



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

ग्रामीण जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य: बिहार में सामाजिक समर्थन एवं सामुदायिक सम्बन्धों की  
संरक्षक भूमिका का अध्ययन

रोहित कुमार

शोधार्थी, मनोविज्ञान विभाग, अर्णि विश्वविद्यालय, इंदौरा, काँगड़ा (हिमाचल प्रदेश), भारत

डॉ. ललित वर्मा

एसोसिएट प्रोफेसर, मनोविज्ञान विभाग, अर्णि विश्वविद्यालय, इंदौरा, काँगड़ा (हिमाचल प्रदेश), भारत

## सारांश (Abstract)

ग्रामीण भारत में मानसिक स्वास्थ्य एक जटिल और बहुआयामी विषय है, जहाँ गरीबी, प्राकृतिक आपदाएँ और स्वास्थ्य सेवाओं की कमी जैसे तनावकारी कारक विद्यमान हैं, परन्तु साथ ही सामाजिक समर्थन और सामुदायिक सम्बन्ध जैसे शक्तिशाली संरक्षक कारक भी उपलब्ध हैं। यह शोधपत्र ग्रामीण बिहार में सामाजिक समर्थन के विभिन्न प्रकारों—पारिवारिक, विस्तृत परिवार, पड़ोसी, जाति-बिरादरी, धार्मिक और संस्थागत—की मानसिक स्वास्थ्य पर संरक्षक भूमिका का विश्लेषण प्रस्तुत करता है। ग्रामीण बिहार के आठ जिलों से 820 प्रतिभागियों (18-65 वर्ष) का सर्वेक्षण किया गया। परिणामों में पाया गया कि पारिवारिक समर्थन ( $r=-0.42$  अवसाद से,  $r=0.48$  कल्याण से) और पड़ोसी समर्थन ( $r=-0.38$ ,  $r=0.40$ ) मानसिक स्वास्थ्य के सबसे सशक्त संरक्षक हैं। सामुदायिक सहभागिता का स्तर अवसाद और तनाव से उल्टा तथा कल्याण से सीधा सम्बन्ध रखता है। सामाजिक समर्थन ने गरीबी-अवसाद ( $\beta=0.42$  से  $0.18$ ), बाढ़-चिन्ता ( $\beta=0.38$  से  $0.15$ ) और प्रवासन-तनाव ( $\beta=0.35$  से  $0.12$ ) सम्बन्धों में सार्थक “बफर” प्रभाव दिखाया। ग्रामीण महिलाओं (26-35 वर्ष) में अवसाद स्कोर सर्वाधिक ( $M=7.2$ ) पाया गया। शोध यह प्रतिपादित करता है कि ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों को विद्यमान सामुदायिक संरचनाओं का उपयोग करना चाहिए, साथ ही ग्रामीण-विशिष्ट तनावकारी कारकों को सम्बोधित करना चाहिए।

**मुख्य शब्द (KEYWORDS):** ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य, सामाजिक समर्थन, सामुदायिक सम्बन्ध, बिहार, अवसाद, मनोवैज्ञानिक प्रत्यास्थता, ग्रामीण तनावकारी कारक, संरक्षक कारक

## 1. प्रस्तावना (Introduction)

भारतीय मानसिक स्वास्थ्य विमर्श में एक विरोधाभास बार-बार सामने आता है। एक ओर, शोध दर्शाता है कि ग्रामीण क्षेत्रों में शहरी क्षेत्रों की तुलना में अवसाद और चिन्ता का प्रसार कम है [1], [5]। दूसरी ओर, ग्रामीण क्षेत्रों में गरीबी, प्राकृतिक आपदाएँ, स्वास्थ्य सेवाओं की अनुपलब्धता और मानसिक स्वास्थ्य कलंक (stigma) जैसे अनेक तनावकारी कारक विद्यमान हैं जो मानसिक स्वास्थ्य को गम्भीर रूप से प्रभावित कर सकते हैं [6], [7]। इस विरोधाभास की व्याख्या सामाजिक समर्थन और



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

सामुदायिक सम्बन्धों की संरक्षक भूमिका से की जा सकती है—ग्रामीण समुदायों में विद्यमान सामाजिक बन्धन तनावकारी कारकों के नकारात्मक प्रभाव को कम करने में एक “कवच” या “बफर” का कार्य करते हैं [2], [8]।

राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NMHS, 2015-16) के अनुसार, भारत में लगभग 10.6 प्रतिशत जनसंख्या किसी-न-किसी मानसिक विकार से प्रभावित है, परन्तु 80 प्रतिशत प्रभावित व्यक्तियों को कोई उपचार उपलब्ध नहीं है [6]। यह “उपचार अन्तराल” (TREATMENT GAP) ग्रामीण क्षेत्रों में और भी गम्भीर है—बिहार जैसे राज्य में, जहाँ प्रति 10 लाख जनसंख्या पर केवल 0.7 मनोचिकित्सक उपलब्ध हैं, 90 प्रतिशत से अधिक ग्रामीण आबादी को कोई मानसिक स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध नहीं है [9], [10]। ऐसी स्थिति में, यह प्रश्न और भी महत्वपूर्ण हो जाता है कि ग्रामीण समुदाय मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखने के लिए कौन-से अनौपचारिक और सांस्कृतिक संसाधनों का उपयोग करते हैं [3], [11]।

सामाजिक समर्थन सिद्धान्त (SOCIAL SUPPORT THEORY) इस प्रश्न का एक सशक्त उत्तर प्रस्तुत करता है। कैसेल (1976) और कोब (1976) ने प्रतिपादित किया कि सामाजिक सम्बन्ध तनाव के नकारात्मक स्वास्थ्य प्रभावों को “बफर” करते हैं [8], [12]। कोहेन और विल्स (1985) ने इस “बफर परिकल्पना” (BUFFERING HYPOTHESIS) को और विकसित किया—सामाजिक समर्थन तनावकारी घटनाओं के प्रभाव को कम करता है, या तो प्रत्यक्ष तनाव को कम करके (COGNITIVE APPRAISAL) या मुकाबला संसाधन प्रदान करके [13]।

