानता है।
7. वर्तमान में जिस तरह वैश्विक महामारी कोरोना की उचित वेक्सीन एवं गोली दवाइयों का निर्माण न होने तक, WHO द्वारा कोरोना बीमारी को फैलने से रोकने के लिए प्राइमरी दवाई के रूप में सोशल डिस्टेन्सिंग का सर्वाधिक उपयोग भारत देश सहित सम्पूर्ण विश्व में करवाया जा रहा है। उसी प्रकार भारत देश में दिन प्रतिदिन मनोरोगियों की बढ़ती हुई संख्या को कन्ट्रोल करने एवं मनोरोगों के उपचार के लिए तथा मानसिक स्वास्थ्य में वृद्दि के लिए, सामाजिक स्वास्थ्य, सामाजिक वातावरण, सामाजिक चिकित्सा, सामाजिक पुनर्वास को, मानसिक विकारों के उपचार की सामाजिक औषधि के रूप में भारत सरकार एवं नीति निर्धारकों के द्वारा जल्द से जल्द अमल में लाना चाहिए।
8. एक व्यक्ति में शारीरिक विकार एवं रोग उत्पन्न होने पर उसका इलाज, उसके रोग के निदान के अनुरूप सभी तरह के विशेषज्ञ चिकित्सकों द्वारा किया जाता है एवं जरूरत पड़ने पर फिजियोथैरेपिस्ट चिकित्सक की सहायता ली जाती है। इसी प्रकार मानसिक विकार उत्पन्न होने पर रोगी का इलाज मनोचिकित्सकों द्वारा किया जाता है एवं जरूरत पड़ने पर मनोविशेषज्ञ की सहायता ली जाती है। लेकिन जब एक व्यक्ति का सामाजिक स्वास्थ्य गड़बड़ाता है तो उस व्यक्ति के रोग के कारकों को जानने वाला, जिनकें कारण उसका सामाजिक स्वास्थ्य प्रभावित हुआ है का निदान करने वाला अस्पताल में विशेषज्ञता लिए कोई परामर्शदाता नहीं होता है।
9. इसलिए WHO तथा परिवार एवं स्वास्थ्य कल्याण विभाग द्वारा, भारत देश के समस्त चिकित्सा महाविद्यालयों एवं जिला अस्पतालों के मनोरोग चिकित्सा विभाग में एक समाजशास्त्री या चिकित्सा समाजशास्त्री या विदेशों की भांती क्लिनीकल समाजशास्त्री का पद होना चाहिए, जिससे मनोरोगी के स्वास्थ को WHO द्वारा दी गई स्वास्थ्य की परिभाषा (7 अप्रेल 1948) के अनुसार ऊँचा उठाया जा सके।
10. चिकित्सा क्षेत्र के, मनोरोग विभाग में समाजशास्त्री का पद सृजित होते ही समाजशास्त्र की भूमिका के बारे में पुनर्विचार करते हुए यह अध्ययन समाजशास्त्रियों को शिक्षा के क्षेत्र में और अधिक विकास कराते हुए, चिकित्सा के क्षेत्र में भी नई उड़ान भर देगा।

8. इस शोध सारांश के उपरान्त में संदर्भ ग्रन्थ सूची एवं शोध पत्र तथा परिशिष्ट के रूप में साक्षात्कार निर्देशिका, पारिभाषिक शब्दावली एवं कॉन्फ्रेंसों में प्रस्तुत पत्रों को प्रस्तुत किया गया है।

संदर्भ ग्रंथ सूची
BIBLIOGRAPHY

1. Acta Bhugra D. (2003); “Migration and Depression” (Psychiatric Scandinavica-Supplementum), Vol. 8
2. Andrayu Butters. Mayc Bebster and Met Hill. C. (2005); “Assess to Health Care for People with Learning Disabilities in the UK : Mapping the Issues and Reviewing the Evidence” : Journal of Health Services Resend and Policy, Vol. 10
3. Angermeyar. M.B. Schule et al. (2003); ″सोजन्य कलंक : एक प्रकार का पागलपन, रोगियों के रिश्तेदारों के एक फोकस समूह का अध्ययन“, सामाजिक मनोचिकित्सा और मनोरोग जानपदिग रोग विज्ञान, Vol. 38
4. Ani C, Bajargan M, Hindman D et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. BMC Fam. Pract. 9,1 (2008).
5. Anne Rogers (2005); “Sociology of Illness and Mental Health : Manchester University Press”, 01 July, 2005.
6. Banerji D. (1989); "Crisis in Medical Profession in India, Economic and Political Weekly”, Vol. 24
7. Barnett, E; Casper, M (2001). "A definition of "social environment". AmJPublicHealth. 91 (3):465. doi:10.2105/ajph.91.3.465a. PMC 1446600. PMID 11249033.
8. भार्गव, अरूणा (1996) ‘‘ग्रामीण–नगरीय संरचना’’, प्रिंटवेल ,जयपुर
9. बोअर्स, जेडब्लू और कोर्टराइट, 1984, कम्यूनिकेशन रिसर्च मेथड्स ग्लेनव्यु आईएल : स्काटफोर्समेंन.
10. Bodding, P.O., 1925; "The Santals and Disease", Memoirs of the A.S.B., Vol. 10
11. Bogardas, E.S. (1957) "Sociology" The macmilon company, New york
12. Bose S. (1969); "The Role of Economic Life in Social Integration", The Tribal, Vol. 6
13. Caneda C. (1968); The Teaching of Dontuan : A Yaqui Way of Knowledge, University of California Press, Berkeley.
14. Carol S. Aneshensel (1981); Family, Roles and Sex Differences in Depression, Journal of Health and Social Behaviour, Vol.22
15. Charles Horton Cooley, Social Organization : A Study of the Larger Mind, New York : Charles Scribner's Sons, 1909.

16. Charles, Ellwood A. (1873-1946) "Sociology in its Psycological Aspects", Study of Family", New york, Appleton"
17. Chase Stuart, 1956 "The Proper study of mankind" New York.
18. Clifford W. Beers (1908); Review of A Mind that Found Itself.
19. Cooley, C.H. (1910) "Social Organization" A study of the larger mind, new york:c.scribner's.
20. Cooley,C.H.(1962) "The Theory of Transportation", Collier Booker, New york, Park and Bergs (1925) "The City" Chicango University Press. Weber Max.(1938) "The city ", free press of Glunco.
21. Cutts, N.F. and Mosley. N.; "Practial School Discipline and Mental Hygiene", Houghton Mifflin Co. (1941), Boston.
22. Dais, Zavier (1989); "Not for the Love of Tribals", Economic and Political Weekly, Vol. 24.
23. Devis, Kingsley (1949) "Human Society", new york, macmillian company.
24. Dickerson F.J. Sommerville el al. (2002); "मानसिक बीमारी कलंक : मनोरोग पुनर्वास के लिए एक बाधा", मनोरोग पुनर्वास कौशल, Vol. 06
25. Durkheim E. Suicide, New York : Press, 1951 (1897)
26. Dooley, David, Social Research Methods (3rd Edition)] Prentice Hall & India New Delhi, 1997.
27. Emile Durkheim, The Elementary Forms of the Religious Life (1971)
28. Fairchild, H.P. (1958) "The Dictionary of Sociology", printed in U.S.A
29. Frank, J.D. (1961); Persuation and Healing, Johns Hopkins, Baltimore.
30. फ. के. कपिल (1990) राजपूताना स्टेट ए 1817.1950 ए बुक टेजर ए पेज.1 ए पुन प्रकाशित जुन 24. 2011
31. George, Ritzer.1992. Sociological Theory 3rd(edition), Newyork: Mc Graw Hill Inc.
32. Gillin and Gillin, “Cultural Sociology”.
33. Goode and Hatt; Methods in Social Research, mcgraw hill, social science.
34. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E. & Taylar A. (2005); Change in Mental Health Literacy about Depression : South Australia, 1998 to 2004, Medical Journal of Australia, Vol .08
35. Goldberg D. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry, Vol. 9, February 2010.
36. Hillel. J. Desrosiers. P. Turnier. L. (1994); La Depression Chez I'haitien Medicin du Quebec, Vol. 09
37. Henri Ellenberger, The Discovery of the Unconscious (1970)

38. Hoagwood KE. (2005); Family based Services in Children's Mental Health : A Research Review and Synthesis, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 42
39. Holland, Spicer Edward. 1952. Human problem in Technological Change a Case Book, New York: Russel Sage Foundation.
40. Horwitiz A. and Wakefield J. (2007); The Loss of Sadness : How Psychitry Transformed Normal Sarrow into Depressive Disorder, Oxford University Press.
41. Jat B.C. and Kumawat P.L.(2016) Review of General study of Rajasthan chyavan Prakshan, Jaipur.
42. Kapadia, K.M. (1966) "Marriage and Family in India", Oxford University Press Bombay.
43. Lewkan, P.V.; Review of Mental Hygiene in Health, McGraw Hill (1949)
44. Maclean (1965); "Traditional Medicine and Its Practitioners in Ibadan, Nigeria", Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Vol. 6
45. महाजन, संजीव ''भारत में नगरीय समाज'', अर्जुन पब्लिशिंग हाऊस, दिल्ली
46. Meltzer D. Fryers, T. and Jenkins R. (2004); Social Inqualities and the distribution of the Common Mental Disorder, Hove : Psychology Press.
47. Minocha, A. (1980); Indian Medical Pluralism and Health Services in India, Social Science and Medicine, Vol. 14
48. Mital, K. (1977); "Modern Medicine and Society : Among the Santals", The Tribal, Vol. 10, No. 1-2, July-September.
49. Moser K. (2001); Inequalities in Treated, Heart Disease and Mental Illness in England and Wales, 1994-1998, British Journal of General Practice.
50. मुखर्जी, आर. एन. (2009) ''समाजशास्त्र का सैद्धान्तिक परिप्रेक्ष्य'', विवेक प्रकाशन, नई दिल्ली
51. Neeraja K. P. (2008) : Review of Essentials of Mental Health Psychiatric Nursing. (1ed); Vol. No.1, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. Daryaganj, New Delhi, India, IBSN: 978-81-8448-329-1.
52. Odum H. and Jocher K. (1929) “An Introduction to Social Research”, P-229, Henry Holt and Company; First Edition edition.
53. Orgburn (1964) "On Culture And Social change", University of Chicango press.
54. Parsons T. & Bales R. (1955) “Family Socialization and Interaction Process", Gelncoe free press.

55. P. Deepika, P. Gokul (2007) Review of Mental Health & Psychiatric Nursing. (1ed) Amit Publishers, Jaipur.
56. Pearson Karl,1892 "The Grammer of Science",cosimo inc.
57. P. Deepika, P. Gokul (2012) Review of A Text Book Sociology & Psychology. (4ed) Amit Publication Jaipur.
58. Public Health Agency of Canada (PHAC) (2002) : Health is Everyone's Business, Retrieved: Jan.22.2013 from http://www.phac_aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/collab 1.html
59. राम आहुजा, 2002, सामाजिक समस्याएं, रावत पब्लिकेशन, जयपुर
60. Ramnath Sharma (2006); Review of Psychology & Mental Hygiene for Nurses (9 ed.)
61. Rav kunwar K. S. (2009-10) Review of Dharohar Rajasthan General study Pink City Publisher, Jaipur. ISBN No. 81-87542-51-9.
62. Riessman, C.K. (1974); The Use of Health Services by the Poor, Social Policy, Vol. 5
63. Rutter and Plomin (1997); Review of Sociology of Volume Health and Illness, Vol. 22
64. R. Skynner, J. Cleese, Families and How to Survive Them (1993)
65. SA. Stouffer et al. eds.; "The American Soldier Studies in Social-Psychology of World War - II, Vol. 4 Princeton University Press, 1949
66. शर्मा, प्रमोद कुमार (2010) ''परिवार और विवाह के बदलते प्रतिमान'' सिंघई पब्लिशर्स एण्ड डिस्ट्रीब्यूटर्स, रायपुर (छ.ग.)
67. Sharma Ramnath (2008) Review of Psychology & Mental Hygiene for Nurses (1ed) N. R. Brothers house, Indoor, ISBN 81-85605-05-X
68. श्रीनिवास, एम एन (2009) ''आधुनिक भारत में सामाजिक परिर्वतन'', राजकमल प्रकाशन, दिल्ली
69. Singhi, Narendra K. (2011) "Sociological Theories Interpretation And Explanation", Rawat publication, Jaipur ,
70. Sprey, J. (1979) "Confict Theory and the Study of Marriage and The Family in Wesley" R. burr. Rebun Hill F. Ivan nye and Ira. L. Reiss (eds.) "Contemporary theories about family" Vol.2 New York press.
71. SW. Bloom (1986); Institutional Trends in Medical Sociology", Journal of Health and Social Behaviour, Vol. 2
72. Thiyodor Kailog H. MD. Handbook of Psychiatry, New York, 1897.
73. Turner, V.W. (1963); Lunda Medicine and the Treatment of Disease, Population of the Rhodes Livinstone Museum Clivingstone, Northern Rhodesia.

