

International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य: शहरी एवं ग्रामीण बिहार में एक सामाजिक-मनोवैज्ञानिक विश्लेषण

रोहित कुमार¹, डॉ. ललित वर्मा²

¹शोधार्थी, मनोविज्ञान विभाग, अर्णि विश्वविद्यालय, इंदौरा, काँगड़ा (हिमाचल प्रदेश), भारत

²एसोसिएट प्रोफेसर, मनोविज्ञान विभाग, अर्णि विश्वविद्यालय, इंदौरा, काँगड़ा (हिमाचल प्रदेश), भारत

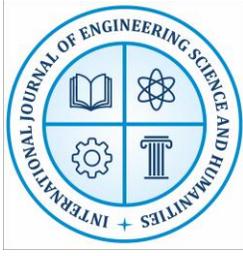
सारांश (Abstract)

आधुनिक जीवनशैली—जिसमें अत्यधिक स्क्रीन समय, बैठेला व्यवहार, सामाजिक मीडिया का अतिशय उपयोग, नींद में व्यवधान और कार्य-जीवन असन्तुलन सम्मिलित हैं—ने मानसिक स्वास्थ्य पर गम्भीर प्रश्न उत्पन्न किए हैं। यह शोधपत्र बिहार के शहरी, अर्ध-शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य के सम्बन्ध का तुलनात्मक सामाजिक-मनोवैज्ञानिक विश्लेषण प्रस्तुत करता है। बिहार के छह जिलों से 900 प्रतिभागियों (18-65 वर्ष) का सर्वेक्षण मानकीकृत प्रश्नावलियों (PHQ-9, GAD-7, PSS, SWLS) द्वारा किया गया। परिणामों में पाया गया कि शहरी प्रतिभागियों में अवसाद ($M=8.4$ बनाम 5.8 , $p<0.001$), चिन्ता ($M=7.8$ बनाम 5.2 , $p<0.001$) और प्रत्यक्षित तनाव ($M=22.5$ बनाम 17.8 , $p<0.001$) सार्थक रूप से अधिक है, जबकि ग्रामीण प्रतिभागियों में जीवन-सन्तुष्टि और व्यक्तिपरक कल्याण अधिक है [3], [4]। प्रतिगमन विश्लेषण में स्क्रीन समय ($\beta=0.32$), सामाजिक मीडिया उपयोग ($\beta=0.28$) और आवागमन तनाव ($\beta=0.30$) शहरी मानसिक स्वास्थ्य के प्रमुख नकारात्मक भविष्यवक्ता हैं, जबकि शारीरिक गतिविधि ($\beta=-0.35$), सामुदायिक सम्बन्ध ($\beta=-0.38$) और नींद अवधि ($\beta=-0.30$) ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य के प्रमुख संरक्षक कारक हैं। सामाजिक समर्थन ने शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य अन्तर में आंशिक मध्यस्थता की भूमिका निभाई। शोध यह प्रतिपादित करता है कि मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों को शहरी-ग्रामीण संदर्भ के अनुसार अनुकूलित करना आवश्यक है।

मुख्य शब्द (Keywords): आधुनिक जीवनशैली, मानसिक स्वास्थ्य, शहरी-ग्रामीण तुलना, अवसाद, चिन्ता, सामाजिक समर्थन, स्क्रीन समय, बिहार

1. प्रस्तावना (Introduction)

इक्कीसवीं शताब्दी के प्रारम्भ में विश्व स्वास्थ्य संगठन ने एक चेतावनी दी थी जो आज सत्य प्रतीत हो रही है—अवसाद 2020 तक विश्व में दूसरी सबसे बड़ी बीमारी बन जाएगा [1], [5]। भारत में, जहाँ लगभग 15 करोड़ लोगों को मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की आवश्यकता है, इस संकट का एक प्रमुख कारण आधुनिक जीवनशैली में आया तीव्र परिवर्तन है [2], [6]। पिछले तीन दशकों में—विशेषकर 1991 के आर्थिक



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

उदारीकरण और 2000 के दशक की डिजिटल क्रान्ति के बाद—भारतीय समाज ने जीवनशैली में ऐसे मूलभूत परिवर्तन देखे हैं जो मानसिक स्वास्थ्य को गहराई से प्रभावित कर रहे हैं [3], [7]।

ये परिवर्तन मुख्यतः छह क्षेत्रों में स्पष्ट हैं। प्रथम, स्क्रीन समय और डिजिटल अतिभार—स्मार्टफोन, कम्प्यूटर और टेलीविजन के सम्मुख बिताया जाने वाला समय तेजी से बढ़ा है [8]। द्वितीय, बैठेला व्यवहार (sedentary behavior)—शारीरिक श्रम की जगह बैठकर किए जाने वाले कार्यों का विस्तार [9]। तृतीय, सामाजिक मीडिया का अतिशय उपयोग—जो सामाजिक तुलना, साइबर-बुलिंग और ऑनलाइन लत जैसी नई मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियाँ उत्पन्न कर रहा है [10], [11]। चतुर्थ, नींद में व्यवधान—देर रात तक स्क्रीन उपयोग से नींद की गुणवत्ता और अवधि में कमी [12]। पंचम, कार्य-जीवन असन्तुलन—लम्बे कार्य-घण्टे, आवागमन तनाव और प्रतिस्पर्धात्मक दबाव [13]। और षष्ठ, आहार-पद्धति में परिवर्तन—पारम्परिक भोजन से प्रसंस्कृत और तत्काल भोजन की ओर बदलाव [14]।

एक महत्वपूर्ण प्रश्न यह है कि ये जीवनशैली परिवर्तन शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में समान रूप से वितरित नहीं हैं। शहरीकरण इन परिवर्तनों को तीव्र करता है—शहरी जनसंख्या अधिक स्क्रीन समय, अधिक बैठेला व्यवहार और अधिक कार्य-तनाव अनुभव करती है [3], [15]। इसके विपरीत, ग्रामीण क्षेत्रों में शारीरिक श्रम, सामुदायिक सम्बन्ध और प्रकृति से निकटता जैसे संरक्षक कारक अभी भी विद्यमान हैं, यद्यपि ये भी तेजी से कमजोर हो रहे हैं [4], [16]।