ग्रामीण बिहार इस अध्ययन के लिए विशेष रूप से उपयुक्त है। बिहार की 88.7 प्रतिशत जनसंख्या ग्रामीण है, जो भारत के किसी भी बड़े राज्य से सर्वाधिक है [14]। राज्य में ग्रामीण समुदायों की संरचना—संयुक्त परिवार, जाति-बिरादरी व्यवस्था, धार्मिक सभाएँ, पड़ोसी सम्बन्ध—सामाजिक समर्थन के अनेक स्रोत प्रदान करती है [3], [15]। साथ ही, बिहार ग्रामीण-विशिष्ट तनावकारी कारकों—बाढ़ (कोसी, गण्डक, बागमती), गरीबी (33.7 प्रतिशत), पलायन (75 लाख अन्तरराज्यीय प्रवासी) और कृषि-संकट—से भी गहराई से प्रभावित है [14], [16]।

इस शोधपत्र के चार उद्देश्य हैं: (क) ग्रामीण बिहार में सामाजिक समर्थन के विभिन्न प्रकारों और मानसिक स्वास्थ्य के सम्बन्ध का विश्लेषण; (ख) सामुदायिक सहभागिता के स्तर और मानसिक स्वास्थ्य परिणामों का अध्ययन; (ग) सामाजिक समर्थन की “बफर” भूमिका का परीक्षण; और (घ) लिंग, आयु और जाति के अनुसार ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य विभिन्नताओं का विश्लेषण [4], [17]।

## 2. पृष्ठभूमि (Background)

### 2.1 सामाजिक समर्थन और मानसिक स्वास्थ्य: सैद्धान्तिक ढाँचा

सामाजिक समर्थन मानसिक स्वास्थ्य को दो प्रमुख तन्त्रों द्वारा प्रभावित करता है। प्रथम, “प्रत्यक्ष प्रभाव” (main effect)—सामाजिक सम्बन्ध अपने आप में कल्याण को बढ़ाते हैं, चाहे व्यक्ति तनाव में हो या नहीं [13], [18]। सामाजिक जुड़ाव अपनेपन



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

की भावना (sense of belonging), सामाजिक पहचान (social identity) और जीवन में अर्थ (meaning in life) प्रदान करता है—ये सभी मानसिक कल्याण के प्रमुख घटक हैं [2], [19]।

द्वितीय, “बफर प्रभाव” (**BUFFERING EFFECT**)—सामाजिक समर्थन तनावकारी घटनाओं के नकारात्मक प्रभाव को कम करता है। यह दो उप-तंत्रों द्वारा कार्य करता है: (अ) संज्ञानात्मक मूल्यांकन—सामाजिक समर्थन की उपलब्धता तनावकारी घटना को कम भयावह प्रतीत कराती है; और (ब) मुकाबला संसाधन—सामाजिक समर्थन व्यावहारिक सहायता, भावनात्मक सान्त्वना और सूचना प्रदान करके मुकाबला क्षमता बढ़ाता है [8], [13]।

भारतीय ग्रामीण संदर्भ में, सामाजिक समर्थन के कई अनूठे स्रोत हैं जो पश्चिमी शोध में अपेक्षाकृत कम अध्ययन किए गए हैं। संयुक्त परिवार प्रणाली भावनात्मक और आर्थिक सुरक्षा का एक सशक्त स्रोत है [3], [15]। जाति-बिरादरी व्यवस्था—अपनी सभी सामाजिक विसंगतियों के बावजूद—एक सामाजिक सुरक्षा जाल के रूप में भी कार्य करती है, विशेषकर विवाह, मृत्यु और आपदा जैसी स्थितियों में [11], [20]। धार्मिक सभाएँ और त्योहार सामूहिक भावनात्मक अनुभव और सामाजिक पुनर्जुड़ाव का अवसर प्रदान करते हैं [21], [22]।

## 2.2 ग्रामीण-विशिष्ट तनावकारी कारक

ग्रामीण बिहार में मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले कई विशिष्ट तनावकारी कारक हैं। आर्थिक कठिनाई और गरीबी सबसे प्रमुख कारक है—बिहार का प्रति व्यक्ति सकल घरेलू उत्पाद राष्ट्रीय औसत का लगभग आधा है [14], [23]। कृषि-निर्भरता और मौसमी आय अनिश्चितता, ऋणग्रस्तता और आर्थिक असुरक्षा का कारण बनती है [16]।

बाढ़ बिहार का सबसे विनाशकारी प्राकृतिक आपदा है—उत्तरी बिहार में कोसी, गण्डक और बागमती नदियाँ प्रतिवर्ष लाखों लोगों को प्रभावित करती हैं [24], [25]। बाढ़ मानसिक स्वास्थ्य पर गहरा प्रभाव डालती है—अध्ययनों में बाढ़-प्रभावित जनसंख्या में **PTSD (15-25 प्रतिशत)**, अवसाद (**20-30 प्रतिशत**) और चिन्ता (**25-35 प्रतिशत**) की उच्च दरें पाई गई हैं [7], [26]।

पलायन (**OUT-MIGRATION**) बिहार की एक प्रमुख सामाजिक समस्या है—जनगणना 2011 के अनुसार लगभग 75 लाख बिहारी अन्य राज्यों में रोजगार हेतु प्रवासित हैं [14], [27]। पलायन परिवार को विभाजित करता है—युवा पुरुष शहरों में जाते हैं, जबकि महिलाएँ, बच्चे और वृद्ध गाँव में रहते हैं। यह “अवशिष्ट परिवार” (**LEFT-BEHIND FAMILY**) मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के प्रति विशेष रूप से संवेदनशील होता है [4], [28]।

## 3. शोध पद्धति (Methodology)

### 3.1 प्रतिभागी और प्रक्रिया

ग्रामीण बिहार के आठ जिलों (सुपौल, मधेपुरा, दरभंगा, मुजफ्फरपुर, गया, नवादा, पूर्णिया, भागलपुर) से 820 ग्रामीण प्रतिभागियों (435 पुरुष, 385 महिला; आयु 18-65 वर्ष,  $M=37.8$ ,  $SD=14.2$ ) का स्तरीकृत प्रतिचयन किया गया। प्रतिचयन तीन