74. Turner, J.H. (1991) "The Structure of Sociological Theory Fifth edition" Belmant, j. New Functionalism today in G.Ritzer (eds) "Frontiess of social theroy", New york, Columbia University press, Ritzer, G. (1996) "Sociological Theory third eds, New york Mcgrew Hill Inc
75. World Health Organization (WHO) (1986); Ottawa Charter for Health Promotion.
76. Young, P.V. 1968. Scientific Social Survey and Research New Dehli: Prentice hall of India Pvt. Limited.

Journals

77. Asian Journal of Psychiatry
78. Journal : Annals of Behaviour Medicine
79. Journal : Applied Psychophysiology & Biofeedback JournaI
80. Journal : British Medical Journal
81. Journal : Chicago American Journal of Sociology
82. Journal : Clinical Child Psychology & Pschyiatry
83. Journal : Journal of Affective Disorder
84. Journal : Psychology of women quarterly

Websites

85. https://www.who.int/about/who-we-are/constitution
86. http://www.ontario.cmha.ca/about mental illness/mental health.
87. https://www.medicalnewstoday.com/articles/154543.php#definition
88. https://shodhganga.inflibnet.ac.in/bitstream/10603/98631/8/08_chapter 20-i.pdf
89. https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health
90. https://www.whatismyhealth.com/the-8-dimensions-of-health
91. https://hnhu.org/wpcontent/uploads/Factors_Affecting_Health_web1.pdf
92. https://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health
93. https://en.wikipedia.org/wiki/Frustration
94. https://en.wikipedia.org/wiki/Civilization_and_Its_Discontents
95. http://www.psychologydiscussion.net/mental-conflict/mental-conflict-meaning-and-causes-psychology/1681
96. https://en.wikipedia.org/wiki/Defence_mechanism

97. https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Defense_mechanism
98. http://journalpsyche.org/the-freudian-theory-of-personality/
99. https://en.wikipedia.org/wiki/Personality_type
100. https://en.wikipedia.org/wiki/Gordon_Allport
101. https://www.tnmgrmu.ac.in/index.php/library/e-questions/ahs-pg-degree/m-sc-medical-sociology.html
102. https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_psychiatry
103. https://oll.libertyfund.org/pages/hippocrates-c-460-377-bc
104. http://jadebpinel.blogspot.com/
105. https://en.wikipedia.org/wiki/Causes_of_mental_disorders
106. https://en.wikipedia.org/wiki/Classification_of_mental_disorders
107. https://en.wikipedia.org/wiki/Psychosis
108. https://en.wikipedia.org/wiki/Organic_mental_disorder
109. https://en.wikipedia.org/wiki/Schizophrenia
110. https://psychscenehub.com/psychpedia/schizophrenia-first-rank symptoms/
111. https://www.onhealth.com/content/1/schizophrenia_treatment
112. https://en.wikipedia.org/wiki/Mood_disorder
113. https://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2003/fr-icd.htm?gf30.htm+
114. https://en.wikipedia.org/wiki/Mania
115. https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-idepression
116. https://www.healthline.com/health/depression/endogenous-depression#types
117. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007
118. http://www.differencebetween.net/science/health/difference-between-psychosis-and-neurosis/
119. https://en.wikipedia.org/wiki/Alma_Ata_Declaration
120. http://vikaspedia.in/health/mental-health/national-mental-health-programme
121. https://mohfw.gov.in/sites/default/files/9903463892NMHP%20detail_0_2.pdf
122. https://www.mciindia.org/CMS/wpcontent/uploads/2017/10/Minimum-Standard-Requirements-for-150-Admissions.pdf
123. http://www.rfhha.org/images/pdf/Hospital_Laws/Indian_lunacy_act_1912.pdf

124. https://www.wbhealth.gov.in/mental_health/Acts_Rules/MHA_1987.pdf
125. http://narcoticsindia.nic.in/upload/download/document_id08b2dbdc9ca941d237893bd425af8bfa.pdf
126. https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf
127. http://www.phac_aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/collab/collab 1.html
128. https://www.researchgate.net/publication/229914924_The_Influence_of_Social_Factors_on_Mental_Health
129. https://courses.lumenlearning.com/teachereducationx92x1/chapter/eriksons-stages-of-psychosocial-development/
130. https://study.com/academy/lesson/what-is-social-health-definition-examples.html
131. https://www.nhp.gov.in/social-health_pg
132. https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.91.3.465a
133. https://www.cerebralpalsy.org/about-cerebral palsy/treatment/therapy/social-therapy
134. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-3782-3_11
135. https://en.wikipedia.org/wiki/Social_therapy#As_a_psychotherapy
136. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-4697-5_29
137. http://library.umac.mo/ebooks/b31683769.pdf
138. https://eduardolbm.files.wordpress.com/2014/10/a-general introduction-to-psychoanalysis-sigmund-freud.pdf
139. https://en.wikipedia.org/wiki/Hypnotherapy
140. https://en.wikipedia.org/wiki/Abreaction
141. https://med.unr.edu/psychiatry/education/resources/supportive-psychotherapy
142. https://en.wikipedia.org/wiki/Group_psychotherapy
143. https://en.wikipedia.org/wiki/Behaviour_therapy
144. https://en.wikipedia.org/wiki/Electroconvulsive_therapy
145. https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_therapy
146. https://www.scribd.com/document/331605721/Misconception Towards-Mental-Illness

शोध पत्र – 01

INTERNATIONAL JOURNAL FOR INNOVATIVE RESEARCH IN MULTIDISCIPLINARY FIELD ISSN: 2455-0620 Volume - 5, Issue - 10, Oct – 2019
Monthly, Peer-Reviewed, Refereed, Indexed Journal with IC Value: 86.87 Impact Factor: 6.497
Received Date: 13/10/2019 Acceptance Date: 23/10/2019 Publication Date: 31/10/2019

A Comparative Study on Gender and Mental Disorder

Ravi Shankar Mahavar
Ph.D. Scholar – Sociology, Area of Interest – Medical Sociology
Department of Social Science, University of Kota, Kota, Rajasthan, India
Email – ravishankarjrf7889@gmail.com

Abstract: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" this specific is the WHO definition of health. Effective strategies for mental disorders prevention and its risk factors' reduction cannot be gender-neutral, while the risks themselves are gender-specific. Bipolar disorder suggests two discrete states, depression and mania. The symtoms namely sleep & sexual interest in manic disorder, guilt & suicide in depressive disorder, delusion & speech in schizophrenia, consciousness & anxiety in delirium, memory & Alzheimer in dementia are compared on the basis of percentage. Here Mental Disorders like Mania and Depression accounts for the largest proportion of the burden associated with all the mental and neurological disorders and is a particular focus of this paper. In this paper, we have provided description of mental disorder. We take 320 psychosis patients which are divided for 5 specific disorders which are sub divided into two sub fields of symptoms where male and females are sub divided into n no: of patients out of 320 patients. Various disorders are all related o psychiatric patients and analyze the case studies. Also we represent the result in which we have found mania disease in males more than women, Depression in females more in comparison to males, delirium is more in males after operations similarly schizophrenia disorder is high is males as well in comparison to female.*

Key Words: *Gender, bipolar disorder, mental disorder, mental health, manic, depression.*

1. INTRODUCTION:

The term **Gender** is often used to classify the anatomy of a person's reproductive system as either male or female. In the social sciences, however, the concept of gender means much more than biological sex. It refers to socially constructed expectations regarding the ways in which one should think and depend on sexual classification.

Mental health is described by WHO 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.

Mental illness is a clinically diagnosable disorder that significantly interferes with an individual's cognitive, emotional & or social abilities. [1]

Mental disorder or psychiatric disorder is a psychological pattern or anomaly, potentially reflected in behaviour, that is generally associated with distress or disability, and which is not considered part of normal development in a person's culture. Mental disorders are generally defined by a combination of how a person feels, acts, thinks or perceives. This may be associated with particular regions or functions of the brain or the rest of the nervous system, often in a social context.

Gender is a critical determinant of health, including mental health. It influences the power and control men and women have over the determinants of their mental health, including their socioeconomic position, roles, rank and social status, access to resources and treatment in society. Gender affects many aspects of life, including access to resources, methods of coping with stress, styles of interacting with others, self-evaluation, spirituality and expectations of others. These are all factors that can influence mental health either positively or negatively [1].

Mental Health is an important aspect of one's total health status. It is a basic factor that maintains physical health as well as social effectiveness. It is a positive but relative quality of life, in which the healthy individual meets demands of the total life on the basis of his own capacities and limitation, change is the law of nature, every moment of our life is continuously exposed for change. Mentally Healthy individual in all aspects enjoys changes in life, he will take it as a challenge, thereby he will shine in a socially effective manner. It is an active quality of an individual's daily living.[2]

Mental health has two aspects.

- First is the Individual aspect means the individual is internally adjusted, free form internal conflicts, self-confident, adequate, and relieved from tensions or inconsistencies.
- The second aspect is social aspect in which society has certain value systems, customs, and traditions by which it governs itself and promotes the general welfare of its members. The individual becomes like a person who is acceptable as a member of society, where internal adjustment takes place and shows considerable behaviour. It establishes a satisfactory relationship between himself and his environment, between his needs, desires and

those of other people. If one can meet the needs and demands of the situation, then he has achieved adjustment in a social set up. [3]

2. MENTAL DISORDER:

Mental disorder is a psychological factor reflected in the behaviour, which affects the normal development of a person's culture. Mental and behavioural disorders are found in people of all regions, countries, and societies. It may be associated with functions of the brain or nervous system. The personality disorders are emerging in childhood or at least by adolescence or early adulthood. Personality disorders incorporate a mixture of acute dysfunctional behaviours that may resolve in short periods.[4] The main objective of the study is to find the pattern of mental disorders of patients admitted to a medical college hospital.

There are many different types of mental disorders. Some common ones include

- Anxiety disorders, including panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and phobias
- Depression, bipolar disorder, and other mood disorders
- Eating disorders
- Personality disorders
- Post-traumatic stress disorder
- Psychotic disorders, including schizophrenia

3. MENTAL DISORDERS CAUSES:

A Mental disorder is "a clinically significant behavioural or psychological syndrome or psychological pattern that occurs in an individual and that is associated with present disability or with a significantly increased risk of suffering, death, pain, disability, or an important loss of freedom.[5]

The **Causes of mental disorders** are regarded as complex and varying depending on the particular disorder and the individual. Although the causes of most mental disorders are not fully understood, researchers have identified a variety of biological, psychological, and environmental factors that can contribute to the development or progression of mental disorders. Most mental disorders are a result of a combination of several different factors rather than just a single factor.

There is no single cause for mental illness. A number of factors can contribute to risk for mental illness, such as. [6]

- Your genes and family history
- Your life experiences, such as stress or a history of abuse, especially if they happen in childhood
- Biological factors such as chemical imbalances in the brain.
- A traumatic brain injury
- A mother's exposure to viruses or toxic chemicals while pregnant
- Use of alcohol or recreational drugs
- Having a serious medical condition like cancer
- Having few friends, and feeling lonely or isolated
- Mental disorders are not caused by character flaws. They have nothing to do with being lazy or weak.

4. OBJECTIVES:

The main objective of the study is to measure the correlation in two major variables i.e. Gender and mental disorder.

Psychiatric disorder [7] mainly divided three parts.

A. Psychotic disorder

The psychotic disorder mainly divided three subparts.

a. Functional psychotic disorder- Example – Schizophrenia.
b. Mood affective psychotic disorder- Example – Mania &Depression.
c. Organic psychotic disorder- Example – Delirium & Dementia

The psychotic disorder causes mainly divided two parts.

a) The primary cause- Social factors
b) Secondary cause- Psychological factors [7]

B. Neurotic disorder

Example - Anxiety disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Dissociative- Conversion disorder, Hypochondriasis disorder Neurotic disorders are main cause of psychological factors.