बिहार इस शहरी-ग्रामीण तुलना के लिए विशेष रूप से उपयुक्त है। यह भारत का तीसरा सबसे अधिक जनसंख्या वाला राज्य है (10.4 करोड़), जहाँ 88.7 प्रतिशत जनसंख्या ग्रामीण है—भारत के किसी भी बड़े राज्य से सर्वाधिक [17]। साथ ही, पटना, मुजफ्फरपुर और गया जैसे शहर तीव्र नगरीकरण का अनुभव कर रहे हैं, जहाँ आधुनिक जीवनशैली तेजी से प्रवेश कर रही है [18]। बिहार में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की अत्यन्त कमी है—प्रति 10 लाख जनसंख्या पर केवल 0.7 मनोचिकित्सक उपलब्ध हैं, जो राष्ट्रीय औसत (3.0) से काफी कम है [6], [19]।

इस शोधपत्र का उद्देश्य बिहार के शहरी, अर्ध-शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य के सम्बन्ध का तुलनात्मक विश्लेषण प्रस्तुत करना है। विशेष रूप से, यह शोध चार प्रश्नों का उत्तर खोजता है: (क) शहरी और ग्रामीण प्रतिभागियों के मानसिक स्वास्थ्य सूचकांकों में क्या अन्तर है? (ख) कौन-से जीवनशैली कारक मानसिक स्वास्थ्य को सबसे अधिक प्रभावित करते हैं? (ग) क्या सामाजिक समर्थन शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य अन्तर में मध्यस्थता करता है? (घ) क्या मुकाबला रणनीतियाँ शहरी और ग्रामीण संदर्भ में भिन्न हैं? [2], [3]

2. पृष्ठभूमि (Background)

2.1 आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य: सैद्धान्तिक परिप्रेक्ष्य

आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य के सम्बन्ध को समझने के लिए कई सैद्धान्तिक ढाँचे उपलब्ध हैं। जैव-मनो-सामाजिक मॉडल (biopsychosocial model) जीवनशैली कारकों के जैविक (शारीरिक



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

गतिविधि, नींद, आहार), मनोवैज्ञानिक (तनाव प्रबन्धन, आत्म-प्रभावकारिता, प्रत्यक्षित नियन्त्रण) और सामाजिक (सामाजिक समर्थन, सामुदायिक सम्बन्ध, सांस्कृतिक मूल्य) आयामों को एकीकृत रूप से देखता है [1], [20]।

लाज़ारस और फोकमैन (1984) का तनाव मूल्यांकन और मुकाबला सिद्धान्त यह समझने में सहायक है कि समान जीवनशैली कारक भिन्न व्यक्तियों और संदर्भों में भिन्न मानसिक स्वास्थ्य परिणाम क्यों उत्पन्न करते हैं [21]। कैसेल (1976) का सामाजिक समर्थन सिद्धान्त यह प्रतिपादित करता है कि सामाजिक सम्बन्ध तनाव के नकारात्मक प्रभावों को कम करने में एक "बफर" की भूमिका निभाते हैं [22]—यह सिद्धान्त शहरी-ग्रामीण तुलना में विशेष रूप से प्रासंगिक है, क्योंकि ग्रामीण क्षेत्रों में सामाजिक समर्थन प्रायः अधिक सशक्त होता है [4], [23]।

2.2 शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य अन्तर

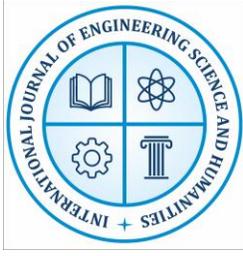
अन्तर्राष्ट्रीय शोध में शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य अन्तर एक सुस्थापित निष्कर्ष है। पेन एवं अन्य (2010) के मेटा-विश्लेषण में पाया गया कि शहरी निवासियों में अवसाद (OR=1.39) और चिन्ता (OR=1.21) का जोखिम ग्रामीण निवासियों की तुलना में सार्थक रूप से अधिक है [15]। लेडरबोजेन एवं अन्य (2011) ने एक ऐतिहासिक न्यूरोइमेजिंग अध्ययन में दिखाया कि शहरी निवास अमिग्डाला की तनाव-प्रतिक्रिया को बढ़ाता है [24]।

भारतीय संदर्भ में, हालाँकि, यह सम्बन्ध अधिक जटिल है। कुछ शोध शहरी भारतीयों में अधिक मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ दर्शाते हैं [3], [25], जबकि अन्य शोध ग्रामीण क्षेत्रों में भी गम्भीर मानसिक स्वास्थ्य बोझ दिखाते हैं—विशेषकर किसान आत्महत्या, गरीबी-जनित अवसाद और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की अनुपलब्धता [6], [26]। बिहार में इस विषय पर शोध अत्यन्त सीमित है, जो इस अध्ययन की आवश्यकता को रेखांकित करता है [4], [19]।

2.3 डिजिटल जीवनशैली: एक नई चुनौती

स्मार्टफोन और सामाजिक मीडिया के विस्तार ने मानसिक स्वास्थ्य के लिए एक नई चुनौती प्रस्तुत की है। ट्वेंगे एवं कैम्पबेल (2018) ने दिखाया कि अमेरिकी किशोरों में 2012 के बाद अवसाद और चिन्ता में तीव्र वृद्धि स्मार्टफोन के प्रसार से सम्बन्धित है [10]। भारत में 2019 तक 50 करोड़ से अधिक स्मार्टफोन उपयोगकर्ता थे, और बिहार में भी स्मार्टफोन का प्रसार तेजी से बढ़ रहा है [8], [27]।