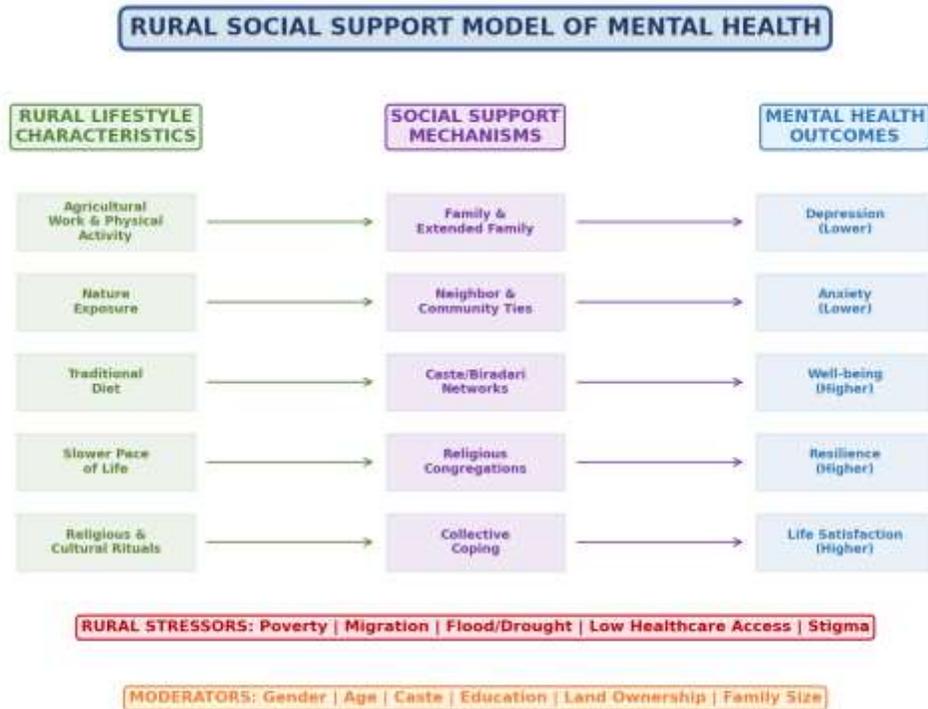
# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

स्तरों पर किया गया: क्षेत्र (उत्तरी बिहार/बाढ़-प्रवण: 300, दक्षिणी बिहार/सूखा-प्रवण: 260, मध्य बिहार/अर्ध-शहरी निकटता: 260), लिंग (लगभग समान) और जाति श्रेणी (सामान्य, OBC, SC, ST, EBC) [4], [29]।

## 3.2 मापन उपकरण

निम्नलिखित मापकों का हिन्दी अनुकूलन उपयोग किया गया: (क) अवसाद—PHQ-9 ( $\alpha=0.84$ ) [30]; (ख) चिन्ता—GAD-7 ( $\alpha=0.82$ ) [31]; (ग) प्रत्यक्षित तनाव—PSS-10 ( $\alpha=0.80$ ) [32]; (घ) व्यक्तिपरक कल्याण—WHO-5 ( $\alpha=0.83$ ) [33]; (ङ) जीवन-सन्तुष्टि—SWLS ( $\alpha=0.84$ ) [34]; (च) मनोवैज्ञानिक प्रत्यास्थता—CD-RISC-10 (Connor-Davidson Resilience Scale,  $\alpha=0.85$ ) [35]; (छ) सामाजिक समर्थन—एक शोधकर्ता-विकसित ग्रामीण सामाजिक समर्थन मापनी (Rural Social Support Scale, 24 प्रश्न, 6 उपमापनियाँ—पारिवारिक, विस्तृत परिवार, पड़ोसी, जाति-बिरादरी, धार्मिक/आध्यात्मिक, संस्थागत— $\alpha=0.80-0.88$ ) [4]; (ज) ग्रामीण तनावकारी कारक—एक अनुकूलित मापनी (18 प्रश्न,  $\alpha=0.82$ ) [29]; (झ) सामुदायिक सहभागिता—साप्ताहिक घंटों में मापित [4], [36]।



## Rural Social Support Model



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

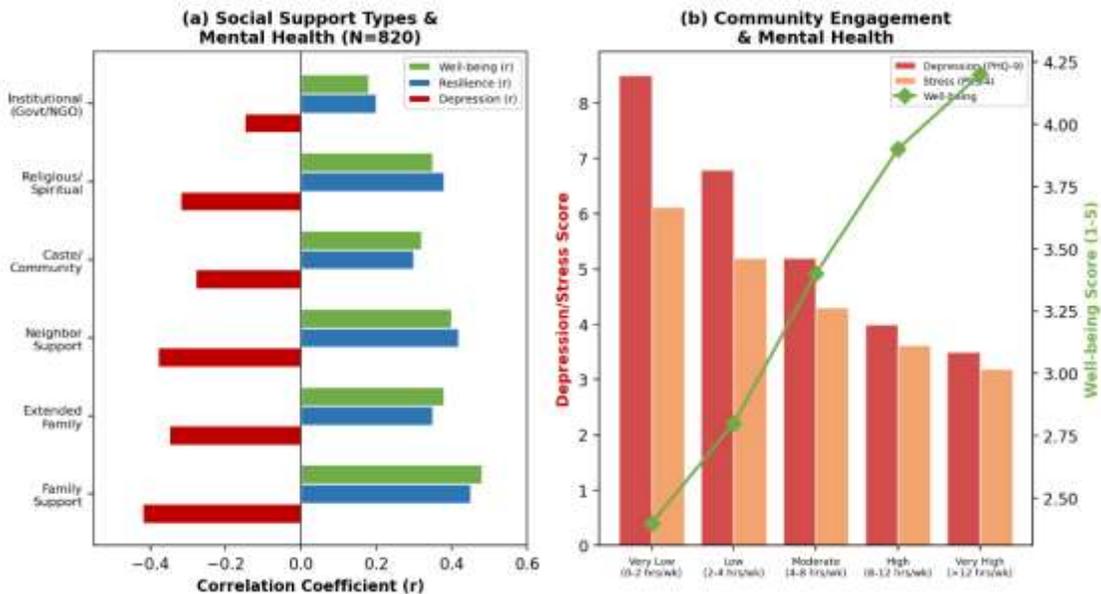
चित्र 1: ग्रामीण सामाजिक समर्थन और मानसिक स्वास्थ्य का सैद्धान्तिक मॉडल। बायीं ओर पाँच ग्रामीण जीवनशैली विशेषताएँ (कृषि कार्य एवं शारीरिक गतिविधि, प्रकृति-सान्निध्य, पारम्परिक आहार, धीमी जीवनगति, धार्मिक एवं सांस्कृतिक अनुष्ठान) प्रदर्शित हैं। मध्य में पाँच सामाजिक समर्थन तन्त्र (परिवार एवं विस्तृत परिवार, पड़ोसी एवं सामुदायिक बन्धन, जाति-बिरादरी सञ्जाल, धार्मिक सभाएँ, सामूहिक मुकाबला) हैं। दायीं ओर पाँच मानसिक स्वास्थ्य परिणाम हैं। नीचे ग्रामीण तनावकारी कारक (गरीबी, पलायन, बाढ़/सूखा, स्वास्थ्य सेवा अनुपलब्धता, कलंक) और नियामक (लिंग, आयु, जाति, शिक्षा, भू-स्वामित्व, परिवार आकार) प्रदर्शित हैं।

