

"A PSYCHOLOGICAL STUDY OF SELF ANALYSIS  
FRUSTRATION AND DEATH ANXIETY OF T.B. PATIENTS OF  
T.B. HOSPITAL OF SAURASHTRA"

"સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના ટી.બી.ના દર્દીઓનું  
આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને  
મૃત્યુચિંતાનો મનોવૈજ્ઞાનિક અભ્યાસ"

A THESIS  
TO BE SUBMITTED TO  
SAURASHTRA UNIVERSITY  
RAJKOT

For The Degree of

**DOCTOR OF PHILOSOPHY  
IN  
PSYCHOLOGY**

Under The Faculty of Arts  
By

**Prof. : KISHOR N. MEHTA**

(M.A.PSYCHOLOGY)

Lecturer in Psychology

**Shree G.M.Bilakhiya College of Arts, Vanda**

**:: GUIDED BY ::**

**Dr. Anant M. Vasani**

M.A.,Ph.D. (PHILOSOPHY),

M.A.,Ph.D. (PSYCHOLOGY)

Lecturer in Psychology

**SHREE M.V.M. ARTS COLLEGE, RAJKOT**

**JANUARY - 2008**

Registration No. 3252

Date : 1<sup>st</sup> July, 2005

## DECLARATION

*I hereby declare that the Research work presented in this thesis is prepared by me after studying various references. The descriptions and narrations found there in are entirely original. Therefore I declare them authentically as original. Moreover, I am responsible for the opinions and the other details found in this thesis.*

*I declare thesis to be my original work.*

Date :

Place : Rajkot.

**Kishor N. Mehta**

(M.A.Psychology)

Lecturer in Psychology,

Shree G.M.Bilakhiya College of Arts,

Vanda.

## C E R T I F I C A T E

*This is to certify that work embodied in this thesis entitled on "A PSYCHOLOGICAL STUDY OF SELF ANALYSIS, FRUSTRATION AND DEATH ANXIETY OF T.B. PATIENTS OF T.B. HOSPITAL OF SAURASHTRA" has been carried out by **Kishor N. Mehta** under my direct guidance and supervision. I also declare that the work done and presented in this thesis is original and Independent.*

Date :

Place : Rajkot.

**Dr. Anant M. Vasani**  
M.A.,Ph.D. (PHILOSOPHY),  
M.A.,Ph.D. (PSYCHOLOGY)  
**Lecturer in Psychology**  
**SHREE M.V.M. ARTS COLLEGE**  
**RAJKOT**

**:: ઋણ સ્વીકાર ::**

સમગ્ર સંશોધનની પ્રક્રિયા ખૂબ જ જટિલ, ધીરજ અને સમય માંગી લે તેવી હોય છે. સંશોધન કાર્યને પરિપૂર્ણ કરવા માટે ઘણીબધી મૂશ્કેલીઓમાંથી પસાર થવું પડે છે અને હા, સંશોધન કાર્ય એ એકલા સંશોધકના હાથે પુરું થતું નથી. પરંતુ તેમાં ઘણા લોકોનો સાથ અને સહકાર એક કડીરૂપ માધ્યમ બનીને જોડાય છે ત્યારે તે સંપૂર્ણ બને છે. મારા આ સંશોધનકાર્યમાં પણ દરેક કદમે કોઈને કોઈ વ્યક્તિનો પ્રત્યક્ષ અથવા પરોક્ષ ફાળો રહેલો છે.

સંશોધનકાર્ય પૂર્ણ કરવા માટે મારી મહેનતને ઉજાગર કરનાર અને પોતાના ધૈર્યશીલ સ્વભાવથી મને સતત માર્ગદર્શન કરીને હરક્ષણે મારો ઉત્સાહ વધારનાર, મારા માટે આદર્શરૂપ ગુરૂ અને આજીવન માર્ગદર્શક પરમ શ્રદ્ધેય ડો. વસાણી સાહેબ અને તેમના સ્નેહાળ પરિવારનો હું આજીવન ઋણી રહીશ. આ ઉપરાંત મારી સંશોધન પ્રેરણાને પ્રેરિત કરનાર માનનીય શ્રી દેસાઈ સાહેબ અને માનનીય શ્રી દિલીપભાઈ ભટ્ટ સાહેબ કે જેઓએ મને જરૂર પડ્યે હરહંમેશ પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે માર્ગદર્શન પુરું પાડ્યું છે. તેમનો પણ હું સદાય ઋણી રહીશ.