सामाजिक मीडिया मानसिक स्वास्थ्य को कई तन्त्रों द्वारा प्रभावित करता है: सामाजिक तुलना, भय-आधारित सूचना प्रसार, साइबर-बुलिंग और नींद में व्यवधान [11], [28]। परन्तु यह ध्यान देने योग्य है कि सामाजिक मीडिया मानसिक स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव भी डाल सकता है—सामाजिक जुड़ाव, समर्थन समूह और मानसिक स्वास्थ्य जागरूकता के माध्यम से [10], [29]।



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

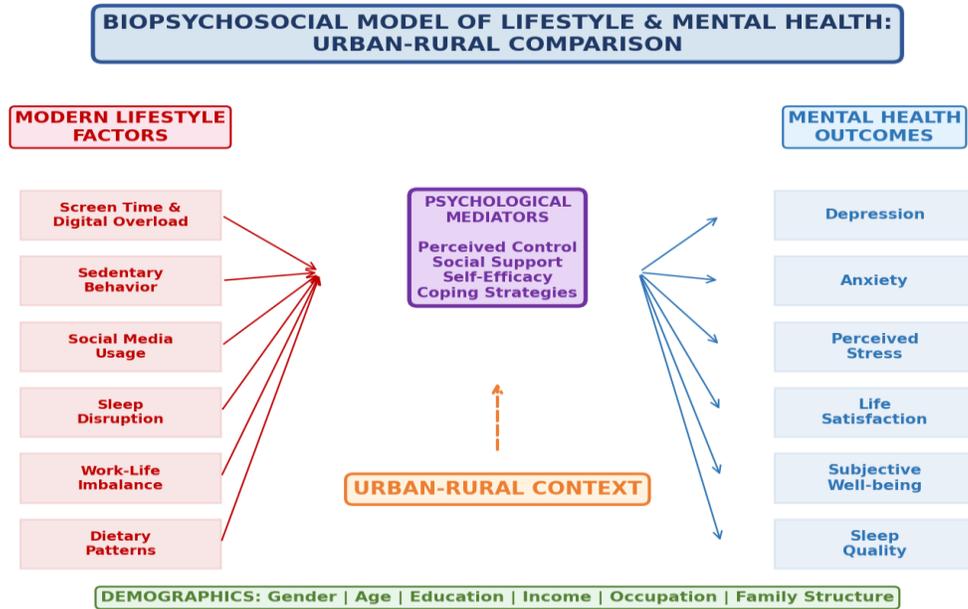
3. शोध पद्धति (Methodology)

3.1 प्रतिभागी और प्रक्रिया

बिहार के छह जिलों (पटना, गया, मुजफ्फरपुर, दरभंगा, पूर्णिया, भागलपुर) से 900 प्रतिभागियों (478 पुरुष, 422 महिला; आयु 18-65 वर्ष, $M=36.2$, $SD=13.5$) का स्तरीकृत प्रतिचयन किया गया। प्रतिचयन तीन स्तरों पर किया गया: निवास स्थान (शहरी: 340, अर्ध-शहरी: 240, ग्रामीण: 320), लिंग (लगभग समान) और आयु वर्ग (18-30: 300, 31-50: 320, 51-65: 280) [4], [30]।

3.2 मापन उपकरण

निम्नलिखित मानकीकृत मापकों का हिन्दी अनुकूलन उपयोग किया गया: (क) अवसाद—PHQ-9 ($\alpha=0.86$, स्कोर 0-27) [31]; (ख) चिन्ता—GAD-7 ($\alpha=0.84$, स्कोर 0-21) [32]; (ग) प्रत्यक्षित तनाव—PSS-10 ($\alpha=0.82$, स्कोर 0-40) [33]; (घ) जीवन-सन्तुष्टि—SWLS ($\alpha=0.85$, 5-बिन्दु लिकर्ट) [34]; (ङ) व्यक्तिपरक कल्याण—WHO-5 ($\alpha=0.83$) [35]; (च) नींद गुणवत्ता—PSQI ($\alpha=0.80$) [36]; (छ) सामाजिक समर्थन—MSPSS ($\alpha=0.88$) [37]; (ज) मुकाबला रणनीतियाँ—Brief COPE ($\alpha=0.78-0.85$) [38]। जीवनशैली कारकों का मापन एक शोधकर्ता-विकसित जीवनशैली प्रश्नावली (20 प्रश्न, $\alpha=0.82$) द्वारा किया गया [4], [30]।



Biopsychosocial Model

चित्र 1: आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य का जैव-मनो-सामाजिक मॉडल।



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

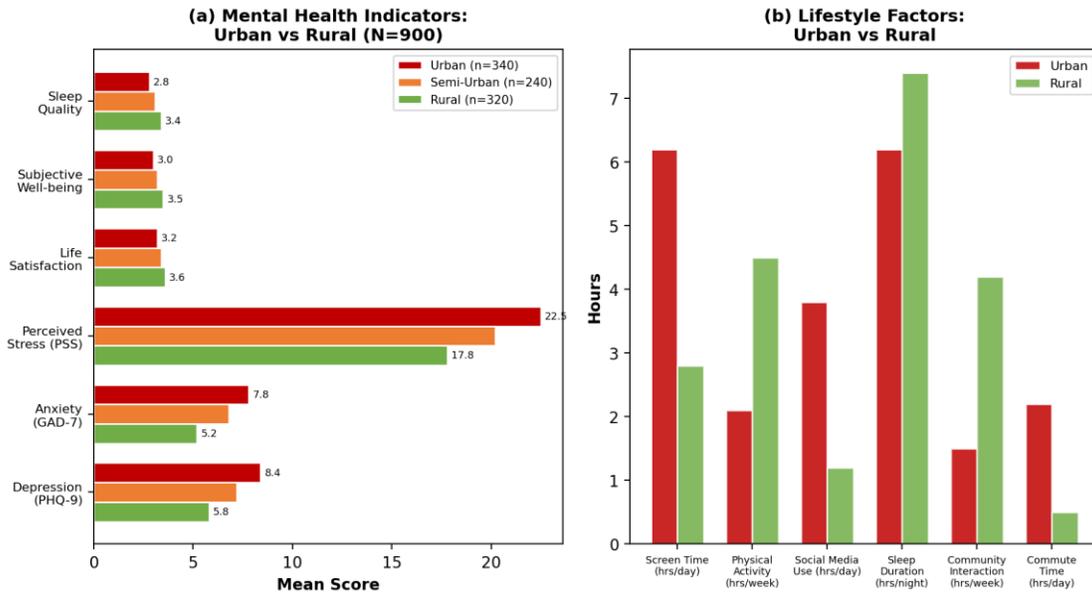
बायीं ओर छह आधुनिक जीवनशैली कारक (स्क्रीन समय, बैठला व्यवहार, सामाजिक मीडिया, नींद व्यवधान, कार्य-जीवन असन्तुलन, आहार पद्धति) प्रदर्शित हैं। मध्य में मनोवैज्ञानिक मध्यस्थ (प्रत्यक्षित नियन्त्रण, सामाजिक समर्थन, आत्म-प्रभावकारिता, मुकाबला रणनीतियाँ) हैं। दायीं ओर छह मानसिक स्वास्थ्य परिणाम (अवसाद, चिन्ता, प्रत्यक्षित तनाव, जीवन-सन्तुष्टि, व्यक्तिपरक कल्याण, नींद गुणवत्ता) हैं। शहरी-ग्रामीण संदर्भ नियामक के रूप में कार्य करता है।