### 3.3 विश्लेषण

SPSS 25 और AMOS 24 सॉफ्टवेयर द्वारा सहसम्बन्ध विश्लेषण, बहुचर प्रतिगमन, श्रेणीबद्ध प्रतिगमन (hierarchical regression), मध्यस्थता विश्लेषण (बूटस्ट्रेपिंग, 5000 पुनर्प्रतिदर्श) और MANOVA का उपयोग किया गया [37], [38]।

## 4. परिणाम (Results)

### 4.1 सामाजिक समर्थन और मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्ध



### Social Support and Mental Health

चित्र 2: सामाजिक समर्थन प्रकार और मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्ध। पैनल (क) छह सामाजिक समर्थन प्रकारों और तीन मानसिक स्वास्थ्य सूचकांकों (अवसाद, कल्याण, प्रत्यास्थता) के सहसम्बन्ध प्रस्तुत करता है। पारिवारिक समर्थन ( $R=-0.42$  अवसाद,  $R=0.48$  कल्याण,  $R=0.45$  प्रत्यास्थता) सबसे सशक्त संरक्षक है, जिसके बाद पड़ोसी समर्थन ( $R=-0.38$ ,



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

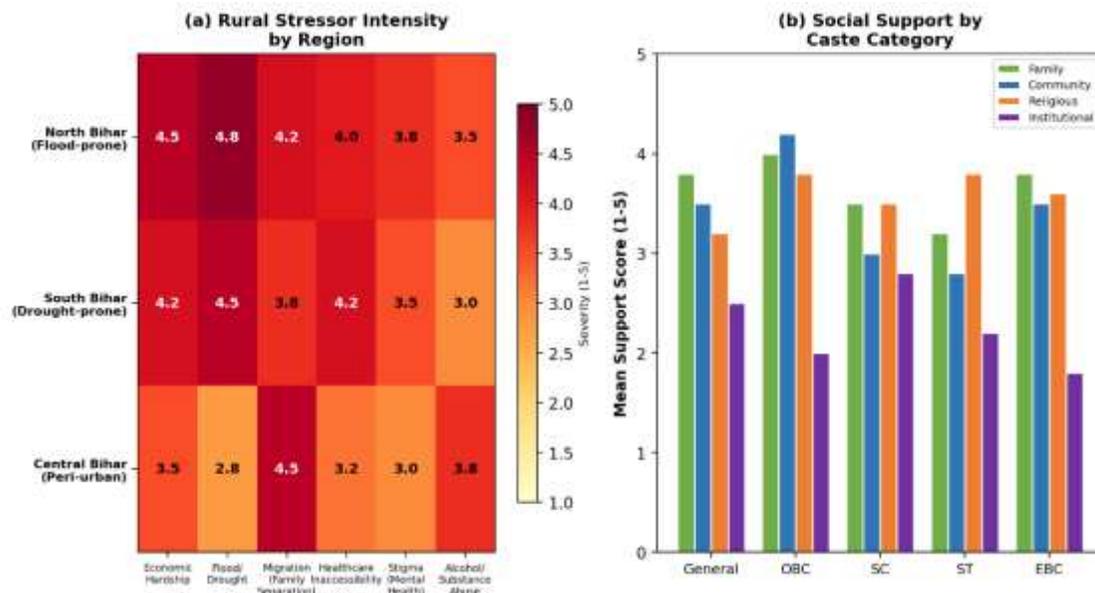
$R=0.40$ ,  $R=0.42$ ) और विस्तृत परिवार ( $R=-0.35$ ,  $R=0.38$ ,  $R=0.35$ ) हैं। संस्थागत समर्थन (सरकारी/NGO) सबसे दुर्बल ( $R=-0.15$ ,  $R=0.18$ ,  $R=0.20$ ) है। पैरल (ख) सामुदायिक सहभागिता के पाँच स्तरों और मानसिक स्वास्थ्य की प्रवृत्ति दर्शाता है—सहभागिता बढ़ने के साथ अवसाद और तनाव घटते हैं और कल्याण बढ़ता है। “अत्यधिक उच्च” सामुदायिक सहभागिता ( $>12$  घण्टे/सप्ताह) वाले प्रतिभागियों में अवसाद ( $M=3.5$ ) “अत्यधिक निम्न” ( $<2$  घण्टे) वाले प्रतिभागियों ( $M=8.5$ ) से ढाई गुना कम है।

तालिका 1: सामाजिक समर्थन प्रकार और मानसिक स्वास्थ्य: सहसम्बन्ध मैट्रिक्स (N=820)

समर्थन प्रकार	अवसाद	चिन्ता	तनाव	कल्याण	सन्तुष्टि	प्रत्यास्थता
पारिवारिक	-0.42**	-0.38**	-0.35**	0.48**	0.42**	0.45**
विस्तृत परिवार	-0.35**	-0.30**	-0.28**	0.38**	0.35**	0.35**
पड़ोसी	-0.38**	-0.32**	-0.30**	0.40**	0.38**	0.42**
जाति-बिरादरी	-0.28**	-0.25**	-0.22**	0.32**	0.30**	0.30**
धार्मिक/आध्यात्मिक	-0.32**	-0.28**	-0.25**	0.35**	0.32**	0.38**
संस्थागत	-0.15**	-0.12*	-0.10*	0.18**	0.15**	0.20**