C. Special disorder
Example - Childhood disorder, Personality disorder, Substance Abuse Disorder, Mental Retardation

5. LITERATURE REVIEW:

Yadav et al. [14] Sarah Van de Velde et.al.[2018] Decreasing gender differences in mental health are found largely in countries in which the roles of men and women have improved in terms of opportunities for employment, education, childcare and other indicators of increasing gender equality. In this study, we examine how European welfare regimes influence this association between mental health and the social roles that men and women occupy. Methods: The EUWorld Mental Health data are, which covers the general population in 10 European countries (n = 37 289); Countries were grouped into four welfare regions: Liberal regime (Northern Ireland), Bismarckian regime (Belgium, Germany, the Netherlands, and France), Southern regime (Spain, Italy, Portugal) and Central-Eastern regime (Romania and Bulgaria). The lifetime prevalence of mood, anxiety and alcohol disorders was determined by using the Composite International Diagnostic Interview 3.0. Overall prevalence rates along with odds ratios by means of bivariate logistic regression models are calculated to compare the presence of common mental disorders in women versus men per welfare regime.[8]

Raman Krishnan et al. **[2016] Background:** Mixed states pose diagnostic dilemmas and raise the question of their existence as a separate diagnosticcategory. There are few Indian studies on mixed affective disorder particularly with respect to the diagnosis and clinical comparison of patients with mixed state and other subtypes of bipolar disorder. **Aim:** To elucidate course and clinical correlates in patients with bipolar mixed state and compare them to patients with bipolar depression and mania. **Methods:** A total of 70 inpatients of psychiatric ward meeting the inclusion criteria were followed up from the day of admission till discharge and assessed on Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Young's Mania Rating Scale (YMRS), Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia (PANSS), Beck Scale for Suicidal Ideation, Clinical Global Impression Schedule (CGI) and Presumptive Stress Life Event Scale. **Results:** Our study found mixed group to be characterized by female preponderance, higher suicidal intent, expression being the first episode, severe illness as rated on CGI-S, increased frequency of psychotic symptoms and mean number of manic and depressive symptoms midway between the other two groups.[9]

Nicholas R. Eaton et. Al. [2012] Epidemiological studies of categorical mental disorders consistently report that gender differences exist in many disorder prevalence rates and that disorders are often comorbid. Gender differences in prevalence were systematic such that women showed higher rates of mood and anxiety disorders, and men showed higher rates of antisocial personality and substance use disorders. We next investigated patterns of disorder comorbidity and found that a dimensional internalizing-externalizing liability model fits the data well, where internalizing is characterized by mood and anxiety disorders, and externalizing is characterized by antisocial personality and substance use disorders. This model was gender invariant, indicating that observed gender differences in prevalence rates originate from women and men's different average standings on latent internalizing andexternalizing liability dimensions. [10]

Afi fi M [2007] Effective strategies for mental disorders prevention and its risk factors' reduction cannot be gender-neutral, while the risks themselves are gender-specific. This paper aims to discuss why gender matters in mental health, to explain the relationship of gender and health-seeking behavior as a powerful determinant of gender differences, to examine the gender differences in common mental health disorders, namely, depressive and anxiety disorders, eating disorders, schizophrenia, and domestic violence, and finally, to raise some recommendations stemming from this review.[11]

Alan C. Swann et. Al. [2002] Objective: Episodes of bipolar disorder are defined as depressive or manic, but depressive and manic symptoms can combinein the same episode. Coexistence or rapid alternation of depressive and manic symptoms in the same episode may indicate amore severe form of bipolar disorder and may pose diagnostic and treatment challenges.The authors reviewed the evolution of the concept of mixed states and examined the symptom structure of mixed states studied as predominantly manic, predominantly depressive, and across both manic and depressive episodes, showing essentially parallel structures of mixed states based on manic or depressive episodes. The authors analyzed the relationships between mixed states and a severely recurrent course of illness in bipolar disorder, with early-onset and increased co-occurring anxiety-, stress-, and substance-related disorders, and they used this information to derive proposed diagnostic criteria for research or clinical use.[12]

6. COMPARATIVE RESULTS:

The below table 6.1 show that the survey on 320 psychosis patients admitted in psychiatric ward where the specific duration time was given for age group of 25 to 60 year for disorder symptoms like sleep, speech, memory, consciousness, suicide, memory loss where patients are divided into male and female percentile these are the distribution of the sample respectively.

Researcher use in this study exploratory and descriptive research design and purposive sampling method.

Total Sample	Duration of case study	Age	Manic Disorder N1- 64		Depression Disorder N2-60		Schizophrenia N2-68		Delirium N2-74		Dementia N2-54	
			Male 30	Female 34	Male 28	Female 32	Male 34	Female 34	Male 46	Female 28	Male 26	Female 28
320	08/04/2016 To 09/04/2017	25-60 Year	19.2 %	21.76 %	16.8 %	19.2%	23.12%	23.12 %	34.04 %	20.72 %	14.04 %	15.12%

TABLE 6.1: SURVEY ANALYSIS ON PSYCHOSIS PATIENTS OF PSYCHIATRIC UNIT "JLN MEDICAL COLLEGE & HOSPITAL, AJMER, RAJASTHAN".

Below table 6.2 is the comparative analysis for gender and mental disorder with its disorder symptoms where for manic disorder the symptoms are sleep & sexual interest, for depression the symptoms are guilt and suicide, etc. As the case study illustrates that manic disorder is highly effected by male gender due to sleep, delirium is more in male after operation, in schizophrenia speech symptom is high in male, where as depression disorder is highly affected by the female gender.

TABLE - 6.2

Gender	Manic Disorder N1- 64		Depression Disorder N2-60		Schizophrenia N2-68		Delirium N2-74		Dementia N2-54	
	Sleep M-17 F-13	Sexual Interest M- 20 F- 14	Guilt M- 18 F- 10	Suicide M- 13 F- 19	Delusions M- 22 F-12	Speech M-24 F-10	Consciousness M-26 F-20	Anxiety M-18 F-10	Memory Loss M-14 F-12	Alzheimer M-16 F-12
Male	5.1%	6%	5.04%	4.16%	7.48%	8.16%	11.96%	5.04	3.64%	4.48%
Female	3.9%	4.76%	2.8%	6.08%	4.08%	0.34%	9.6%	2.8%	3.12%	3.36%

TABLE 6.2: COMPARETIVE ANALYSIS FOR GENDER AND MENTAL DISORDER (PSYCHOSIS PATIENT DISORDER)

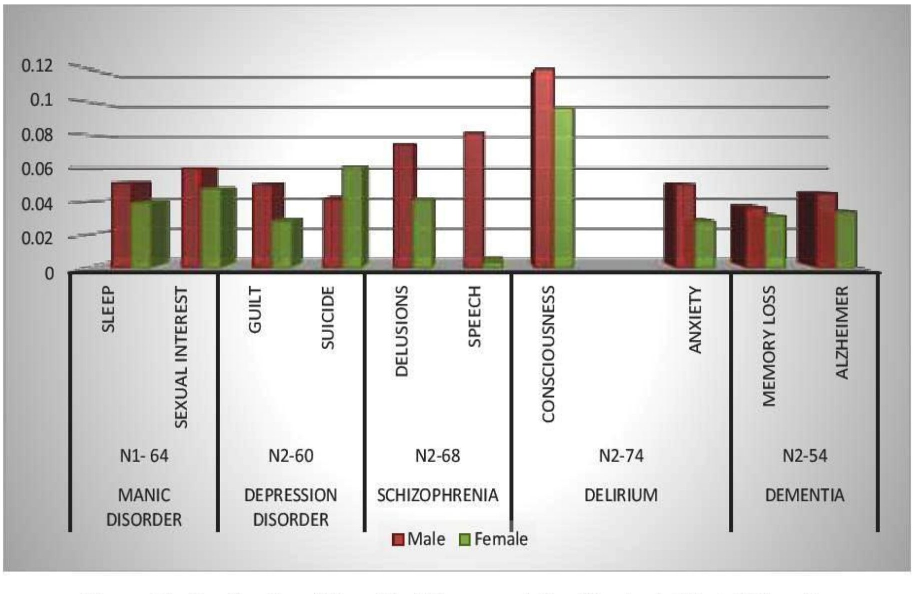


Figure 6.1: Gender Based Graphical Representation Psychosis Mental Disorder

7. CONCLUSION:

The study result mentioned that mental disorders are increasing every year. Mental health care is the most neglected sector in society. The present study elaborates on different types of mental disorders in both sexes. It also found that mixed states appeared to be true inter-forms of mania, depression, schizophrenia, delirium, dementia when their symptoms like sleep, sexual interest, speech which is 0.34% in female have minimum value compared to all symptoms, anxiety in male is 5.04 %, and memory consciouness is high which is 11.96 % high in male also with their scores were compared, without skewing of the clinical picture grossly. This study has been exclusively based on the patients in a hospital of "JLN medical college & hospital, Ajmer, Rajasthan, Psychiatric unit" is a medical college hospital which also serves as a tertiary care center. it is possible that patient's clinical characteristics may differ substantially from clinic-based or mental hospital-based set up with similar diagnosis. The importance of recognizing and monitoring mixed features during a various symptoms episode in the respective disorders is highlighted by their relationship to repeated course, treatment resistance, and potential for suicide.

REFERENCES:

1. Read UM, Adiibokah E, Nyame S. *"Local suffering and the global discourse of mental health andhuman rights: An ethnographic study of responses to mental illness in rural Ghana."* Globalization and Health 2009;5(1):13.
2. Rutter and Plomin, (1997) *" Review of Sociology of Volume Health and Illness"*, Vol.22, No. 5 Pp. 543-558.
3. Anne Rogers, (2005), *"Sociology of Illness and Mental Health"*, Manchester University Press, 01 July 2005, Pp. 269.
4. Clark LA. *Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization.* Annu Rev Psychol. 2007;58:227–57.
5. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)" (4th, Text Revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association (APA). 2000.
6. Arango, Celso; Díaz-Caneja, Covadonga M; McGorry, Patrick D; Rapoport, Judith; Sommer, Iris E; Vorstman, Jacob A; McDaid, David; Marín, Oscar; Serrano-Drozdowskyj, Elena; Freedman, Robert; Carpenter, William (2018). *"Preventive strategies for mental health"*, The Lancet Psychiatry. **5** (7): 591–604.
7. American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Pp: 202-204.
8. Sarah Van de Velde, Anders Boyd, Gemma Villagut, Jordi Alonso, Ronny Bruffaerts, Ron De Graaf, Silvia Florescu, JosepHaro, Viviane Kovess-Masfet1, for the EU-WMH Investigators," *Gender differences in common mental disorders: a comparison of social risk factors across four European welfare regimes"*, European Journal of Public Health, Vol. 0, No. 0,pp- 1–7.
9. Raman Krishnan, Sharma PSVN, *" A comparative study of clinical correlates of bipolar mixed state with bipolar manic and bipolar depressed state in general hospital psychiatry setting"* Telangana Journal of Psychiatry, January-June 2016:2(1):31-37
10. Nicholas R. Eaton, Katherine M. Keyes, Robert F. Krueger, Steve Balsis, Andrew E. Skodol , Kristian E. Markon , Bridget F. Grant , Deborah S. Hasin ,*" An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence From a National Sample"* , Journal of Abnormal Psychology, 2012, Vol. 121, No. 1, 282–288.
11. Afi fi M, *"Gender differences in mental health"*, Singapore Med J 2007; 48(5):3pp 85–391.
12. Alan C. Swann, M.D.,BenyLafer, M.D., Giulio Perugi, M.D., Mark A Frye, M.D., Michael Bauer, M.D., Won-Myong Bahk, M.D., Jan Scott, M.D., Kyooseob Ha, M.D., Trisha Suppes, M.D., Ph.D., *" Bipolar Mixed States: An ISBD Task Force Report of Symptom Structure, Course of Illness, and Diagnosis"* , Mechanisms of Psychiatric Illness, 2012; pp :1–12.