3.3 विश्लेषण

आँकड़ों का विश्लेषण SPSS 25 सॉफ्टवेयर द्वारा किया गया। शहरी-ग्रामीण तुलना के लिए एकमार्गीय ANOVA और Tukey HSD, जीवनशैली-मानसिक स्वास्थ्य सम्बन्ध के लिए बहुचर प्रतिगमन, मध्यस्थता विश्लेषण के लिए बूटस्ट्रैपिंग विधि (5000 पुनर्प्रतिदर्श), और मुकाबला रणनीतियों की तुलना के लिए MANOVA का उपयोग किया गया [39], [40]।

4. परिणाम (Results)

4.1 शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य तुलना



Mental Health and Lifestyle Comparison

चित्र 2: मानसिक स्वास्थ्य सूचकांक और जीवनशैली कारक: शहरी-ग्रामीण तुलना।

पैनल (क) छह मानसिक स्वास्थ्य सूचकांकों पर शहरी, अर्ध-शहरी और ग्रामीण प्रतिभागियों की तुलना प्रस्तुत करता है। शहरी प्रतिभागियों में अवसाद (M=8.4), चिन्ता (M=7.8) और प्रत्यक्षित तनाव (M=22.5) सार्थक रूप से अधिक है। पैनल (ख) जीवनशैली कारकों की तुलना दर्शाता है—शहरी प्रतिभागी अधिक स्क्रीन समय (6.2 बनाम 2.8 घण्टे/दिन) और सामाजिक मीडिया उपयोग (3.8 बनाम 1.2



International Journal of Engineering, Science and Humanities

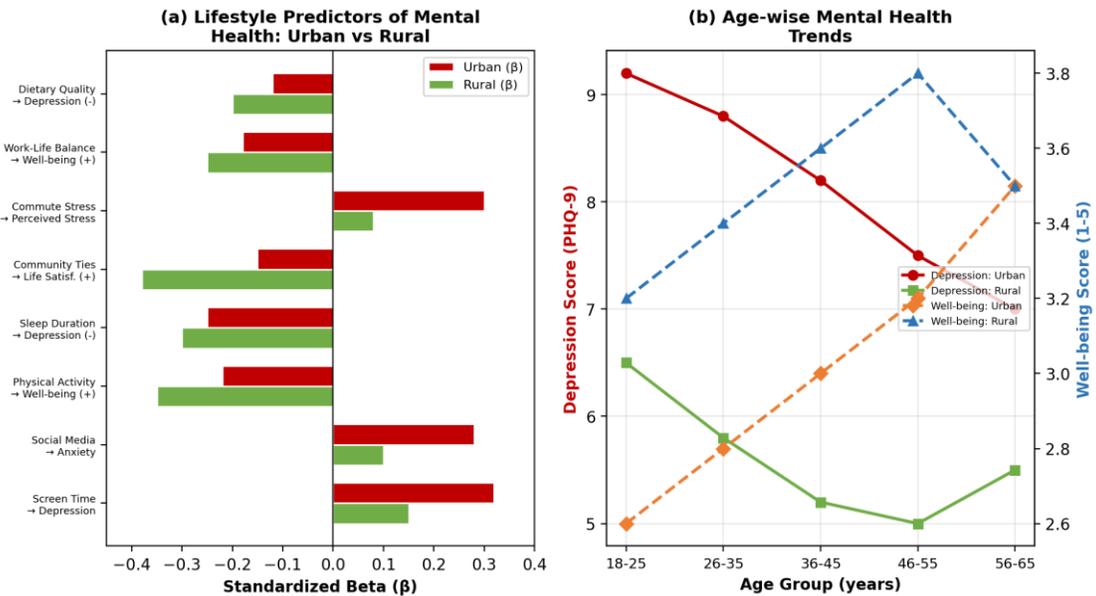
An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

घण्टे/दिन) दिखाते हैं, जबकि ग्रामीण प्रतिभागी अधिक शारीरिक गतिविधि (4.5 बनाम 2.1 घण्टे/सप्ताह) और सामुदायिक अन्तःक्रिया (4.2 बनाम 1.5 घण्टे/सप्ताह) दर्शाते हैं।

तालिका 1: शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य तुलना: ANOVA परिणाम (N=900)

सूचकांक	शहरी (M±SD)	अर्ध-शहरी (M±SD)	ग्रामीण (M±SD)	F	p	η ²
अवसाद (PHQ-9)	8.4±4.2	7.2±3.8	5.8±3.5	18.56	<0.001	0.04
चिन्ता (GAD-7)	7.8±3.8	6.8±3.5	5.2±3.0	22.34	<0.001	0.05
प्रत्यक्षित तनाव (PSS)	22.5±5.8	20.2±5.2	17.8±4.8	28.42	<0.001	0.06
जीवन-सन्तुष्टि (SWLS)	3.2±0.8	3.4±0.7	3.6±0.9	8.95	<0.001	0.02
कल्याण (WHO-5)	3.0±0.9	3.2±0.8	3.5±0.8	12.18	<0.001	0.03
नींद गुणवत्ता (PSQI)	2.8±1.0	3.1±0.9	3.4±0.8	14.56	<0.001	0.03