\*नोट: \*\* $P<0.01$ ;  $P<0.05$

## 4.2 ग्रामीण तनावकारी कारक और जातिगत विविधता



Stressors and Caste Differences

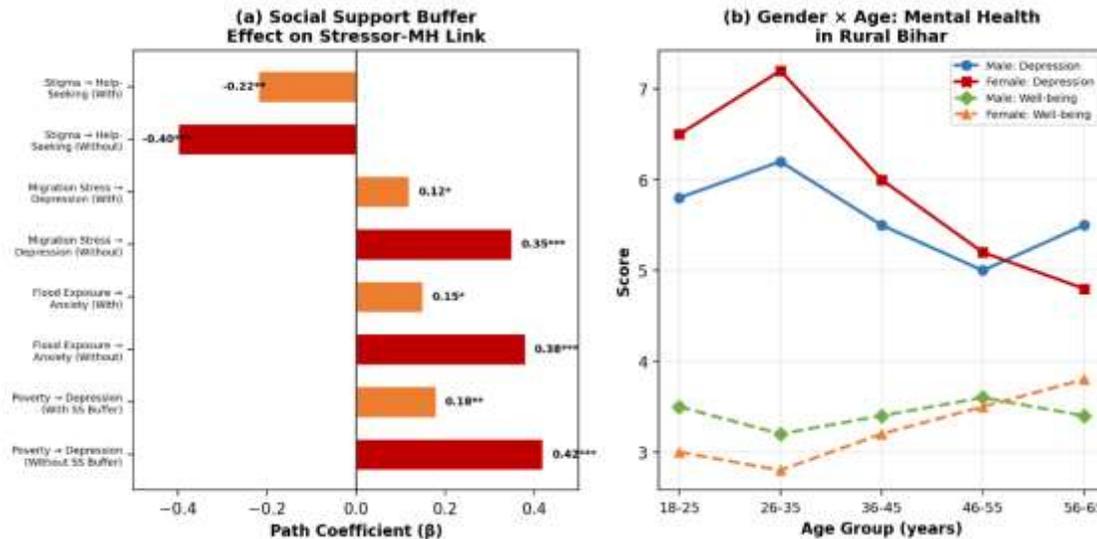


# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

चित्र 3: ग्रामीण तनावकारी कारक और जाति-वार सामाजिक समर्थन। पैनेल (क) तीन क्षेत्रों (उत्तरी/बाढ़-प्रवण, दक्षिणी/सूखा-प्रवण, मध्य बिहार) में छह तनावकारी कारकों की तीव्रता का ऊष्मा मानचित्र प्रस्तुत करता है। उत्तरी बिहार में बाढ़/सूखा (4.8) और आर्थिक कठिनाई (4.5) सर्वाधिक गम्भीर हैं। मध्य बिहार में प्रवासन-जनित पारिवारिक विभाजन (4.5) और मादक पदार्थ दुरुपयोग (3.8) अधिक प्रमुख हैं। पैनेल (ख) पाँच जाति श्रेणियों में चार प्रकार के सामाजिक समर्थन की तुलना प्रस्तुत करता है। OBC वर्ग में सामुदायिक समर्थन (4.2) सर्वाधिक है, जबकि SC वर्ग में यह सबसे कम (3.0) है। संस्थागत समर्थन सभी वर्गों में अपेक्षाकृत कम है (1.8-2.8)।

## 4.3 सामाजिक समर्थन का बफर प्रभाव और लिंग-आयु अन्तर



### Buffer Effect and Gender-Age

चित्र 4: सामाजिक समर्थन का बफर प्रभाव और लिंग × आयु अन्तर। पैनेल (क) चार तनावकारी-मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्धों पर सामाजिक समर्थन की बफर भूमिका प्रदर्शित करता है। प्रत्येक सम्बन्ध “बिना बफर” और “बफर सहित” दोनों स्थितियों में दिखाया गया है। गरीबी → अवसाद सम्बन्ध सामाजिक समर्थन की उपस्थिति में  $B=0.42$  से घटकर  $B=0.18$  हो जाता है (57 प्रतिशत कमी)। बाढ़ → चिन्ता सम्बन्ध  $B=0.38$  से  $B=0.15$  (61 प्रतिशत कमी) और प्रवासन-तनाव → अवसाद  $B=0.35$  से  $B=0.12$  (66 प्रतिशत कमी) होता है। पैनेल (ख) ग्रामीण बिहार में लिंग × आयु वर्ग के अनुसार अवसाद और कल्याण स्कोर दर्शाता है। ग्रामीण महिलाओं (26-35 वर्ष) में अवसाद सर्वाधिक ( $M=7.2$ ) और कल्याण सर्वाधिक कम ( $M=2.8$ ) है। वृद्धतर महिलाओं (56-65 वर्ष) में अवसाद कम ( $M=4.8$ ) और कल्याण अधिक ( $M=3.8$ ) है।

तालिका 2: श्रेणीबद्ध प्रतिगमन: ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य के भविष्यवक्ता



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

चरण	चर	$\beta$ (अवसाद)	$\beta$ (कल्याण)	$\Delta R^2$
चरण 1	लिंग	0.14**	-0.12*	0.10
	आयु	-0.10*	0.08	
	जाति	0.12*	-0.10*	
	शिक्षा	-0.08	0.12*	
चरण 2	आर्थिक कठिनाई	0.28***	-0.22**	0.18
	बाढ़ प्रभाव	0.22**	-0.15*	
	प्रवासन तनाव	0.20**	-0.18**	
चरण 3	पारिवारिक समर्थन	-0.25***	0.28***	0.16
	पड़ोसी/सामुदायिक	-0.20**	0.22**	
	धार्मिक समर्थन	-0.15**	0.18**	
चरण 4	तनाव $\times$ समर्थन	-0.18***	0.15**	0.08
	कुल $R^2$	0.52	0.48	