INTERNATIONAL JOURNAL OF RESEARCH CULTURE SOCIETY ISSN: 2456-6683 Volume - 3, Issue - 10, Oct – 2019
Monthly, Peer-Reviewed, Refereed, Indexed Journal Scientific Journal Impact Factor: 4.526
Received on : 13/10/2019 Accepted on : 23/10/2019 Publication Date: 31/10/2019

SOCIAL ASPECT OF MENTAL HEALTH

Ravi Shankar Mahavar
Ph.D. Scholar – Sociology, Area of Interest – Medical Sociology
Department of Social Science, University of Kota, Kota, Rajasthan, India
Email – ravishankarjrf7889@gmail.com

Abstract: *Mental health is more than a mere lack of mental disorders. The positive dimension of mental health is stressed in WHO definition of health as contained in its constitution: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Concepts of mental health include subjective well-being, perceived self-efficacy, autonomy, competence, inter-generational dependence and recognition of the ability to realize one's intellectual and emotional potential. SOCIOLOGY provides a powerful tool for the understanding and treatment of mental illness. Recent work is making it increasingly clear that sociological theory and techniques are valuable additions to the biochemical, genetic, and psychological approaches. Yet sociology is relatively neglected by psychiatrists both in the treating of patients and the training of residents. The main objective of the study is to measure the correlation in two major variables i.e. Social aspect of mental health and social causes of mental illness. In this paper, we have provided description of classification mental disorder. We take 20 cases study related to the psychiatric patients and analyze these case studies. also we represent the result in which we have found mania disease in male more than women & Depression in female more than in compare of male.*

Key Words: *Health, Society, Mental Health, Mental Illness, Misconception, Misfortunes, Social rehabilitation, Antipsychotic drugs, Supernatural power, Social therapy.*

1. INTRODUCTION:

Mental Health is an important aspect of one's total health status. It is a basic factor that maintains physical health as well as social effectiveness. It is a positive but relative quality of life, in which the healthy individual meets demands of the total life on the basis of his own capacities and limitation, change is the law of nature, every moment of our life is continuously exposed for change. Mentally Healthy individual in all aspects enjoys changes in life, he will take it as a challenge, thereby he will shine in a socially effective manner. It is an active quality of an individual's daily living. Mental health has two aspects. [1] First is Individual aspect means the individual is internally adjusted, free form internal conflicts, self-confident, adequate, and relieved from tensions or inconsistencies. The second aspect is social aspect in which society has certain value systems, customs, and traditions by which it governs itself and promotes the general welfare of its members. The individual becomes like a person who is acceptable as a member of society, where internal adjustment takes place and shows considerable behaviour. It establishes a satisfactory relationship between himself and his environment, between his needs, desires and those of other people. If one can meet the needs and demands of the situation, then he has achieved adjustment in a social set up. [2]

The paper is divided into two major parts. The first part of the paper deals with the theoretical concept of mental health and social conditions faced by the person on the basis of empirical observation. The second part of the paper discusses the primary level findings from the study area with some important suggestions.

2. MEANING OF HEALTH, MENTAL HEALTH, AND MENTAL ILLNESS :

- Health can be defined as health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.
- Mental Health can be defined as the capacity of an individual to form harmonious relationships with others and to participate in, or contribute constructively to, changes in the social - environment.
- Mental illness can be defined as the experiencing of severe and distressing psychological symptoms to the extent that normal functioning is seriously impaired. Examples of such symptoms include: – Anxiety, Depressed mood, Obsessive thinking, Delusions and hallucinations.

A. An Aspect of Mental Health

Mental health has two aspects.

1) Individual Aspect: First is the Individual aspect that means the individual is internally adjusted, free form internal conflicts, self-confident, adequate, and relieved from tensions or inconsistencies.

2) Social Aspect: The Second aspect is Social aspect in which society has certain value systems, customs, and traditions by which it governs itself and promotes the general welfare of its members. The individual becomes like a person who is acceptable as a member of society, where internal adjustment takes place and shows considerable behaviour. It establishes a satisfactory relationship between himself and his environment, between his needs, desires and those of other people. If one can meet the needs and demands of situation, then he has achieved adjustment in a social set up.[2]

3. LITERATURE SURVEY:

Igor Pantic [2014] During the past decade, online social networking has caused profound changes in the way people communicate and interact. It is unclear, however, whether some of these changes may affect certain normal aspects of human behavior and cause psychiatric disorders. Several studies have indicated that the prolonged use of social networking sites (SNS), such as Facebook, may be related to signs and symptoms of depression. In addition, some authors have indicated that certain SNS activities might be associated with low self-esteem, especially in children and adolescents. Other studies have presented the opposite results in terms of positive impact of social networking on self-esteem. The relationship between SNS use and mental problems to this day remains controversial, and research on this issue is faced with numerous challenges. This concise review focuses on the recent findings regarding the suggested connection between SNS and mental health issues such as depressive symptoms, changes in self-esteem, and Internet addiction. [3]

Thalappillil Mathew Celine and Jimmy Antony [2014] Mental disorder" is the most commonly used term in modern life and the main reason behind this may be the mechanical way of life or stress and strain among youth. To find the pattern of mental disorders of hospitalized patients in a medical college hospital from 1 st April 2005 to 31 st March 2010. A retrospective study conducted among the patients admitted with mental disorders in a medical college hospital from 1 st April 2005 to 31 st March 2010. Data collected from the registers maintained in the medical records department. Z test is used for the comparison of proportions. Results: A total of 7908 mental disorder cases reported in the medical college hospital, 5564 (70.36%) were males and 2344 (29.64%) were females. Most cases occurred in the age group of 30-44 years. The mental disorder was more among females than males in 0-29 years and ≥ 60 years, but in 30-59 years' males were more. In each year, mental disorders were reported more in males than females. Of the cases, most of them were mood disorders. Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use were more among males but schizophrenia, delusional disorders, mood disorders, stress-related disorders, mental retardation, and so on were more among females. **Conclusion:** Mood disorder was the most occurred mental disorder and the next leading mental disorder was mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. Counseling can be helpful for preventing most of the mental disorders. Improve the mental health care facilities will be the solution for controlling mental disorders. [4]

UM Read et al. [2012] Mental health is a neglected area in health care in Ghana. With few clinicians and trained researchers in the field, research has been limited both in quantity and quality. A search of the available literature revealed 98 articles published between 1955 and 2009. Sixty-six are reviewed in this paper. Topics covered included hospital and community-based prevalence studies, psychosis, depression, substance misuse, self-harm, and help-seeking. Much of the research was small in scale and thus largely speculative in its conclusions. Epidemiological data is scarce and unreliable and no large-scale studies have been published. There are very few studies of clinical practice in mental health. The existing literature suggests several important areas for future research to inform the development of targeted and effective interventions in mental health care in Ghana. [5]

An Ofori-Atta1 et al. [2010] To conduct a situation analysis of the status of mental health care in Ghana and to propose options for scaling up the provision of mental health care. A survey of the existing mental health system in Ghana was conducted using the WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems. Documentary analysis was undertaken of mental health legislation, utilizing the WHO Legislation checklists. Semi-structured interviews and focus group discussions were conducted with a broad range of mental health stakeholders (n=122) at the national, regional and district levels. There are shortfalls in the provision of mental health care including insufficient numbers of mental health professionals, aging infrastructure, widespread stigma, inadequate funding and inequitable geographical distribution of services. Community-based services need to be delivered in the primary care setting to provide accessible and humane mental health care. There is an urgent need for legislation reform, to improve mental health care delivery and protect human rights. [6]

David Pilgrim & Anne Rogers [2005] The alienated relationship between psychiatry and sociology are explored. The two disciplines largely took divergent paths after 1970. On the one side, psychiatry manifested a pre-occupation with methodological questions and sought greater medical respectability, with a biomedical approach returning to the fore. Social psychiatry and its underpinning biopsychosocial model became increasingly marginalized and weakened. On the other side, many sociologists turned away from psychiatry and the epidemiological study of mental health problems and increasingly restricted their interest to social theory and qualitative research. An interdisciplinary void ensued, to the detriment of the investigation of social aspects of mental health. [7]

4. OBJECTIVES:

THE MAIN OBJECTIVE OF THE STUDY IS TO MEASURE THE CORRELATION IN TWO MAJOR VARIABLES I.E. SOCIAL ASPECT OF MENTAL HEALTH AND SOCIAL CAUSES OF MENTAL ILLNESS.

THE MAIN OBJECTIVE AGAIN DIVIDED INTO SOME SUB-POINTS-

- To Examine Psycho - Social - Cultural, Economical, and Educational Factors of Affecting any human being.
- To Examine the Social aspect of mental health which includes social health, social environment, social therapy and social rehabilitation.
- To find out the major social causes of mental illness.

B. Classification of Mental Disorder

Psychiatric disorder [8] mainly divided three parts.

- Psychotic disorder

The psychotic disorder mainly divided three subparts.

i Functional psychotic disorder- Example – Schizophrenia
ii Mood affective psychotic disorder- Example – Mania & Depression
iii Organic psychotic disorder- Example – Delirium & Dementia

The psychotic disorder causes mainly divided two parts.

a) Primary cause- Social factors
b) Secondary cause- Psychological factors [9]

- Neurotic disorder
  Example - Anxiety disorder, Obsessive- Compulsive disorder, Dissociative- Conversion disorder, Hypochondriasis disorder

Neurotic disorders are main cause of psychological factors.

- Special disorder
  Example- Childhood disorder, Personality disorder, Substance Abuse Disorder, Mental Retardation

An Empirical Study Only Focused on Depressive Patients of Mewar Region.

5. RESEARCH METHODS AND RESEARCH AREA:

- Researcher use in this an empirical study exploratory and diagnostic research design.
- Researcher use in this an empirical study purposive sampling method.
- Case study of psychiatric patients [specialize psychosis (Depression) patients] who are admitted more than 7 days in ward or department of psychiatry in government RNT medical college Udaipur and privet Geetanjali Medical College Udaipur of Mewar region.
- A total case study has been done twenty out of a hundred cases (10 males: 10 female) in a year between age group 25 to 60 year date on 15-09-2013 to 14-09-2014. and these cases are belonging to both medical colleges.
- Only twenty cases are respondents and research cases in which an empirical study of the mewar region has been done.
- Primary data have been collected from patients and their family members & relatives.
- Secondary data have been collected related to work various journals in the library, published reports, books and web pages of internet.

❖ **Some misconception is seen towards mental illness**

- Mental illness is incurable.
- Mental illness caused by a supernatural power.
- Mental illness is a social stigma.
- Mental illness result due to evil spirits, breaking
- Culture or not following the norms.
- Mental illness is a hereditary disease.
- Mental illness is a communicable disease.
- Mental illness should only be treated in a hospital.
- Marriage can cure mental illness.
- Mental illness is lifelong.
- Mental illness is not related to physical health.

INTERNATIONAL JOURNAL OF RESEARCH CULTURE SOCIETY ISSN: 2456-6683 Volume - 3, Issue - 10, Oct – 2019
Monthly, Peer-Reviewed, Refereed, Indexed Journal Scientific Journal Impact Factor: 4.526
Received on : 13/10/2019 Accepted on : 23/10/2019 Publication Date: 31/10/2019

6. SUMMARY OF TWENTY CASE STUDY OF DEPRESSIVE PATIENTS:

A. Meaning of depression

A form of affective manifestation in which the client will exhibit mood disturbances related to self and his environment.

➢ The classical symptoms in depression are: -

a) Sadness of mood
b) Poverty of ideas
c) Decreased psycho-motor activities.

❖ Others symptoms of a depressive patient: -

- Lack of interest in social activities.
- Lacks confidence in himself.
- Lack of interest in activities once enjoyed
- Dullness, sad, anxious and stupor.
- A delusion of nihilism.
- Reduced judgment Capacity.
- Helplessness and Worthless.
- Loss of consciousness and a fixed head.
- Suicidal tendencies and attempts.
- The downward-facing of looks.
- Difficulty in concentration and remembering.
- Loss of libido and spend alone.
- Irregular life and disconnected from reality.

❖ Related facts for depressive patients of the Mewar area According to the table – 6.1

- Generally, depression is seen between the age group 25 to 60 years but the peak age of depression 30 to 55 years.
- Depression is more common in women than in men.
- Depression saw unmarried, divorcees, widows, and lonely persons.
- Depressive patients mostly have seen unmarried and summer season than married and winter season.