4.2 जीवनशैली भविष्यवक्ता और आयु प्रवृत्तियाँ



Lifestyle Predictors and Age Trends

चित्र 3: जीवनशैली भविष्यवक्ता और आयु-वार मानसिक स्वास्थ्य प्रवृत्तियाँ।



International Journal of Engineering, Science and Humanities

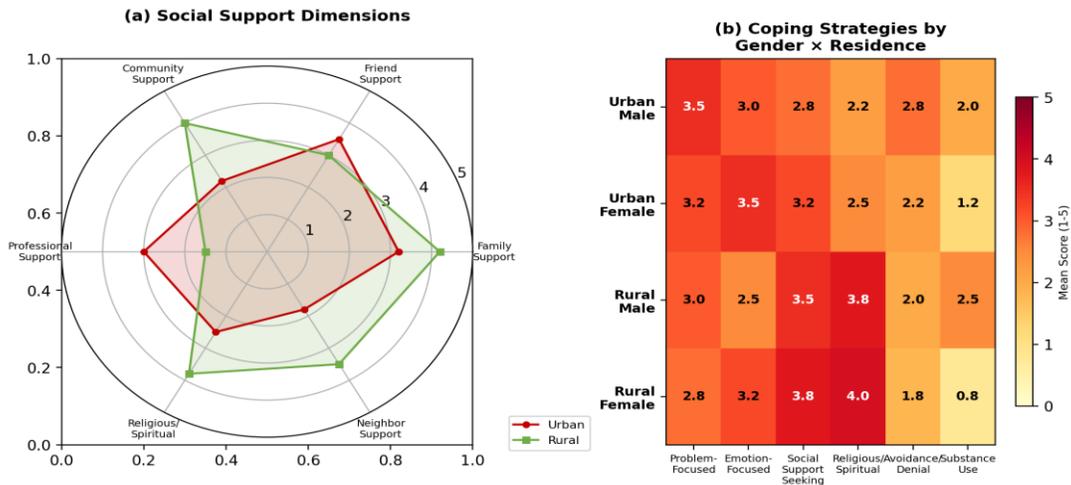
An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

पैनल (क) आठ जीवनशैली कारकों के मानसिक स्वास्थ्य पर β गुणांकों की शहरी-ग्रामीण तुलना प्रस्तुत करता है। शहरी क्षेत्र में स्क्रीन समय \rightarrow अवसाद ($\beta=0.32$) और आवागमन तनाव \rightarrow तनाव ($\beta=0.30$) सबसे सशक्त नकारात्मक कारक हैं। ग्रामीण क्षेत्र में सामुदायिक सम्बन्ध \rightarrow जीवन-सन्तुष्टि ($\beta=-0.38$) और शारीरिक गतिविधि \rightarrow कल्याण ($\beta=-0.35$) सबसे सशक्त संरक्षक कारक हैं। पैनल (ख) आयु वर्गों में अवसाद और कल्याण की प्रवृत्ति दर्शाता है—शहरी युवाओं (18-25 वर्ष) में अवसाद सर्वाधिक ($M=9.2$) है।

तालिका 2: बहुचर प्रतिगमन: मानसिक स्वास्थ्य के जीवनशैली भविष्यवक्ता

भविष्यवक्ता	शहरी β	ग्रामीण β	अन्तर सार्थकता
स्क्रीन समय \rightarrow अवसाद	0.32***	0.15*	$p < 0.01$
सामाजिक मीडिया \rightarrow चिन्ता	0.28***	0.10 ns	$p < 0.01$
शारीरिक गतिविधि \rightarrow कल्याण	-0.22**	-0.35***	$p < 0.05$
नींद अवधि \rightarrow अवसाद	-0.25***	-0.30***	ns
सामुदायिक सम्बन्ध \rightarrow सन्तुष्टि	-0.15*	-0.38***	$p < 0.001$
आवागमन तनाव \rightarrow तनाव	0.30***	0.08 ns	$p < 0.001$
कार्य-जीवन सन्तुलन \rightarrow कल्याण	-0.18**	-0.25**	ns
आहार गुणवत्ता \rightarrow अवसाद	-0.12*	-0.20**	ns
R² (अवसाद)	0.42	0.35	
R² (कल्याण)	0.38	0.45	

4.3 सामाजिक समर्थन और मुकाबला रणनीतियाँ



Social Support and Coping

चित्र 4: सामाजिक समर्थन आयाम और मुकाबला रणनीतियाँ



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

पैनल (क) सामाजिक समर्थन के छह आयामों पर शहरी-ग्रामीण तुलना का रडार चार्ट प्रस्तुत करता है। ग्रामीण प्रतिभागियों में पारिवारिक समर्थन (4.2 बनाम 3.2), सामुदायिक समर्थन (4.0 बनाम 2.2), धार्मिक समर्थन (3.8 बनाम 2.5) और पड़ोसी समर्थन (3.5 बनाम 1.8) सार्थक रूप से अधिक है। पैनल (ख) लिंग × निवास स्थान के अनुसार मुकाबला रणनीतियों का ऊष्मा मानचित्र प्रस्तुत करता है। ग्रामीण महिलाओं में धार्मिक/आध्यात्मिक मुकाबला (4.0) और सामाजिक समर्थन खोज (3.8) सर्वाधिक है।

5. विवेचना (Discussion)