પરિવારમાં સાથે રહેનારા બધાંજ સભ્યોના સાથ વગર આગળ વધવાનું અશક્ય છે. મારા આ સંશોધન કાર્યના આનંદમાં સહભાગી થનાર પણ મારો પરિવાર જ છે. મારા માટે અત્યંત ગૌરવની વાત એ છે કે મારા આ ભગીરથ કાર્યમાં વિકાસની કેડી ઉપર મને આગળ વધારનાર અને આ અભ્યાસને અંતિમ તબક્કા સુધી પહોંચાડવામાં મને ખૂબ જ સક્રિય રાખનાર મારી અર્ધાગિની ચિ. જિજ્ઞાસા મહેતાનું યોગદાન તો ભૂલી જ કેમ શકાય ?

આ ઉપરાંત મારો ઉત્સાહ કાયમ વધારનાર મારા માતા-પિતા, મારા બહેન વિશ્વાબહેન, જીજાજી ડો. વિક્રમ ભરાડ, મારા બંને પુત્રો નિસર્ગ અને વત્સલ બધા જ સભ્યોનો હું ઋણી છું. સાથોસાથ મને હંમેશા પરિવારનો જ એક સભ્ય ગણીને સાથ-સહકાર આપનાર શ્રી વસાણી સાહેબના સમગ્ર પરિવારનો પણ હૃદયપૂર્વક આભાર માનું છું. તેમની કૃતજ્ઞતાનો હું કાયમી ઋણી રહીશ.

જેઓના સહકારથી આ સંશોધન કાર્ય શક્ય બન્યું છે તેવા સૌરાષ્ટ્રની ચારેય ટી.બી. હોસ્પિટલના મેડીકલ સુપ્રિટેન્ડન્ટ અને ડોક્ટર્સ તથા તેમના સમગ્ર કર્મચારીગણ કે જેઓએ મને ટી.બી.ના રોગ અને રોગીઓ વિષે માહિતી આપીને ટી.બી.ના દર્દીઓ પાસેથી માહિતી એકત્રિત કરવા માટે અને પ્રશ્નાવલી ભરાવાની મંજૂરી આપી તે બદલ તેઓશ્રીનો હું આભાર વ્યક્ત કરું છું.

ઉપરાંત, ટી.બી.ના દર્દીઓને વિનામૂલ્યે સારવાર આપનાર અને જરૂર પડ્યે મને ટી.બી. વિષેનું સાહિત્ય પુરું પાડનાર ડો. પ્રફુલભાઈ શાહ તેમજ વંડા પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રના અધિકારી શ્રી મીના સાહેબ, શ્રી વિજયભાઈ બોરીસાગર તેમજ તેમના તમામ સ્ટાફનો હું આ તકે આભાર માનું છું.

સાથે જ આ મહાશોધ નિબંધ તૈયાર કરવા માટે જરૂરી સંદર્ભ પુસ્તકોનો આધાર લેવા માટે જુદી જુદી કોલેજની લાયબ્રેરીઓ તેમજ સંસ્થાઓનો હું આભારી છું. ઉપરાંત મારું કાર્ય સતત વેગવંતુ રાખનાર મારી કોલેજના પ્રિન્સિપાલ શ્રી ડો. બી. એમ. શેલડીયા સાહેબ, મારા સહઅધ્યયીઓ, સાથી મિત્રો, કોલેજનો સમગ્ર સ્ટાફ અને વિદ્યાર્થીઓ તેમજ શ્રી બોસમીયા કોલેજ,

જેતપુરના ઈન્ચાર્જ પ્રિન્સિપાલ શ્રી આર.કે.ચોયા સાહેબ, શ્રી પાઠકભાઈ તથા ધર્મેશ પંડ્યાનો પણ હું આ તક આભાર માનું છું.