S.No	Name of Medical College & Type	Duration of Case Study	More than 7 days Total IPD Depressive Case Admitted in 1 year	Age	Sex & Ratio	Respondent & Research Case	Marital Status	Season
1.	RNT Medical College Udaipur (Rajasthan) Government	15/09/2013 To 14/09/2014	56	25-60 Year	Male-19 Female -37	Male – 04 Female -07	Married-3 Unmarried-1 Married-2 Unmarried-5	Winter Summer
2.	Geetanjali Medical college (Rajasthan) Privet	15/09/2013 To 14/09/2014	44	25-60 Year	Male-25 Female -19	Male –06 Female -03	Unmarried5 Married-1 Married -2 Unmarried 1	Summer Winter
3. Conclusion	Quantity of Medical College-02	Time - One Year	Total Patients – 100	Depression Mainly Saw Age Group 30 to 55 Year	Total Male – 44 Total Female -56	Total Male Case- 10 Total Female Case – 10 (all Twenty cases related to Mewar region)	Total M+F Married Cases -08 Total M+F Unmarried case -12	8 Married Cases related to winter Season 12 Unmarried Cases related to Summer Season

Table – 6.1 : Case study of Depressive patients of mewar region

- Married cases related to male and winter season and unmarried cases related to female & summer season
- The minimum duration of depression for one to two weeks.
- The female depressive patient is mostly seen in government RNT Medical College and male depressive patients are mostly seen in privet Geetanjali Medical College.
- Ten cases are related to tribal castes.
- Depression disorder is a serious mood affective psychotic disorder because more than 7 days one hundred depressive patients are admitted in the psychiatry department between one year both medical college.

B. Social Cause of all Depressive patients

Depression disorder is affected by various social factors
- Divorcees, widows, and lonely persons.
- Illiteracy and educational pitfalls.
- Unemployment and poor job opportunities.
- Breakdown of social relationships.
- Complex interpersonal relationships.
- Loss of loved one (real or symbolic).
- Poor economic conditions.
- Uncontrollable and stressful life events.
- Migration and Chronic physical diseased.
- A discrepancy in daily routine activities.
- Social isolation; deprived social network and Acculturation.
- Failures in life.
- Pathogenic family environment. [9]

C. Sociological Management of Depressive Patient - Basis of an empirical study of the researcher: -

➤ **Maintain Social health: -**

Social Health of individuals refers to the dimension of an individual's well-being that concerns how he/she gets along with other people, how other people react to him/her, and how he/she interacts with social institutions and societal mores.
- Social health is the amount of interaction a person has with their community.
- Social health for society is laws and regulations being applied to all citizens equally.
- Social health is public access to the decision-making processes.
- Social health is when an individual feels the support offered by being a part of the society, causing him to feel the encouragement to better himself through personal growth such as increased education or the development of talent.

➤ **Maintain Social environment: -**
- Improve interest in social activities
- Improve social and interpersonal relationships.
- Maintain recreational and healthy family environment.
- Reduce Suicidal ideation and attempts of divorcees, widows, and lonely persons.
- Improve confidence in himself and judgment Capacity.
- Reduce helplessness and worthless.
- Improve literacy and job opportunities.
- Maintain a living standard and loving relationship.
- Reduce financial difficulties.

➤ **To provide Psycho-Social therapies: -**
- Family therapy and Interpersonal therapy
- Cognitive behaviour therapy.
- Marital therapy and Recreational therapy.
- Music therapy and occupational therapy.
- Psycho-Social Counselling.

➤ **To Provide Social rehabilitation: -**
- To reinculcate interaction and establish effective social relationships to overcome social barriers and to return to the normative life within the community, social rehabilitation is required.

- The client has to feel a sense of responsibility and adapt healthy roles and modifies the deviant behaviour with normal behaviour.
- The preventive and curative measures will be adopted by the individual client to lead a satisfactory and useful life in social environment. [10]

7. MAJOR FINDINGS:

One hundred fifty years ago in America mental peoples were called sins and devils and these were beaten, trapped with iron chain and put down in the darkroom. There was no provision for treatment of mental disorder at that time. Same as human life, the history of mental disorder are very ancient, but efforts of analysis and treatment of mental disorders started few centuries ago at the scientific level. Before independence, the mental patients were believed to be affected by the bed evils. But today also the mental disorders are known as misfortunes in the tribal castes and the depressive patients of Mewar area are believed to be affected by ghosts and supernatural powers. A general concept found in tribal groups is that the various mental disorders are due to the resistant of cultures, customs, and traditional norms. Generally, the magic's were used as the treatment of mental disorders based on unnatural power prayer in psycho-patho therapy in ancient time and eight cases are used magic's in present time. Mental disorders are of simple to complex type. Depression disorders mostly are seen in divorcees, widows and lonely persons [11].

One-fourth of mental disorders are due to social factors. Basis of an empirical study of the researcher, more percentage of depression disorders is found in illiterate, unemployed, poor and diseased persons but depression disorders can be reduced by family therapy, music therapy, recreational facilities and participation in the community. Now a day's social therapy, music therapy, social rehabilitation, and advanced antipsychotic drugs are used in the treatment of mental disorders [12]. Basis of an empirical study of the researcher, mental disorders are mostly controlled by use of these therapies [13].

8. CONCLUSIONS:

Basis of "Social Aspect of Mental Health" An Empirical Study of Mewar Region the main cause of depression disorders is a discrepancy in daily routine activities, educational pitfalls, violence, breakdown of social relationships and poor economic conditions. The conclusion of the researcher is that Social Drugs Such as Social health, Social environment, Psycho-social therapies, and Social rehabilitation reduce the depression which works as equally as antidepressant medications. To reduce mental disorders, the social causes of mental disorders should be known so that we can keep ourselves and our families - healthy. According to the researcher, the role of sociologists in the diagnosis of mental disorders is same as psychologists and psychiatrists because the sociologists are rightly aware of the hidden social and cultural causes of mental disorders like depression, mania, and schizophrenia, etc. and play important role in diagnosis of mental disorders and promoting mental health. The psychiatrists and psychologists diagnose mentally ill persons in early stage and provide available treatment facilities but the sociologists reduce the misconception of mental illness in their minds and provide social rehabilitation.

9. SUGGESTIONS:

Basis of "Social Aspect of Mental Health" An Empirical Study of Mewar Region the contribution of Social health, Social environment, Social therapy and Social rehabilitation treatment of mentally ill patients is helpful. The role of sociological management is same as psychological and medical management to treat mental disorders. So a sociologist either medical sociologist should be posted in the department of psychiatry of every medical college and district hospital by world health organization and state family health and welfare department so that the health of mentally ill persons can be promoted according to WHO health definition.

REFERENCES:

1. Rutter and Plomin (1997); *Review of Sociology of Volume Health and Illness,* Vol.22, No. 5 Pp. 543-558.
2. Anne Rogers (2005); *Sociology of Illness and Mental Health:* Manchester University Press, 01 July 2005, Pp. 269.
3. Igor Pantic, MD, Ph.D.," *Online Social Networking and Mental Health",* CYBER PSYCHOLOGY, BEHAVIOR, AND SOCIAL NETWORKING, Volume 17, Number 10, 2014, pp -652-657.
4. Celine TM, Antony J. *A study on mental disorders: a 5-year retrospective study.* J Family Med Prim Care 2014; 3:12-6
5. Read UM, Doku VC. *Mental health research in Ghana: a literature review.* Ghana Med J. 2012;46(2 Suppl):29–38.
6. An Ofori-Atta1, UM Read2, C Lund3, MHaPP Research Programme Consortium*," A situation analysis of mental health services and legislation in Ghana: challenges for transformation",* African Journal of Psychiatry, May 2010, 99-108

7. DAVID PILGRIM & ANNE ROGERS," *THE TROUBLED RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHIATRY AND SOCIOLOGY",* International Journal of Social Psychiatry, 2005; pp-229-241
8. American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).* Pp: 202-204.
9. Clayton S. (2009) *Social factors and mental illness.* American Journal of Drug and Alcohol Abuse Vol 35 No. 5, Sep 09, Pp. 364-367.
10. Goldberg D. *The detection and treatment of depression in the physically ill*. World Psychiatry, Vol. 9, February 2010, Pp. 16-20.
11. Ramnath Sharma (2006); *Review of Psychology & Mental Hygiene for Nurses* (9 ed.) Pp. 167-168.
12. Neeraja K. P. (2008): *Review of Essentials of Mental Health Psychiatric Nursing.* (1ed); Vol. No.1, Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. Daryaganj, New Delhi, India, Pp. 136-137.
13. Berzins, KM and Atkinson, JM (2009). *Misconception toward mental illness (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003 Journal of Mental Health,* Vol 18 No. 3, June 2009, Pp. 207-221.

परिशिष्ठ

- साक्षात्कार निर्देशिका
- पारिभाषिक शब्दावली
- कॉन्फ्रेंसों में प्रस्तुत पत्र

साक्षात्कार निर्देशिका

नोट :– यह साक्षात्कार निर्देशिका शोध कार्य के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए तैयार की गई है। इसमें आपसे प्राप्त समस्त जानकारी को पूर्णतया गोपनीय रखा जाएगा।

प्रश्नों के उत्तर भरने हेतु आवश्यक निर्देश :– कृपया पक्ष–विपक्ष वाले प्रश्नों में उत्तर देने के लिए पक्ष (✓) एवं विपक्ष (✗) का निशान अंकित करे।

क्रमांक............. **उत्तरदाता का परिचय** दिनांक.....

A. जैविक आँकडे :–

1. मरीज का नाम...
2. पिता/पति का नाम..
3. आयु...
4. लिंग...पुरूष/महिला
5. वयस्कता..वयस्क/अवयस्क
6. धर्म...हिन्दु/मुस्लिम/सिख/ईसाई/जैन/अन्य
7. भाषा..
8. स्थाई पता...
9. निवास स्थान की प्रकृति..गामीण/नगरीय/कस्बाई
10. फोन नम्बर...
11. चिकित्सा महाविधालय का नाम...
 रवीन्द्रनाथ टैगोर चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर/गीतांजलि चिकित्सा महाविद्यालय उदयपुर
12. चिकित्सा महाविधालय का प्रकार... ....सरकारी/प्राइवेट
13. आई.पी.डी. क्रमांक संख्या...
14. वार्ड का नाम ....मनोचिकित्सा वार्ड............................पुरूष वार्ड/महिला वार्ड
15. मनोचिकित्सा वार्ड में भर्ती समयावधि..
 ....एक सप्ताह से कम/एक सप्ताह से अधिक
16. भर्ती दिनांक..
17. डिस्चार्ज का दिनांक...
18. पहचान चिन्ह्...
19. वजन...
20. लम्बाई...
21. मानसिक बीमारी का प्रकार...मनोविकृत रोग/मनोस्नायु विकार
22. मानसिक बीमारी का निदान...
 ....अवसाद/उन्माद/सिजोफ्रेनिया/सन्निपात/मनोंभ्रंश/अन्य

B. सूचना प्रदाता :–

1. स्वयं मरीज...
2. मरीज का संबंधी...
....माता / पिता / पति / पत्नी / भाई / बहन / पुत्र / पुत्री / रिश्तेदार / अन्य
3. संबंधी की आयु..
4. संबंधी का शैक्षणिक स्तर...
5. संबंध की अवधि..जन्म से / रिश्तेदार बनने के बाद से जानते है?
6. क्या आप मरीज के साथ रहते हैं ? ....हाँ / नहीं

C. वर्तमान मुख्य समस्या :–

1. वर्तमान बीमारी की घटनाओं का उत्तरदाता के शब्दों में समय–क्रम अनुसार वर्णन.......................
....
....
....
2. वर्तमान समस्या की शुरूआत...
.... एक सप्ताह / दो सप्ताह / तीन सप्ताह / चार सप्ताह से अधिक
3. वर्तमान समस्या की अवधि...
....जन्मजात / एक वर्ष / दो वर्ष / दो वर्ष से अधिक
4. वर्तमान बीमारी की गंभीरता को बढ़ाने वाले कारक...
....वितीय घाटा / प्रियजन की मृत्यु / अन्य
5. मरीज का स्वयं का देखभाल का स्तर...अच्छा / खराब

D. भूतपूर्व बिमारी का इतिहास :–

1) भूतपूर्व मानसिक बीमारी का इतिहास –

1. क्या आपको कोई पहले मानसिक बीमारी हुई है?...हाँ / नहीं
   - a) यदि हाँ हो तो – भूतपूर्व मानसिक बीमारी का नाम..
   - b) अस्पताल का नाम, जिसमें उपचार किया गया...
   - c) उपचार की अवधि...
   - d) मानसिक बीमारी के उपचार का तरीका...
     ....ई.सी.टी / दवाई / मनो–सामाजिक चिकित्सा / अन्य तरीका
   - e) पिछले उपचार का परिणाम...
2. क्या आपनें आत्महत्या करने का प्रयास किया ?...हाँ / नहीं
   - a) यदि हाँ हो तो – कारण...
3. क्या आप किसी भी प्रकार का व्यसन करते हो ?.. हाँ / नहीं
   - a) यदि हाँ हो तो – व्यसन का नाम...
     ....एल्कोहोल / बीड़ी / सिगरैट / गुटका / तम्बाकू / भांग / ड्रग / अन्य व्यसन

2) भूतपूर्व शारीरिक एवं शल्य चिकित्सकीय बीमारी का इतिहास –

1. क्या आपको कोई पहले शारीरिक बीमारी हुई है ?..हाँ / नहीं
   a) यदि हाँ हो तो – शारीरिक बीमारी का नाम ....
2. क्या आपने कोई पहले ऑपरेशन करवाया है ?...हाँ / नहीं
   a) यदि हाँ हो तो – ऑपरेशन का नाम ....
3. क्या आपका कोई पहले एक्सीडेन्ट हुआ है ?..हाँ / नहीं
4. बीमारी की वजह से अस्पताल के अनुभव के बारे में पूछताछ..
   ....