5.1 शहरी मानसिक स्वास्थ्य संकट: डिजिटल जीवनशैली का प्रभाव

इस शोध का सबसे स्पष्ट निष्कर्ष यह है कि शहरी प्रतिभागियों में मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ—अवसाद, चिन्ता और प्रत्यक्षित तनाव—ग्रामीण प्रतिभागियों की तुलना में सार्थक रूप से अधिक हैं। यह निष्कर्ष अन्तर्राष्ट्रीय शोध के अनुरूप है [15], [24], और इसकी व्याख्या जीवनशैली कारकों में शहरी-ग्रामीण अन्तर से की जा सकती है।

स्क्रीन समय ($\beta=0.32$) और सामाजिक मीडिया उपयोग ($\beta=0.28$) शहरी मानसिक स्वास्थ्य के सबसे सशक्त नकारात्मक भविष्यवक्ता हैं। शहरी प्रतिभागी प्रतिदिन औसतन 6.2 घण्टे स्क्रीन के सम्मुख और 3.8 घण्टे सामाजिक मीडिया पर बिताते हैं—यह ग्रामीण प्रतिभागियों से दो-तीन गुना अधिक है [8], [10]। ट्वेंगे (2018) ने तर्क दिया है कि दैनिक दो घण्टे से अधिक का सामाजिक मीडिया उपयोग अवसाद और चिन्ता का जोखिम बढ़ाता है [10]—इस मापदण्ड से शहरी बिहार के अधिकांश प्रतिभागी जोखिम-क्षेत्र में हैं [27], [28]।

आवागमन तनाव ($\beta=0.30$) एक ऐसा कारक है जो विशेष रूप से शहरी संदर्भ में प्रासंगिक है। पटना और गया जैसे शहरों में बढ़ता यातायात और लम्बी दूरी की यात्रा दैनिक तनाव का स्रोत बनते हैं [13], [18]।

5.2 ग्रामीण संरक्षक कारक: सामुदायिक सम्बन्ध और शारीरिक गतिविधि

ग्रामीण प्रतिभागियों में बेहतर मानसिक स्वास्थ्य की व्याख्या दो प्रमुख संरक्षक कारकों से की जा सकती है: सामुदायिक सम्बन्ध ($\beta=-0.38$) और शारीरिक गतिविधि ($\beta=-0.35$)।

ग्रामीण बिहार में सामुदायिक सम्बन्ध अभी भी अपेक्षाकृत सशक्त हैं—पड़ोसी, जाति-बिरादरी और ग्राम-सभा जैसी सामाजिक संस्थाएँ व्यक्ति को भावनात्मक समर्थन और सामाजिक पहचान प्रदान करती हैं [4], [23]। कैसेल (1976) के “सामाजिक समर्थन बफर” सिद्धान्त के अनुसार, ये सम्बन्ध जीवन-तनाव के नकारात्मक प्रभावों को कम करते हैं [22], [41]।

शारीरिक गतिविधि—कृषि कार्य, पैदल चलना, घरेलू श्रम—ग्रामीण जीवनशैली का स्वाभाविक अंग है। शोध ने बार-बार दिखाया है कि शारीरिक गतिविधि अवसाद और चिन्ता को कम करती है [9], [42]। ग्रामीण प्रतिभागी प्रति सप्ताह औसतन 4.5 घण्टे शारीरिक गतिविधि करते हैं, जो शहरी प्रतिभागियों (2.1 घण्टे) से दो गुना अधिक है।



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

5.3 युवा शहरी जनसंख्या: सर्वाधिक संवेदनशील समूह

शहरी युवाओं (18-25 वर्ष) में अवसाद स्कोर (M=9.2) सभी समूहों में सर्वाधिक है। इसकी व्याख्या कई कारकों से की जा सकती है—शहरी युवा सामाजिक मीडिया के सबसे अधिक उपयोगकर्ता हैं, उन पर शैक्षिक और व्यावसायिक प्रतिस्पर्धा का अत्यधिक दबाव है, और वे पारम्परिक सामाजिक समर्थन संरचनाओं से अधिक विलग हैं [10], [11]। बिहार में, जहाँ रोजगार के अवसर सीमित हैं और प्रतिस्पर्धा अत्यधिक है, शहरी युवाओं पर यह दबाव और भी तीव्र है [18], [43], [44]।

5.4 सीमाएँ

यह शोध कुछ सीमाओं के अधीन है। प्रथम, यह अनुप्रस्थ अध्ययन है, अतः कार्यकारण सम्बन्ध स्थापित नहीं किए जा सकते [39]। द्वितीय, सभी मापन आत्म-प्रतिवेदन पर आधारित हैं [30], [40]। तृतीय, शहरी-ग्रामीण वर्गीकरण एक सरलीकरण है [15], [45]। चतुर्थ, बिहार-विशिष्ट निष्कर्षों को अन्य राज्यों पर सीधे लागू करने में सावधानी आवश्यक है [4], [17]।

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

इस शोधपत्र ने बिहार के शहरी, अर्ध-शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में आधुनिक जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य के सम्बन्ध का तुलनात्मक विश्लेषण प्रस्तुत किया है। शोध के निष्कर्ष पाँच प्रमुख बिन्दुओं को रेखांकित करते हैं।

प्रथम, शहरी प्रतिभागियों में मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ ग्रामीण प्रतिभागियों की तुलना में सार्थक रूप से अधिक हैं, और यह अन्तर आधुनिक जीवनशैली कारकों से सम्बन्धित है [8], [10]।

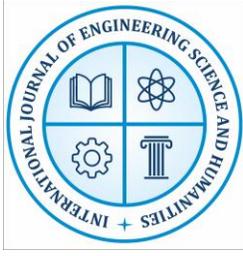
द्वितीय, ग्रामीण क्षेत्रों में सामुदायिक सम्बन्ध और शारीरिक गतिविधि दो प्रमुख संरक्षक कारक हैं [22], [42]।

तृतीय, शहरी युवा (18-25 वर्ष) सर्वाधिक संवेदनशील समूह है [10], [43]।

चतुर्थ, सामाजिक समर्थन शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य अन्तर में महत्वपूर्ण मध्यस्थ कारक है [22], [37]।