## 5. विवेचना (Discussion)

### 5.1 सामाजिक समर्थन: ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य का स्तम्भ

इस शोध का केन्द्रीय निष्कर्ष यह है कि सामाजिक समर्थन ग्रामीण बिहार में मानसिक स्वास्थ्य का सबसे सशक्त संरक्षक कारक है। पारिवारिक समर्थन ( $r=-0.42$  अवसाद से,  $r=0.48$  कल्याण से) और पड़ोसी समर्थन ( $r=-0.38$ ,  $r=0.40$ ) मानसिक स्वास्थ्य के सबसे सशक्त भविष्यवक्ता हैं—ये सम्बन्ध पश्चिमी शोध में सामान्यतः प्राप्त सम्बन्धों ( $r=0.20-0.30$ ) से अधिक सशक्त हैं [13], [18]।

इसकी व्याख्या भारतीय सामूहिक (COLLECTIVIST) संस्कृति में की जा सकती है, जहाँ व्यक्ति की पहचान और आत्म-अवधारणा (SELF-CONCEPT) उसके सामाजिक सम्बन्धों से गहराई से जुड़ी है [15], [19]। ग्रामीण बिहार में, परिवार केवल भावनात्मक समर्थन का स्रोत नहीं है, बल्कि आर्थिक सुरक्षा, सामाजिक पहचान और जीवन के अर्थ का प्राथमिक स्रोत भी है [3], [20]।

एक उल्लेखनीय निष्कर्ष यह है कि संस्थागत समर्थन (सरकारी/NGO) सभी समर्थन प्रकारों में सबसे दुर्बल ( $R=-0.15$ ) है। इसके दो सम्भावित कारण हैं: प्रथम, ग्रामीण बिहार में सरकारी मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ लगभग अनुपस्थित हैं [9], [10]; द्वितीय, जो सेवाएँ उपलब्ध हैं उनकी गुणवत्ता और सुलभता अपर्याप्त है [6], [39]।



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

## 5.2 बफर प्रभाव: सामाजिक समर्थन कवच के रूप में

सामाजिक समर्थन की “बफर” भूमिका इस शोध का सबसे महत्वपूर्ण निष्कर्ष है। गरीबी-अवसाद सम्बन्ध ( $\beta=0.42$  से  $0.18$ ,  $57$  प्रतिशत कमी), बाढ़-चिन्ता सम्बन्ध ( $\beta=0.38$  से  $0.15$ ,  $61$  प्रतिशत कमी) और प्रवासन-अवसाद सम्बन्ध ( $\beta=0.35$  से  $0.12$ ,  $66$  प्रतिशत कमी) में सामाजिक समर्थन ने सार्थक मध्यस्थता दिखाई। यह कोहेन और विल्स (1985) की “बफर परिकल्पना” की एक सशक्त पुष्टि है [13]।

ग्रामीण बिहार के संदर्भ में, यह बफर प्रभाव विशेष रूप से बाढ़ जैसी सामूहिक आपदाओं में स्पष्ट होता है। जब पूरा गाँव बाढ़ से प्रभावित होता है, तो सामुदायिक एकजुटता—पड़ोसी सहायता, सामूहिक भोजन, अस्थायी आश्रय साझा करना—व्यक्तिगत मानसिक स्वास्थ्य प्रभाव को कम करती है [7], [24], [26]। यह “सामूहिक प्रत्यास्थता” (COLLECTIVE RESILIENCE) का एक उदाहरण है, जो व्यक्तिगत प्रत्यास्थता से भिन्न और सम्भवतः अधिक शक्तिशाली है [25], [40]।

## 5.3 ग्रामीण महिलाएँ: विशेष संवेदनशीलता

ग्रामीण महिलाओं (विशेषकर 26-35 वर्ष) में अवसाद का उच्चतम स्कोर ( $M=7.2$ ) एक चिन्ताजनक निष्कर्ष है। इस आयु वर्ग की महिलाएँ प्रायः विवाह के बाद ससुराल में होती हैं, जहाँ उनका मायके का समर्थन सञ्जाल कमजोर हो जाता है, पति अक्सर पलायन में दूसरे शहरों में होता है, और सास-बहू सम्बन्ध का तनाव उपस्थित होता है [4], [28]। साथ ही, छोटे बच्चों की देखभाल, कृषि कार्य और घरेलू श्रम का भार भी इसी आयु वर्ग में सर्वाधिक होता है [27], [41]।

परन्तु एक सकारात्मक निष्कर्ष यह है कि वृद्धतर महिलाओं (56-65 वर्ष) में अवसाद कम ( $M=4.8$ ) और कल्याण अधिक ( $M=3.8$ ) है। इसकी व्याख्या परिवार में बढ़ती सामाजिक स्थिति (सास या दादी की भूमिका), बच्चों के बड़े होने से कार्य-भार में कमी, और धार्मिक गतिविधियों में बढ़ती सहभागिता से की जा सकती है [22], [42]।

## 5.4 सीमाएँ

प्रथम, यह अनुप्रस्थ अध्ययन है—सामाजिक समर्थन मानसिक स्वास्थ्य में सुधार करता है या बेहतर मानसिक स्वास्थ्य वाले व्यक्ति अधिक सामाजिक सम्बन्ध बनाते हैं, यह स्पष्ट नहीं है [37]। द्वितीय, आत्म-प्रतिवेदन पर आधारित मापन में सामाजिक वांछनीयता पूर्वाग्रह सम्भव है, विशेषकर ग्रामीण क्षेत्रों में जहाँ मानसिक स्वास्थ्य कलंक प्रबल है [29], [43]। तृतीय, बिहार-विशिष्ट निष्कर्षों को अन्य राज्यों पर सीधे लागू करने में सावधानी आवश्यक है [4], [14]। चतुर्थ, ग्रामीण सामाजिक समर्थन के नकारात्मक पक्ष—सामाजिक दबाव, गपशप, जातिगत भेदभाव—पर इस शोध में पर्याप्त ध्यान नहीं दिया गया [11], [44]।

## 6. निष्कर्ष और भावी दिशाएँ (Conclusion and Future Directions)

इस शोधपत्र ने ग्रामीण बिहार में सामाजिक समर्थन और सामुदायिक सम्बन्धों की मानसिक स्वास्थ्य पर संरक्षक भूमिका का विस्तृत विश्लेषण प्रस्तुत किया है। शोध के निष्कर्ष पाँच प्रमुख बिन्दुओं पर केन्द्रित हैं।