E. परिवार का इतिहास :–

1) परिवार संरचना :–

1. परिवार का प्रकार..एकाकी प्रकार / संयुक्त परिवार
2. जाति वर्ग का प्रकार...सामान्य / अनुसूचित जाति / अनुसूचित जनजाति / अन्य पिछड़ा वर्ग

क्रम संख्या	उत्तरदाता से संबंध	आयु	शैक्षणिक स्तर	व्यवसाय	आय	वैवाहिक स्थिति
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

3. परिवार के सदस्यों मे जैनेटिक बीमारी होने के बारे मे पूछताछ..
   ....
4. परिवार के सदस्यों की मृत्यु का कारण..
   ....प्राकृतिक / अप्राकृतिक
5. मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक संरचना के प्रभाव की पूछताछ...
   ....
   ....

2) शारीरिक एवं मानसिक बीमारी से संबंधित पारिवारिक जानकारी :–

1. परिवार के सदस्यों की शारीरिक एवं मानसिक बीमारी के बारे में पूछताछ...
   ....

2. मानसिक बीमारी के प्रति अपनी परम्परागत मान्यताओं जादू–टोना, भूत–प्रेतों, स्थानीय देवी देवताओं का प्रभाव, ऊँच–नीच, शुद्धता–अशुद्धता के भाव के बारे में पूछताछ.................................

....

....

3. परिवार के सदस्यों में किसी व्यसन के बारे में पूछताछ...

....

3) परिवार का वर्तमान सामाजिक स्तर :–

1. घरेलू परिस्थितियां...अच्छी / खराब
2. घर का वातावरण...अच्छा / खराब
3. घर का प्रकार...कच्चा घर / पक्का घर
4. परिवार का मुखीया...
5. वार्षिक आय...
6. परिवार की आर्थिक स्थिति..निम्न वर्ग / मध्यम वर्ग / उच्च वर्ग
7. परिवार के सदस्यों के मध्य संबंधों व अन्तःक्रियाओं का तरीका............................कमजोर / मजबूत
8. मित्रों एवं पड़ोसियों के साथ मरीज का संबंध..सामान्य / असामान्य
9. समाजिक संबंधों के बारे में पूछताछ...

   ....

10. मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक वातावरण के प्रभाव की पूछताछ..

   ....

   ....

F. व्यक्तिगत सूचनाएं :–

1) जन्मजात दोष की पूछताछ...

2) बाल्यावस्था की जानकारी :–

1. स्तनपान अवधि..एक साल / दो साल / तीन साल
2. शौच प्रशिक्षण समय..एक साल / दो साल / तीन साल
3. बोलने संबंधी समस्या..सामान्य / हकलाना
4. माता पिता से बिछुड़ने की पूछताछ...

   ....

3) शैक्षणिक जानकारी :–

1. शिक्षा प्रारम्भ करने की आयु...
2. शिक्षा का स्तर..निरक्षर / साक्षर / प्राथमिक / आठवीं / दसवीं / बारहवीं / स्नातक / स्नातकोत्तर / प्रोफेशनल कोर्स
3. स्कूली मित्रों व शिक्षकों के साथ संबंध.. सामान्य / असामान्य
4. पढ़ाई समाप्त करने का कारण...

4) खेल हिस्ट्री :–

1. क्या आपको खेल पसंद है ?..हाँ / नही
   यदि हाँ हो तो – खेल का नाम...
2. खेलते समय मित्रों के साथ संबंध..सामान्य / असामान्य
3. विपरित लिंग के साथ खेल–संबंध..सामान्य / असामान्य

5) यौवनावस्था एवं प्रसूतिकीय हिस्ट्री :–

1. यौवनारम्भ की आयु..
2. रजोदशर्न की आयु...
3. गर्भपात का कारण...
4. बच्चों की संख्या..

6) व्यवसायिक हिस्ट्री :–

1. व्यवसाय का प्रकार...
   ....कृषि / मजदूरी / व्यापार / सरकारी नौकरी / प्राइवेट नौकरी / गृहणी / अन्य
2. व्यवसाय प्रारम्भ करते समय आयु..
3. व्यवसाय परिवर्तन का कारण..
4. विभिन्न व्यवसायों का समयक्रम अनुसार विवरण...
5. महत्वाकांक्षाएं..
6. प्रतिमाह वर्तमान आय...
7. अधीनस्थ कर्मचारियों के साथ संबंध...सामान्य / असामान्य
8. वरिष्ठ अधिकारियों के साथ संबंध..सामान्य / असामान्य
9. बेरोजगारी के बारे मे पूछताछ...

7) वैवाहिक हिस्ट्री :–

1. मरीज का वैवाहिक स्तर...
   ....विवाहित / अविवाहित / तलाकशुदा / विधवा / विधुर
2. शादी के समय आयु...
3. शादी का तरीका..परम्परागत / कोर्ट मैरिज / प्रेम विवाह
4. शादी की अवधि...
5. वैवाहिक जीवन में एडजैस्टमेंट के बारे में पुछताछ...
   ....समायोजन / असमायोजन
6. तलाक का कारण...

8) व्यक्तित्व संबंधी जानकारियां :–

1. स्वभाव...शकी / शांत / शर्मिला / अधिक क्रियाशील
2. खाली समय के उपयोग के बारे में पूछताछ..
3. रूचियों के बारे में पूछताछ...
4. मनोरंजन के साधनों के बारे में पूछताछ..
   ....
5. मरीज का खुद के प्रति नजरिया...सामान्य / महान
6. दूसरों के प्रति नजरिया..सामान्य / महान
7. धर्म के प्रति नजरिया...मेरा धर्म महान / सभी धर्म महान
8. दूसरों का मरीज के प्रति नजरिया...
9. स्वास्थ्य प्रस्थिति एवं भूमिका में परिवर्तन के बारे में पूछताछ...
   ....

G. स्वास्थ्य एवं मानसिक स्वास्थ्य के बारे मे पूछताछ :–

1. मानसिक स्वास्थ्य पर आनुवांशिकता के प्रभाव की पूछताछ..
....

2. मानसिक स्वास्थ्य पर शारीरिक स्वास्थ्य के प्रभाव की पूछताछ...
....

3. मानसिक स्वास्थ्य पर परिवार के वातावरण के प्रभाव की पूछताछ..
....

4. मानसिक स्वास्थ्य पर संवेगों एवं भावनाओं की अभिव्यक्ती के प्रभाव की पूछताछ.................................
....

5. मानसिक स्वास्थ्य पर धर्म एंव संस्कृति के प्रभाव की पूछताछ...
....

6. मानसिक स्वास्थ्य पर किशोरावस्था के प्रभाव की पूछताछ..
....

7. मानसिक स्वास्थ्य पर निर्धनता के प्रभाव की पूछताछ..
....

8. मानसिक स्वास्थ्य पर बेरोजगारी के प्रभाव की पूछताछ...
....

9. मानसिक स्वास्थ्य पर मनोरंजन के साधनों के प्रभाव की पूछताछ..
....

10. मानसिक स्वास्थ्य पर आयु के प्रभाव की पूछताछ...
....

11. मानसिक स्वास्थ्य पर लैंगिकता के प्रभाव की पूछताछ...
....

12. मानसिक स्वास्थ्य पर आय के प्रभाव की पूछताछ ....
....

13. मानसिक स्वास्थ्य पर शिक्षा के प्रभाव की पूछताछ..
....

14. मानसिक स्वास्थ्य पर वैवाहिक स्थिति के प्रभाव की पूछताछ...
....

15. मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक समर्थन के प्रभाव की पूछताछ...
....

16. मानसिक स्वास्थ्य पर सामाजिक परिवर्तन के प्रभाव की पूछताछ..
....

17. मानसिक स्वास्थ्य पर घर के स्वरूप के प्रभाव की पूछताछ..
....

18. मानसिक स्वास्थ्य पर कुपोषण के प्रभाव की पूछताछ...
....
....

19. मानसिक स्वास्थ्य पर नशीली दवाओं के सेवन के प्रभाव की पूछताछ...
....

20.मानसिक स्वास्थ्य पर व्यवसाय के प्रभाव की पूछताछ..

....

21.मानसिक स्वास्थ्य पर पारिवारिक असामंजस्यता के प्रभाव की पूछताछ..

....

22.मानसिक स्वास्थ्य पर जातिवाद के प्रभाव की पूछताछ..

....

23.मानसिक स्वास्थ्य पर स्वास्थ्य देखभाल संस्थाओं की उपलब्धता के प्रभाव की पूछताछ...................

....

24.मानसिक स्वास्थ्य पर भौगोलिक क्षेत्र के प्रभाव की पूछताछ...

....

25.मानसिक स्वास्थ्य को प्राप्त करने के लिए आध्यात्मिकता पर पूछताछ..

....

26.क्या आप मानसिक स्वास्थ्य अधिनियमों के बारे में जानते है?..हाँ / नहीं
यदि हाँ हो तो – कैसे ?...

....

27.क्या आप राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के बारे में जानते है?.....................................हाँ / नहीं
यदि हाँ हो तो – कैसे ?...

....

28.राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों में मनोरोगी के इलाज के बारे में पूछताछ....................................

....

....

29.मानसिक बीमारी के प्रति उत्तरदाताओं (मनोरोगी एवं उसके परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का सामुदायिक दृष्टिकोण एवं उनमें व्याप्त गलत धारणाओं के बारे में पूछताछ..

....

30.उत्तरदाताओं (मनोरोगी के परिवार वाले, रिश्तेदार एवं मित्र) का मनोरोगी के प्रति सामुदायिक दृष्टिकोण के बारे में पूछताछ..

....

H. मनोरोगी के उपचार में चिकित्सकीय पहलुओं (गोली दवाइयों) के समान ही मानसिक स्वास्थ्य के सामाजिक पहलुओं से जुड़ाव एवं परिवर्तन के बारे में पूछताछ :–

1. सामाजिक स्वास्थ्य के प्रति जुड़ाव एवं परिवर्तन की पूछताछ...

....

....

2. सामाजिक वातावरण के प्रति जुड़ाव एवं परिवर्तन की पूछताछ...

....

....

   a) रोगी की चिकित्सा में चिकित्सक का सामाजिक वातावरण से सरोकार के प्रति पूछताछ...........

   ....

   ....

3. सामाजिक चिकित्सा की विभिन्न थैरेपियों के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ –

1) व्यक्तिगत मनोचिकित्सा

a. मनो–विश्लेषण थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ..
....
....

b. सम्मोहन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ...
....
....

c. एबरिएक्शन थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ...
....
....

d. सहायक मनोचिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ..
....
....

2) समूह चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ ....
....
....
....

3) व्यवहार चिकित्सा के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ ....
....
....
....

4) इलेक्ट्रो–कन्वलसीव थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ..
....
....
....

4. सामाजिक पुनर्वास के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ...
....
....
....

a. व्यवसायिक थैरेपी के प्रति जुड़ाव एवं प्रभाव की पूछताछ...
....
....
....

I. मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ाने लिए आपके अनुसार सुझाव...
....
....
....

J. मानसिक रोगों को कम करने के लिए आपके अनुसार सुझाव...
....
....

पारिभाषिक शब्दावली

1. **Abreaction –** मनोचिकित्सा का एक प्रकार जिसमें औषधि के प्रयोग द्वारा मरीज को अपनी अवदमित भावनाओं को व्यक्त करने हेतु प्रेरित किया जाता है।
2. **Acalculia –** गणितिय प्रश्न का समाधान करने में असमर्थता।
3. **Acrophobia –** ऊँचाई से डरना।
4. **Addiction –** किसी मादक द्रव्य के लगातार प्रयोग से उत्पन्न मानसिक आश्रितता।
5. **Agoraphobia –** किसी सार्वजनिक स्थान में अकेले जाने एवं अकेले होने से डरना।
6. **Agnosia –** वस्तुएं पहचाने में असमर्थ होना।
7. **Akathisia –** EPS का एक लक्षण जिसमें व्यक्ति एक जगह पर आरामपूर्वक बैठ नहीं पाता है। उसके मन में हमेशा चलते रहने का एवं कोई कार्य करने की तीव्र इच्छा होती है।
8. **Alexia –** पढ़ने में कठिनाई होना।
9. **Alzheimer's Disease –** एक Neuro-degenerative disorder.
10. **Ambivalance –** किन्हीं दो विकल्पों में से किसी एक विकल्प को न चुन पाना।
11. **Amnesia –** स्मृति–लोप (कुछ याद न होना)
12. **Anhedonia –** सुख की अनुभूति न होना।
13. **Anorexia Nervosa –** एक प्रकार का मनोवैज्ञानिक विकार, जिसके लक्षण हैं – भूख में कमी, भार में कमी।
14. **Anti-anxiety Agents –** Psychotropic drugs जो उद्वेग विकारों के उपचार हेतु प्रयुक्त होते है।
15. **Anti-depressant Agents –** अवसाद के उपचार हेतु प्रयुक्त औषधियां।
16. **Anti psychotic Agents –** औषधियां जो Psychotic Disorder के उपचार हेतु प्रयुक्त होती है।
17. **Anti-Social Personality Disorder –** व्यक्तित्व विकार, जिसमें व्यक्ति समाज की मान्यताओं, परम्पराओं, नियमों के विरूद्ध आचरण करता है एवं उसे अपने व्यवहार पर कोई पछतावा नहीं होता है।
18. **Anxiety –** एक असुखद भावनात्मक अवस्था, जिसमें तनावपूर्ण अवस्था में व्यक्ति में मनो–शारीरिक परिवर्तन होते है।
19. **Apathy –** भावना, रूचि एवं संवेगों का अनुपस्थिति होना।
20. **Aphsia –** भाषायी गड़बड़ी – व्यक्ति किसी भाषा का विवेकपूर्ण प्रयोग एवं कहे गये शब्दों को समझ नहीं पाता है।
21. **Apraxia –** किसी विशेष शारीरिक लकवे के अभाव में, व्यक्ति का Sensory-Motor कार्य करने में असमर्थता।
22. **Autistic-Thinking –** विचार प्रक्रिया जिसमें व्यक्ति स्वयं के नियमों तर्को एवं प्रतीकों का प्रयोग करता है।
23. **Behaviour Therapy –** कुसमंजित व्यवहार को रोकने एवं उसमें परिवर्तन लाने हेतु प्रयुक्त सामाजिक चिकित्सा।
24. **Bipolar Affective Disorder –** एक मनःस्थिति विकार जिसमें दोनों उन्माद एवं अवसाद (Mania/Depression) के एपिसोड पाये जाते है।
25. **Bullimia Nervosa –** एक मनोवैज्ञानिक विकार जिसमें व्यक्ति पहले अपनी क्षमता से अधिक खाता है, बाद में Induced Vomiting करता है।

26. **Catharsis –** इसका अर्थ है अपने मन में से दमित भावनाओं को निकालना, इससे व्यक्ति के उद्वेग/भय में कमी आती है।

27. **Claustrophobia –** बंद स्थानों से डरना।

28. **Catatonia –** मांसपेशियों के तनाव में कमी से अनेक लक्षणों का उपस्थित होना, जैसे शारीरिक जड़ता, चुप रहना, नकारात्मक प्रतिक्रिया का पाया जाना।

29. **Cognition –** यह निम्न मानसिक प्रक्रियाओं को शामिल करता है – विचार करना, याद करना, अवबोधन एवं योजना बनाना।

30. **Compensation –** एक मनोरचना जिसमें व्यक्ति अपनी कुण्ठित प्रेरणाओं की संतुष्टि हेतु अन्य कार्यों में असफलता प्राप्त कर पूरा करता है।

31. **Confabulation –** बीती घटनाओं के भूले हुए प्रसंगों को मनगढ़न्त तथ्यों से भरना।

32. **Conversion Disorder –** एक मनोरोग जिसमें मानसिक अन्तर्द्वन्द शारीरिक लक्षणों के रूप में प्रकट होते है।

33. **Counter Transference –** मनोचिकित्सा के दौरान यदि चिकित्सक एवं परामर्शदाता अपनी भावनाओं के वशीभूत होकर मरीज के साथ भावनात्मक संबंध बनाता है तो इसे counter transferance कहते है।

34. **Crisis –** एक मानसिक असंतुलन की अवस्था, जो सामान्यतः 4 से 6 सप्ताह तक बनी रहती है, जिसका शेष जीवन पर अत्यधिक प्रभाव होता है।

35. **Crisis Intervention –** समस्या समाधान का एक प्रत्यक्ष तरीका जिसे व्यक्ति की संकटकालीन अवस्था में प्रयोग किया जाता है।

36. **Defence Mechanism –** अचेतन प्रक्रियाएं जो किसी भी तनावपूर्ण अवस्था में व्यक्ति के स्व सम्मान को बनाये रखती है, उसके उद्वेग को घटाती है एवं अन्तर्द्वन्द को निवारण करती है।

37. **Delusion –** धारणाएं जो गलत एवं अटल होती है, जिन्हें किसी भी प्रकार के तर्क–वितर्क, बहस द्वारा नहीं बदला जा सकता।

38. **Delirium –** एक जैविक मनोरोग जिसका मुख्य लक्षण, चेतना में कमी एवं स्थितिभ्रम (Disorientation) का उपस्थित होना है।

39. **Dementia –** एक जैविक मनोरोग जिसका मुख्य लक्षण स्मृतिलोप है। यह एक दीर्घावधि विकार है।

40. **Denial –** एक मनोरचना जिसमें व्यक्ति किसी भी अविश्वसनीय तथ्य को सही मानने से इंकार (खण्डन) करता है।

41. **Depression** – एक मनःस्थिति, जिसमें मरीज निरन्तर हताशा, दुःख, अपर्याप्तता का अनुभव करता है एवं समाज से खुद को अलग कर लेता है।

42. **Derealization –** व्यक्ति के बाहरी वातावरण एवं अनुभवों के बोध में परिवर्तन आना। इसमें व्यक्ति को जानी–पहचानी घटनाएं एवं व्यक्ति अजनबी तथा अवास्तविक प्रतीत होते है।

43. **Disorientation –** व्यक्ति को समय, जगह एवं सामाजिक संबंधों का सही बोध न होना, स्थिति भ्रम कहलाता है।

44. **Displacement –** मनोविच्छेदन एक प्रकार की मनोरचना है जिसके फलस्वरूप व्यक्ति की चेतना, स्मृति, पहचान एवं अवबोधन इत्यादि पूर्व के घटनाक्रम से विच्छेदित हो जाती है।

45. **Dyslexia –** पढ़ने में कठिनाई होना।

46. **Drug Tolerance –** किसी भी मादक द्रव्य के वांछित प्रभाव को उत्पन्न करने हेतु पदार्थ को पहले से अधिक मात्रा में लेना, उस व्यक्ति की Drug Tolerance को इंगित करता है।

47. **Dystonia –** मांसपेशी तनाव संबंधी विकार।

48. **Euphoria –** (Hypomania) – हल्के उन्माद सी मनोस्थिति जिसमें व्यक्ति स्वयं अत्यन्त खुशी अनुभव करता है एवं उसके आत्म–विश्वास का स्तर बढ़ जाता है।
49. **ECT –** मनोरोग के उपचार की Electric Shock विधि।
50. **Echolalia –** अन्य द्वारा कहे गये शब्दों की पुनावृत्ति करना।
51. **Echopraxia –** अन्य व्यक्ति द्वारा किये गये कार्यों को दोहराना।
52. **Ego –** एक स्वयं से जुड़ा शब्द, जो यथार्थपूर्व विचारों एवं यथार्थवादी व्यवहार से पहचाना जाता है।
53. **Endogenous –** किसी मनोरोग की उत्पत्ति अन्तर्निहित कारणों (Personality & Intelligence) से होना Endogenous कहलाता है।
54. **Family Therapy –** सामाजिक चिकित्सा का एक प्रकार जिसमें, पारिवारिक संबंधों एवं अन्तःक्रियाओं में सुधार लाकर रोगी के व्यवहार को परिवर्तित किया जाता है।
55. **Fantasy –** मनोरचना जिसमें व्यक्ति अधूरी इच्छाओं का संतुष्टीकरण कल्पनाओं/दिवास्वप्नों के माध्यम से पूरी करने का प्रयत्न करता है।
56. **Flight of Ideas –** उन्माद का एक लक्षण, जिसमें व्यक्ति बात करते समय बार–बार बातचीत का शीर्षक बदलता है।
57. **Flooding –** व्यवहार चिकित्सा का एक प्रकार, जिसमें मरीज को बार–बार उसी वस्तु से सामना कराया जाता है, जो उसमें भय/उद्वेग उत्पन्न करती है।
58. **Free Association –** Psychoanalysis की एक तकनीक जिसमें समस्त विचारों एवं भावनाओं को व्यक्त करने हेतु प्रोत्साहित किया जाता है।
59. **GAS (General Adaptation Syndrome) –** इसका अर्थ है, वह चरणबद्ध प्रक्रिया, जिसके माध्यम से व्यक्ति किसी तनावपूर्ण परिस्थिति के साथ सामंजस्य स्थापित करता है।
60. **Group Therapy –** मनो सामाजिक चिकित्सा का प्रकार, जिसमें मरीजों को थैरेपीस्ट के मार्गनिर्देशन में अपनी समस्याओं की चर्चा करने एवं उनके समाधान हेतु प्रोत्साहित किया जाता है।
61. **Hallucination –** किसी भी वस्तु/उद्दीपक की अनुपस्थिति में बोध होना 'भ्रम' (Hallucination) कहलाता है।
62. **Hypochondriasis –** किसी भी रोग/विकार की अनुपस्थिति में व्यक्ति स्वयं को बीमार महसूस करता है।
63. **Hypnosis –** तन्द्रा (Trance) की भांति एक अवस्था जिसमें व्यक्ति की एक बिन्दु पर एकाग्रता सर्वोच्च होती है। साथ ही व्यक्ति की Suggestibility भी अधिक होती है।
64. **ID –** व्यक्तित्व का वह भाग जो प्राथमिक इच्छाओं से संबंधित है। इसका वास्तविकता के साथ सम्पर्क नहीं होता है।
65. **Identification –** मनोरचना जिसमें व्यक्ति किसी अन्य व्यक्ति के साथ तादात्म्य स्थापित करता है एवं उसके जैसा व्यवहार करता है या बनने की कोशिश करता है।
66. **Identity Crisis –** किशोरावस्था का मुख्य लक्षण जिसमें किशोर अपनी पहचान (Identity) संबंधी अन्तर्द्वन्द का सामना करता है।
67. **Illusion –** किसी भी वस्तु/उद्दीपक का गलत अवबोधन होना 'भ्रान्ति' कहलाता है।
68. **Informed Consent –** मरीज एवं उसके संबंधियों को उपचार प्रक्रिया की पूर्ण जानकारी देकर लिखित सहमति प्राप्त करना Informed Consent कहलाता है।
69. **Insane –** कानूनी भाषा में मानसिक रूप से अस्वस्थ व्यक्ति को 'Insane' शब्द द्वारा सम्बोधित किया जाता है।

70. **Insight –** स्वयं के विचारों/भावनाओं/व्यवहार को समझने की योग्यता। व्यक्ति की स्वयं की मनोस्थिति के बारे में जागरूकता को 'अन्तर्दृष्टि' कहा जाता है।

71. **Insomnia –** अनिद्रा की स्थिति।

72. **Loose Association –** विचार प्रक्रिया जिसमें विभिन्न विचारों के मध्य तर्कपूर्ण संबंध नहीं पाया जाता या क्षीण संबंध पाया जाता है।

73. **Mania –** उन्माद की मनःस्थिति जो व्यक्ति की मनो–शारीरिक क्रियाओं के बढ़े हुए स्तर के रूप में परिलक्षित होती है।