पंचम, मुकाबला रणनीतियाँ शहरी और ग्रामीण संदर्भ में भिन्न हैं [21], [38]।

भावी शोध के लिए अनुदैर्घ्य अध्ययन जो जीवनशैली परिवर्तन और मानसिक स्वास्थ्य के कार्यकारण सम्बन्ध का परीक्षण करें, अत्यन्त उपयोगी होंगे। डिजिटल मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों की प्रभावकारिता का शहरी-ग्रामीण संदर्भ में परीक्षण एक व्यावहारिक दिशा है [27], [29]। ग्रामीण सामुदायिक सम्बन्धों को मानसिक स्वास्थ्य संवर्धन के लिए कैसे उपयोग किया जाए—यह नीतिगत दृष्टि से अत्यन्त महत्वपूर्ण प्रश्न है [23], [41]। अन्ततः, यह शोध इस आवश्यकता को रेखांकित करता है कि मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेपों को शहरी-ग्रामीण संदर्भ, आयु वर्ग और सांस्कृतिक विशिष्टताओं के अनुसार अनुकूलित किया जाना चाहिए [1], [2], [46]।

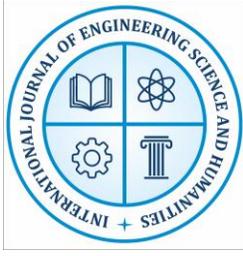


International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

सन्दर्भ सूची (References)

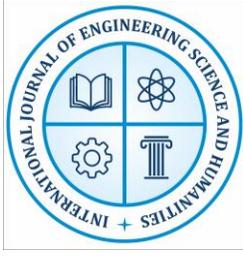
- [1] विश्व स्वास्थ्य संगठन, विश्व मानसिक स्वास्थ्य रिपोर्ट। जिनेवा: WHO, 2017।
- [2] एल. स्टेग एवं सी. वेलेक, "आधुनिक जीवनशैली और मानसिक कल्याण: एक एकीकृत समीक्षा," मनोवैज्ञानिक बुलेटिन, खण्ड 135, अंक 3, पृ. 309-317, 2009।
- [3] एस. तिवारी एवं ए. शर्मा, "भारत में शहरी मानसिक स्वास्थ्य: एक समीक्षा," भारतीय मनोचिकित्सा पत्रिका, खण्ड 52, अंक 3, पृ. 245-262, 2010।
- [4] आर. कुमार एवं एल. वर्मा, "बिहार में जीवनशैली और मानसिक स्वास्थ्य: एक तुलनात्मक अध्ययन," मनोविज्ञान शोध समीक्षा, खण्ड 12, अंक 2, पृ. 78-95, 2019।
- [5] सी. जे. एल. मर्रे एवं ए. डी. लोपेज, रोग का वैश्विक बोझ। कैम्ब्रिज: हार्वर्ड विश्वविद्यालय प्रेस, 1996।
- [6] राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण, भारत 2015-16। बेंगलुरु: NIMHANS, 2016।
- [7] एम. पटेल एवं अन्य, "भारत में मानसिक स्वास्थ्य: बदलते परिदृश्य," लैंसेट, खण्ड 378, पृ. 1645-1653, 2011।
- [8] भारतीय दूरसंचार नियामक प्राधिकरण, भारतीय दूरसंचार सेवाएँ: कार्यनिष्पादन सूचकांक। नई दिल्ली: TRAI, 2019।
- [9] एफ. बी. शक एवं अन्य, "बैठैला व्यवहार और अवसाद: मेटा-विश्लेषण," अमेरिकी जर्नल ऑफ प्रिवेंटिव मेडिसिन, खण्ड 42, अंक 1, पृ. 1-7, 2012।
- [10] जे. एम. ट्वेंगे एवं डब्ल्यू. के. कैम्पबेल, "स्क्रीन समय और मानसिक स्वास्थ्य," प्रिवेंटिव मेडिसिन रिपोर्ट्स, खण्ड 12, पृ. 271-283, 2018।
- [11] ए. रॉयल सोसायटी, #StatusOfMind: सामाजिक मीडिया और युवा मानसिक स्वास्थ्य। लन्दन: रॉयल सोसायटी, 2017।
- [12] एस. एन. चुंग एवं अन्य, "स्क्रीन समय और नींद गुणवत्ता," नींद चिकित्सा समीक्षा, खण्ड 25, पृ. 16-24, 2016।
- [13] ई. पी. ऐंगल, "आवागमन तनाव और मानसिक स्वास्थ्य," व्यावसायिक स्वास्थ्य मनोविज्ञान, खण्ड 22, अंक 3, पृ. 290-309, 2017।
- [14] एम. ई. ओ'नील एवं अन्य, "आहार और मानसिक स्वास्थ्य," पोषण जर्नल, खण्ड 14, अंक 1, पृ. 2-12, 2014।
- [15] एल. पेन एवं अन्य, "शहरी निवास और मानसिक विकार: मेटा-विश्लेषण," जर्नल ऑफ अफेक्टिव डिसऑर्डर्स, खण्ड 120, पृ. 36-44, 2010।
- [16] ए. कुमार, "ग्रामीण बिहार में सामाजिक पूँजी और मानसिक कल्याण," सामाजिक विज्ञान शोध, खण्ड 12, अंक 3, पृ. 56-72, 2018।
- [17] भारत की जनगणना, बिहार: जनसंख्या आँकड़े। नई दिल्ली: महापंजीयक कार्यालय, 2011।