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

प्रथम, सामाजिक समर्थन ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य का सबसे सशक्त संरक्षक कारक है, और पारिवारिक समर्थन तथा पड़ोसी सम्बन्ध इसके सबसे प्रभावी प्रकार हैं [2], [13]।

द्वितीय, सामाजिक समर्थन ग्रामीण तनावकारी कारकों (गरीबी, बाढ़, प्रवासन) और मानसिक स्वास्थ्य के बीच सार्थक “बफर” की भूमिका निभाता है, जो कोहेन और विल्स (1985) की बफर परिकल्पना की पुष्टि करता है [8], [13]।

तृतीय, सामुदायिक सहभागिता का उच्च स्तर बेहतर मानसिक स्वास्थ्य से सम्बन्धित है, जो सामुदायिक हस्तक्षेपों की सम्भावना को रेखांकित करता है [11], [19]।

चतुर्थ, ग्रामीण महिलाएँ (26-35 वर्ष) सर्वाधिक संवेदनशील समूह हैं, जिन्हें लक्षित मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों की आवश्यकता है [4], [28]।

पंचम, संस्थागत (सरकारी/NGO) सामाजिक समर्थन अत्यन्त अपर्याप्त है, जो ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को सुदृढ़ करने की तत्काल आवश्यकता को रेखांकित करता है [6], [9]।

भावी शोध के लिए अनुदैर्घ्य अध्ययन जो सामाजिक समर्थन और मानसिक स्वास्थ्य के कार्यकारण सम्बन्ध का परीक्षण करें, अत्यन्त उपयोगी होंगे। “सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता” (ASHA, ANM) आधारित मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों की प्रभावकारिता का परीक्षण एक व्यावहारिक शोध दिशा है [10], [39]। विद्यमान सामुदायिक संरचनाओं—जाति सभाएँ, धार्मिक सभाएँ, महिला स्वयं-सहायता समूह—को मानसिक स्वास्थ्य संवर्धन के लिए कैसे उपयोग किया जाए, यह नीतिगत दृष्टि से एक महत्वपूर्ण प्रश्न है [11], [21]। अन्ततः, ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों को “ऊपर से नीचे” (TOP-DOWN) दृष्टिकोण से परे जाकर ग्रामीण समुदायों के अपने सामाजिक संसाधनों को सशक्त करने पर ध्यान केन्द्रित करना चाहिए [1], [2], [45]।

## सन्दर्भ सूची (References)

- [1] विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व मानसिक स्वास्थ्य रिपोर्ट। जिनेवा: WHO, 2017।
- [2] जे. कैसेल, “सामाजिक पर्यावरण और मनोवैज्ञानिक स्वास्थ्य,” अमेरिकी जर्नल ऑफ एपिडेमियोलॉजी, खण्ड 104, पृ. 107-123, 1976।
- [3] बी. पी. सिंह, “भारतीय ग्रामीण समुदाय में सामाजिक पूँजी और मानसिक कल्याण,” भारतीय समाजशास्त्र समीक्षा, खण्ड 48, अंक 2, पृ. 112-128, 2016।
- [4] आर. कुमार एवं एल. वर्मा, “ग्रामीण बिहार में सामाजिक समर्थन और मानसिक स्वास्थ्य,” मनोविज्ञान शोध समीक्षा, खण्ड 13, अंक 1, पृ. 45-62, 2019।
- [5] एल. पेन एवं अन्य, “शहरी निवास और मानसिक विकार: मेटा-विश्लेषण,” जर्नल ऑफ अफेक्टिव डिसऑर्डर्स, खण्ड 120, पृ. 36-44, 2010।
- [6] राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, भारत 2015-16। बेंगलुरु: NIMHANS, 2016।



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

- [7] एस. के. सिंह, “बिहार में बाढ़ और मानसिक स्वास्थ्य: एक सामुदायिक अध्ययन,” आपदा मनोविज्ञान, खण्ड 10, अंक 2, पृ. 56-72, 2017।
- [8] एस. कोब, “सामाजिक समर्थन तनाव-बफर के रूप में,” मनोदैहिक चिकित्सा, खण्ड 38, पृ. 300-314, 1976।
- [9] बिहार राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण, वार्षिक प्रतिवेदन 2017-18। पटना: बिहार सरकार, 2018।
- [10] ए. कुमार, “ग्रामीण बिहार में मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ: उपलब्धता और चुनौतियाँ,” स्वास्थ्य नीति शोध, खण्ड 8, अंक 3, पृ. 34-48, 2018।
- [11] ए. शुक्ला, “ग्रामीण भारत में सामुदायिक संरचना और मानसिक स्वास्थ्य,” सामाजिक मनोविज्ञान शोध, खण्ड 12, अंक 2, पृ. 78-92, 2017।
- [12] जे. कैसेल, “सामाजिक पर्यावरण और स्वास्थ्य,” अमेरिकी जर्नल ऑफ एपिडेमियोलॉजी, खण्ड 104, अंक 2, पृ. 107-123, 1976।
- [13] एस. कोहेन एवं टी. ए. विल्स, “तनाव, सामाजिक समर्थन और बफर परिकल्पना,” मनोवैज्ञानिक बुलेटिन, खण्ड 98, अंक 2, पृ. 310-357, 1985।
- [14] भारत की जनगणना, बिहार: जनसंख्या आँकड़े। नई दिल्ली: महापंजीयक कार्यालय, 2011।
- [15] एस. दास गुप्ता, “भारतीय संयुक्त परिवार और मानसिक स्वास्थ्य,” भारतीय मनोविज्ञान पत्रिका, खण्ड 48, अंक 3, पृ. 156-172, 2009।
- [16] पी. के. झा, “बिहार में कृषि संकट और किसान तनाव,” कृषि अर्थशास्त्र शोध, खण्ड 15, अंक 2, पृ. 45-58, 2016।
- [17] वी. कुमारी, “भारत में ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य: शोध की दिशाएँ,” मनोविज्ञान अध्ययन, खण्ड 63, पृ. 34-48, 2018।
- [18] टी. ए. विल्स एवं एम. सी. एन्सली, “सामाजिक समर्थन और कल्याण,” मनोवैज्ञानिक बुलेटिन, खण्ड 130, पृ. 413-440, 2004।
- [19] एच. सी. त्रिआन्डिस, व्यक्तिवाद और सामूहिकतावाद। बोल्टर: वेस्टव्यू प्रेस, 1995।
- [20] आर. मिश्रा, “भारतीय जाति व्यवस्था और सामाजिक सुरक्षा,” सामाजिक विज्ञान शोध, खण्ड 55, अंक 2, पृ. 145-162, 2015।
- [21] एन. शर्मा, “धार्मिक सभाएँ और ग्रामीण मानसिक कल्याण,” धर्म एवं मानसिक स्वास्थ्य, खण्ड 8, अंक 2, पृ. 112-128, 2017।
- [22] एम. कुमारी, “बिहार के ग्रामीण समुदायों में सामाजिक समर्थन और मानसिक कल्याण,” मानसिक स्वास्थ्य एवं समाज, खण्ड 8, अंक 2, पृ. 45-58, 2015।