74. **Maturational Crisis –** व्यक्ति के विकास की विभिन्न संक्रमण अवस्थाएं, जिसमें समाज एवं परिवार में उसकी भूमिका में अचानक परिवर्तन आया है।

75. **Mutsim –** मुक अवस्था।

76. **Melancholia –** दीर्घकालीन अवसाद का एक प्रकार, जिसे पुराने समय में अधिक Black Bile स्त्रावण का परिणाम समझा जाता है।

77. **Mental Retardation –** एक अवस्था, जिसमें व्यक्ति की I.Q. 70 से कम पायी जाती है।

78. **Milieu Therapy –** समूह मनो सामाजिक चिकित्सा का एक प्रकार जिसमें मरीज के Diagnosis के अनुरूप वातावरण में परिवर्तन लाकर उपचार किया जाता है।

79. **Modeling –** Behaviour Therapy का एक प्रकार, जिसमें देखकर या नकल के माध्यम से मरीज के व्यवहार में परिवर्तन लाया जाता है।

80. **Mood –** यह व्यक्ति द्वारा अनुभव की गयी मन की स्थायी भावनात्मक अवस्था है। व्यक्ति स्वयं इसे अभिव्यकत करता है एवं यह उसके व्यवहार में परिलक्षित होता है।

81. **Multiple Personality –** एक ही व्यक्ति में विभिन्न समय–परिस्थिति में भिन्न–भिन्न व्यक्तित्व का उपस्थित होना Multiple Personality को इंगित करता है।

82. **Negative Reinforcement –** किसी व्यवहार में परिवर्तन हेतु नकारात्मक पुनर्बलन (दण्ड) का प्रयोग करना।

83. **Neologism –** मरीज द्वारा नये शब्दों का निर्माण करना। इन शब्दों की उत्पत्ति को आसानी से समझा नहीं जा सकता।

84. **Neurosis –** एक मनोविकार जिसके मुख्य लक्षण है – उद्वेग, अपना कार्य सही प्रकार से नहीं कर पाना एवं अन्य मनोवैज्ञानिक समस्याएं।

85. **Obsession –** मनोवैज्ञानिक विचार, जो व्यक्ति के मन में बार–बार आते है एवं उसे व्यक्ति में उद्वेग उत्पन्न करते है।

86. **OCD –** एक मनोविकार जिसके मुख्य लक्षण है, हठी विचारों का बार–बार आना एवं क्रियाबद्धता।

87. **Panic Anxiety Disorder –** अचानक, संक्षिप्त अवधि में, मरीज को तीव्र उद्वेग की अनुभूति होना, साथ ही मरीज किसी भावी दुर्घटना के प्रति आशंकित रहता है।

88. **Parasomnia –** नींद से संबंधित विकार, जैसे – नींद में चलना, भयानक सपने देखना एवं सोते समय बिस्तर गीला करना।

89. **Perception –** अवबोधन एक प्रक्रिया है, जिसके द्वारा हम विभिन्न वातावरणीय उत्तेजकों में भेद कर पाते है। बोध हमारी संवेदनाओं को अर्थ प्रदान करता है।

90. **Phobia –** किसी वस्तु, जगह एवं सामाजिक परिस्थिति में अतार्किक एवं आधारहीन भय उत्पन्न होना Phobia कहलाता है।

91. **Positive Reinforcement –** किसी व्यक्ति के व्यवहार में परिवर्तन लाने हेतु सकारात्मक तरीकों (जैसे इनाम) का प्रयोग करना सकारात्मक पुनर्बलन कहलाता है।

92. **Postpartum Blues –** बच्चे के जन्म के पश्चात् माता में उत्पन्न अवसाद स्थिति एवं अन्य Psychotic विकार Post-Partum Blues के नाम से जाना जाता है।

93. **Posturing –** मरीज द्वारा ऐच्छिक रूप से लम्बे समय तक एक विचित्र Posture बनाये रखना।

94. **Projection –** मनोरचना का प्रकार, जिसमें व्यक्ति अपने कमजोरियों, गलतियों को दूसरों पर आरोपित करता है।

95. **Psycho-Analysis –** फ्रायड द्वारा विकसित एक मनोचिकित्सा जिसमें मनोरोग के उपचार हेतु निम्न तकनीक का प्रयोग होता है – Free Association, Dream Analysis, Transferance, Insight Development.

96. **Psychodrama –** समूह मनोचिकित्सा का एक प्रकार, जिसमें Role Playing के माध्यम से समस्याओं का समाधान किया जाता है।

97. **Psychosis –** एक गम्भीर मनोविकार जिसमें रोगी का वास्तविकता से सम्पर्क कट जाता है, व्यक्ति में Delusion, Illusion एवं Hallucination जैसे लक्षण उपस्थित होते है।

98. **Psychotherapy –** मनोरोगों के उपचार हेतु, मनोवैज्ञानिक तकनीक एवं माध्यम का प्रयोग करना, मनोचिकित्सा कहलाती है।

99. **Rigidity –** मांसपेशी के तनाव में परिवर्तन के कारण मरीज के शरीर का ऐसी पोजीशन ग्रहण कर लेना, जिसे बाहरी प्रयासों से भी परिवर्तित नहीं किया जा सकता।

100. **Stereotypism –** एक निरूद्देश्य व्यवहार की बार–बार पुनरावृत्ति करना, जिसे बाहरी प्रयासों से भी परिवर्तित नहीं किया जा सकता।

101. **Suicide –** स्वयं को मारने हेतु जानबूझकर किया गया कार्य 'आत्महत्या' कहलाती है।

102. **Thought Broadcast –** व्यक्ति को यह अनुभव होता है कि उसके स्वयं के विचार स्वतः ही (बिना कहे) दूसरों को स्थानान्तरित हो रहे है।

103. **Thought Echo –** व्यक्ति को वातावरण में अपने विचार गूँजते हुए प्रतीत होते है।

104. **Thought Insertion –** व्यक्ति यह अनुभव करता है कि कोई अन्य व्यक्ति उसके मन में अपने विचारों को आरोपित कर रहा है।

105. **Thought Withdrawal –** व्यक्ति के मन में विचारों का प्रवाह रूक जाता है एवं उसे ऐसा प्रतीत होता है कि अन्य ताकते उसके मस्तिष्क से विचारों को हटा रही है।

106. **Trance –** निद्रा के समान स्थिति जिसमें व्यक्ति की चेतना में कमी होती है, लेकिन सलाह मानने की क्षमता बढ़ जाती है।

107. **Tardive Dyskinesia –** लम्बे समय तक anti psychotic औषधियों के सेवन से उत्पन्न शारीरिक विकार जिसके निम्न लक्षण है – अनियंत्रित शारीरिक हावभाव, हाथ–पैरों की मांसपेशियों में अनैच्छिक संकुचन।

108. **Token Economy –** व्यवहार चिकित्सा का एक प्रकार जो सकारात्मक पुनर्बलन (Positive Reinforcement) पर आधारित है।

109. **Verbigeration –** अर्थहीन रूप से शब्दों एवं मुहावरों/वाक्यों को बार–बार दोहराना।

110. **Waxy-Flexibility –** असुविधाजनक शारीरिक मुद्राओं को मोम–आकृति की भांति लम्बे समय तक बनाये रखना।

111. **Withdrawal Symptom –** किसी मादक पदार्थ की आदत विकसित होने के पश्चात् यदि अचानक उसे लेना रोक दिया जाता है, तो मरीज में उत्पन्न गम्भीर लक्षणों को Withdrawal Symptoms कहा जाता है।

112. **Word Salad –** सिजोफ्रेनिया का लक्षण, जिसमें मरीज शब्दों एवं वाक्यों का अतर्कसंगत रूप से, मिश्रित रूप में प्रयोग करता है।

Department of Sociology

Mohanlal Sukhadia University, Udaipur (Rajasthan) India

INTERNATIONAL CONFERENCE

on

Perspectives in Culture, Society and Gender in Subaltern Communities in South Asia

Sponsored by : Indian Council of Social Science Research, New Delhi

October 5th-6th, 2012

Certificate

This is to Certify that Prof./Dr./Mrs./Mr. Ravi Shanker Mahawar

of Kota University Kota (Raj.)

has participated / presented a paper / delivered lecture entitled "Gender and Health"

at the International Conference.

Prof. Sharad Srivastava, Dean, UCSSH

Prof. Balveer Singh, Coordinator

Prof. Pooran Mal Yadav, Organising Secretary

XX National Rajasthan Sociological Conference

on

Contemporary Issues of Ethnicity and Gender Sensitization

(Inter-disciplinary Approach)

3rd and 4th October, 2013

Organised by :

Department of Sociology

Maharana Pratap Government Post Graduate College

Chittorgarh (Rajasthan)

Indian Council of Social Science Research

Certificate

This is to certify that ~~Prof./Dr./~~ Mr./~~Mrs.~~ Ravi Shanker Mahavar

of Ph.D. Scholar Govt. P.G. College, Chittorgarh *has participated in the XX National Rajasthan Sociological Conference held at Maharana Pratap Government Post Graduate College, Chittorgarh on 3rd and 4th October, 2013 and chaired a session/ delivered a plenary lecture/ presented a paper titled* "Gender and Mental Disorders".

Rajasthan Sociological Association RSA 1973

Prof. S.K. Thakkar, Patron & Principal

Prof. Mohan Advani, RSA President

Dr. Aruna Bhargava, RSA Secretary

Dr. Ashutosh Vyas, Organizing Secretary

INDIAN SOCIOLOGICAL SOCIETY

XXXIX ALL INDIA SOCIOLOGICAL CONFERENCE

"Inequality, Social Justice and Empowerment"

DECEMBER 27, 28 AND 29, 2013

KARNATAKA STATE OPEN UNIVERSITY

MUKTHAGANGOTHRI, MYSORE - 570 006

Estd. 1951

CERTIFICATE

This is to certify that Dr./Mr./Ms. RAVI SHANKAR MAHAVAR *participated/acted as Convener/ presented a paper titled* Social Aspect of Mental Health: An Empirical study of Mewar Region. *at 39th All India Sociological Conference at Karnataka State Open University, Mukthagangothri, Mysore on December 27, 28 and 29, 2013.*

(Prof. Ishwar Prasad Modi)	(Prof. Rajesh Mishra)	(Prof. M H Krishnappa)
President, ISS	Secretary, ISS	Organizing Secretary

All India Researchers' Association ® (AIRA)

Reg No.Mys-S86-2016-17

#2961/40, 3rd Cross, 4th Main, Saraswathipuram, Mysore-570009

Website: www.aira.org.in Email:airamysore217@gmail.com

Certificate of Participation

This to certify that Mr.Ravi Shankar Mahavar from PhD Scholar - Sociology, University of kota, Kota, Rajasthan has participated in One Day National Level Online Webinar organized by **All India Researchers' Association ® (AIRA) Mysore** on **"The Relevance of Multi-Disciplinary Research in Contemporary World"** held on 31st May 2020.

Dr Kushal Baragur	**Dr Jayakumar H**
President-AIRA	**Secretary-AIRA**

शोध निदेशालय
कोटा विश्वविद्यालय, कोटा
एम.बी.एस.रोड़ कोटा–324005
फोन नं. 0744-2471037
No. F: - 6( ) Res. / UOK/2020/2451

DIRECTORATE OF RESEARCH
UNIVERSITY OF KOTA, KOTA
MBS Road Kota-324005
Phone No.: 0744-2471037
Email : research@uok.ac.in
Dated: 28/02/2020

TO WHOM SO EVER IT MAY CONCERN

This is certify that **Mr. Ravi Shankar Mahavar S/o Sh. Dauji Ram Mahavar** has been successfully completed his/her Ph.D. Course Work 2012-13 in the subject of Sociology Under the Department of Social Science, University of Kota, Kota (Raj.) as per the norms of UGC [UGC Minimum Standards and Procedures for award of Ph.D. degree Regulations 2009].

The details are as follows :

Roll No. : CW-SOC-05 **Faculty** : Social Science

Subject : Sociology **Department** : Social Science

Ph.D. Course Work Result :

NAME OF PAPER	MAX. MARKS	MARKS OBTAINED
PART I : Research Methodology, Computer Application & Mechanics of writing	100	56
PART II : Review of Literature & Research Technique	GRADE : Good	
	RESULT	Pass

I wish his/her for every success in life.

Date : 28/02/2020

Place : Kota

Dy. Registrar (Research)