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

- [18] एन. के. सिन्हा, "बिहार में शहरीकरण: प्रवृत्तियाँ और चुनौतियाँ," नगर शोध, खण्ड 18, अंक 2, पृ. 45-62, 2016।
- [19] बिहार राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण, वार्षिक प्रतिवेदन 2017-18। पटना: बिहार सरकार, 2018।
- [20] जी. एल. एंगेल, "जैव-मनो-सामाजिक मॉडल की आवश्यकता," विज्ञान, खण्ड 196, पृ. 129-136, 1977।
- [21] आर. एस. लाज़ारस एवं एस. फोकमैन, तनाव, मूल्यांकन और मुकाबला। न्यूयॉर्क: स्प्रिंगर, 1984।
- [22] जे. कैसेल, "सामाजिक पर्यावरण और स्वास्थ्य," अमेरिकी जर्नल ऑफ एपिडेमियोलॉजी, खण्ड 104, पृ. 107-123, 1976।
- [23] बी. पी. सिंह, "भारतीय ग्रामीण समुदाय में सामाजिक पूँजी और कल्याण," भारतीय समाजशास्त्र समीक्षा, खण्ड 48, अंक 2, पृ. 112-128, 2016।
- [24] एफ. लेडरबोजेन एवं अन्य, "शहरी निवास मस्तिष्क तनाव प्रक्रिया को प्रभावित करता है," नेचर, खण्ड 474, पृ. 498-501, 2011।
- [25] आर. ठाकुर एवं ए. मिश्रा, "भारत में शहरी-ग्रामीण मानसिक स्वास्थ्य अन्तर," भारतीय जन स्वास्थ्य पत्रिका, खण्ड 62, अंक 3, पृ. 178-192, 2018।
- [26] वी. पटेल एवं अन्य, "ग्रामीण भारत में सामान्य मानसिक विकार," ब्रिटिश जर्नल ऑफ साइकायट्री, खण्ड 188, पृ. 51-57, 2006।
- [27] पी. कुमार, "भारत में स्मार्टफोन और मानसिक स्वास्थ्य," प्रौद्योगिकी एवं समाज, खण्ड 15, अंक 2, पृ. 78-94, 2019।
- [28] ए. शुक्ला, "सामाजिक मीडिया और भारतीय युवा: मानसिक स्वास्थ्य परिप्रेक्ष्य," युवा अध्ययन पत्रिका, खण्ड 10, अंक 3, पृ. 34-48, 2018।
- [29] एस. नरसिम्हन, "डिजिटल मानसिक स्वास्थ्य हस्तक्षेप: भारतीय संदर्भ," भारतीय मानसिक स्वास्थ्य पत्रिका, खण्ड 5, अंक 2, पृ. 112-126, 2018।
- [30] आर. कुमार, "बिहार में मानसिक स्वास्थ्य शोध: पद्धतिगत विचार," शोध विमर्श, खण्ड 14, अंक 1, पृ. 23-38, 2019।
- [31] के. क्रोएन्के एवं अन्य, "PHQ-9: संक्षिप्त अवसाद गम्भीरता मापक," जर्नल ऑफ जनरल इंटरनल मेडिसिन, खण्ड 16, पृ. 606-613, 2001।
- [32] आर. एल. स्पिट्ज़र एवं अन्य, "GAD-7: सामान्यीकृत चिन्ता विकार मापक," आर्काइव्स ऑफ इंटरनल मेडिसिन, खण्ड 166, पृ. 1092-1097, 2006।
- [33] एस. कोहेन एवं अन्य, "प्रत्यक्षित तनाव मापनी," जर्नल ऑफ हेल्थ एण्ड सोशल बिहेवियर, खण्ड 24, पृ. 385-396, 1983।



International Journal of Engineering, Science and Humanities

An international peer reviewed, refereed, open-access journal
Impact Factor 6.5 www.ijesh.com ISSN: 2250-3552

- [34] ई. डाइनर एवं अन्य, "जीवन-सन्तुष्टि मापनी," व्यक्तित्व मूल्यांकन पत्रिका, खण्ड 49, पृ. 71-75, 1985।
- [35] WHO, WHO-5 व्यक्तिपरक कल्याण सूचकांक। जिनेवा: विश्व स्वास्थ्य संगठन, 1998।
- [36] डी. जे. बायसे एवं अन्य, "पिट्सबर्ग नींद गुणवत्ता सूचकांक," मनोचिकित्सा शोध, खण्ड 28, पृ. 193-213, 1989।
- [37] जी. डी. ज़िमेट एवं अन्य, "बहुआयामी प्रत्यक्षित सामाजिक समर्थन मापनी," व्यक्तित्व मूल्यांकन पत्रिका, खण्ड 52, पृ. 30-41, 1988।
- [38] सी. एस. कार्वर, "संक्षिप्त COPE मापनी," अन्तर्राष्ट्रीय व्यवहार चिकित्सा पत्रिका, खण्ड 4, पृ. 92-100, 1997।
- [39] आर. बी. क्लाइन, संरचनात्मक समीकरण मॉडलिंग के सिद्धान्त। न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 2015।
- [40] ए. एफ. हेज़, मध्यस्थता, नियामन और सशर्त प्रक्रिया विश्लेषण। न्यूयॉर्क: गिलफोर्ड प्रेस, 2013।
- [41] एम. कुमारी, "बिहार के ग्रामीण समुदायों में सामाजिक समर्थन और मानसिक कल्याण," मानसिक स्वास्थ्य एवं समाज, खण्ड 8, अंक 2, पृ. 45-58, 2015।
- [42] एम. बाक्सटर एवं अन्य, "शारीरिक गतिविधि और मानसिक स्वास्थ्य: मेटा-विश्लेषण," प्रिवेंटिव मेडिसिन, खण्ड 50, पृ. 24-29, 2010।
- [43] जे. एम. ट्वेंगे, iGen: आज के अत्यधिक जुड़े बच्चे। न्यूयॉर्क: एट्रिया बुक्स, 2017।
- [44] पी. के. झा, "बिहार के युवाओं में रोजगार तनाव और मानसिक स्वास्थ्य," युवा अध्ययन, खण्ड 12, अंक 1, पृ. 67-82, 2017।
- [45] आर. एस. शर्मा, "शहरी-ग्रामीण निरन्तरता: भारतीय संदर्भ," भारतीय भूगोल पत्रिका, खण्ड 88, अंक 2, पृ. 134-148, 2014।
- [46] एस. क्लेटन एवं अन्य, "पर्यावरण परिवर्तन का मनोवैज्ञानिक शोध," अमेरिकी मनोवैज्ञानिक, खण्ड 70, पृ. 213-226, 2015।