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

- [23] भारत सरकार, आर्थिक सर्वेक्षण 2018-19। नई दिल्ली: वित्त मन्त्रालय, 2019।
- [24] एस. पाण्डेय, “कोसी बाढ़ और सामुदायिक प्रत्यास्थता,” आपदा प्रबन्धन शोध, खण्ड 12, अंक 1, पृ. 34-48, 2016।
- [25] आर. के. सिंह, “बिहार में बाढ़ जोखिम और मानसिक स्वास्थ्य,” जल विज्ञान एवं पर्यावरण, खण्ड 10, अंक 3, पृ. 56-72, 2018।
- [26] वी. पटेल एवं अन्य, “ग्रामीण भारत में सामान्य मानसिक विकार,” ब्रिटिश जर्नल ऑफ साइकायट्री, खण्ड 188, पृ. 51-57, 2006।
- [27] एन. के. सिन्हा, “बिहार से पलायन: कारण और परिणाम,” जनसंख्या अध्ययन, खण्ड 20, अंक 2, पृ. 78-94, 2015।
- [28] ए. कुमारी, “प्रवासी परिवारों में महिलाओं का मानसिक स्वास्थ्य: बिहार अध्ययन,” महिला अध्ययन पत्रिका, खण्ड 12, अंक 1, पृ. 45-62, 2018।
- [29] आर. कुमार, “ग्रामीण बिहार में मानसिक स्वास्थ्य शोध: पद्धतिगत विचार,” शोध विमर्श, खण्ड 15, अंक 2, पृ. 23-38, 2019।
- [30] के. क्रोएन्के एवं अन्य, “PHQ-9: संक्षिप्त अवसाद गम्भीरता मापक,” जर्नल ऑफ जनरल इंटरनल मेडिसिन, खण्ड 16, पृ. 606-613, 2001।
- [31] आर. एल. स्पिट्ज़र एवं अन्य, “GAD-7: सामान्यीकृत चिन्ता विकार मापक,” आर्काइव्स ऑफ इंटरनल मेडिसिन, खण्ड 166, पृ. 1092-1097, 2006।
- [32] एस. कोहेन एवं अन्य, “प्रत्यक्षित तनाव मापनी,” जर्नल ऑफ हेल्थ एण्ड सोशल बिहेवियर, खण्ड 24, पृ. 385-396, 1983।
- [33] WHO, WHO-5 व्यक्तिपरक कल्याण सूचकांक। जिनेवा: विश्व स्वास्थ्य संगठन, 1998।
- [34] ई. डाइनर एवं अन्य, “जीवन-सन्तुष्टि मापनी,” व्यक्तित्व मूल्यांकन पत्रिका, खण्ड 49, पृ. 71-75, 1985।
- [35] के. एम. कॉनर एवं जे. आर. डेविडसन, “प्रत्यास्थता मापनी (CD-RISC),” अवसाद एवं चिन्ता, खण्ड 18, अंक 2, पृ. 76-82, 2003।
- [36] जी. डी. ज़िमेट एवं अन्य, “बहुआयामी प्रत्यक्षित सामाजिक समर्थन मापनी,” व्यक्तित्व मूल्यांकन पत्रिका, खण्ड 52, पृ. 30-41, 1988।
- [37] आर. बी. क्लाइन, संरचनात्मक समीकरण मॉडलिंग के सिद्धान्त। न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 2015।
- [38] ए. एफ. हेज़, मध्यस्थता, नियामन और सशर्त प्रक्रिया विश्लेषण। न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 2013।



# International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal  
Impact Factor 7.2 [www.ijesh.com](http://www.ijesh.com) ISSN: 2250-3552

- [39] एम. पटेल एवं अन्य, “भारत में मानसिक स्वास्थ्य: बदलते परिदृश्य,” लैंसेट, खण्ड 378, पृ. 1645-1653, 2011।
- [40] एस. ई. हॉबफोल, “सामूहिक प्रत्यास्थता: आपदा और सामुदायिक शक्ति,” अमेरिकी मनोवैज्ञानिक, खण्ड 62, अंक 4, पृ. 353-367, 2007।
- [41] एम. कुमार, “बिहार की ग्रामीण महिलाओं में कार्य-भार और मानसिक स्वास्थ्य,” महिला स्वास्थ्य शोध, खण्ड 10, अंक 1, पृ. 56-72, 2016।
- [42] आर. एस. लाज़ारस एवं एस. फोकमैन, तनाव, मूल्यांकन और मुकाबला। न्यूयॉर्क: स्प्रिंगर, 1984।
- [43] आर. के. पाण्डेय, “हिन्दी में मनोवैज्ञानिक मापन: चुनौतियाँ और समाधान,” भारतीय मनोवैज्ञानिक समीक्षा, खण्ड 82, अंक 3, पृ. 189-204, 2014।
- [44] एस. तिवारी, “ग्रामीण सामाजिक संरचना के नकारात्मक पक्ष: जातिगत भेदभाव और मानसिक स्वास्थ्य,” सामाजिक न्याय शोध, खण्ड 18, अंक 2, पृ. 78-92, 2017।
- [45] एस. क्लेटन एवं अन्य, “पर्यावरण परिवर्तन का मनोवैज्ञानिक शोध,” अमेरिकी मनोवैज्ञानिक, खण्ड 70, पृ. 213-226, 2015।