અને અંતમાં આ સંશોધન કાર્યને સ્વચ્છ, સુંદર અને ખૂબજ ઝડપી તથા સુવ્યવસ્થિત રીતે કોમ્પ્યુટર ટાઈપીંગ કરી આપનાર ઓજસ કોમ્પ્યુટરના પીયૂષ ગોંધીયા તથા તેમનો પરિવારનો હું ઋણી રહીશ. અને છેલ્લે મારા આ કાર્યમાં પ્રત્યક્ષ કે પરોક્ષ રીતે મદદ કરનાર તમામ નામી-અનામી સહુ કોઈનો હું ઋણ સ્વીકાર કરું છું.

આ સમગ્ર સંશોધન કાર્ય મારા અનુજ સ્વર્ગવાસી ભાઈ ચિ. વિનોદને અર્પણ કરું છું. કારણ કે, મારા શૈક્ષણિક વિકાસ માટે તે સદેવ ભૂતલ અને સ્વર્ગથી પ્રેરણા આપતો રહ્યો છે.

– કિશોર એન. મહેતા

**:: સમગ્ર પ્રકરણોની અનુક્રમણિકા ::**

**પ્રકરણ - ૧ : વિષય પ્રવેશ**

<b>ક્રમ</b>	<b>વિષય પ્રવેશ</b>	<b>પૃષ્ઠ નંબર</b>
1.1	પ્રાસ્તાવિક	01
1.2	અધ્યયનની સીમાનું આંકન	02
1.3	અધ્યયનની ઐતિહાસિક ભૂમિકા	03
1.4	આત્મવિશ્લેષણની સમજૂતી	22
1.5	હતાશાની સમજૂતી	31
1.6	મૃત્યુચિંતાની સમજૂતી	36
1.7	ક્ષયરોગ (T.B.) એટલે શું ?	42
1.8	અધ્યયનની સમસ્યા	50
1.9	અધ્યયનના હેતુઓ	53
1.10	અધ્યયનના પરિવર્ત્યો	55
	1.10.1 સ્વતંત્ર પરિવર્ત્ય	55
	1.10.2 પરતંત્ર પરિવર્ત્ય	56
	1.10.3 નિયંત્રિત પરિવર્ત્ય	57
	1.10.4 આંતરવર્તી પરિવર્ત્ય	57
1.11	અગત્યના પદોની વ્યાખ્યા	58
1.12	ઉત્કલ્પનાની સમજૂતી	62
	1.12.1 ઉત્કલ્પનાનો અર્થ	63
	1.12.2 ઉત્કલ્પનાનું મુલ્યાંકન	63
	1.12.3 ઉત્કલ્પનાના પ્રકારો	65
	1.12.4 ઉત્કલ્પનાના લક્ષણો	68
	1.12.5 ઉત્કલ્પનાના સ્ત્રોત	68

	1.12.6	ઉત્કલ્પનાના કાર્યો અથવા ઉપયોગિતા	69
	1.12.7	ઉત્કલ્પનાની મર્યાદાઓ	69
	1.12.8	ઉત્કલ્પનાની મર્યાદાઓનું નિવારણ	70
1.13		નિદર્શની પસંદગી	70
1.14		અધ્યયનની ગૂંથણી	71
1.15		પ્રસ્તુત અધ્યયનની ઉત્કલ્પનાઓ	71
	1.15.1	t- કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	71
	1.15.2	F- કસોટી એકમાર્ગીય વિચરણ પૃથ્થકરણ પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	81
	1.15.3	ફેક્ટોરીયલ ડીઝાઈન 2×3 પ્રમાણે F કસોટીની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	83
	1.15.4	સહસંબંધ r – કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	84
1.16		અધ્યયનના સાધનોની સામાન્ય સમજૂતી	85
	1.16.1	વ્યક્તિગત માહિતી પત્રક	85
	1.16.2	આત્મવિશ્લેષણ સંશોધનિકા કસોટી	85
	1.16.3	હતાશા માપન સંશોધનિકા	86
	1.16.4	મૃત્યુચિંતા માપન સંશોધનિકા	87
1.17		આંકડાશાસ્ત્રીય પદ્ધતિનો ઉપયોગ	88
1.18		અધ્યયનના પ્રકરણોનું આયોજન	88
1.19		પ્રસ્તુત અભ્યાસની અગત્યતા	90
1.20		પ્રસ્તુત અભ્યાસની મર્યાદાઓ	92

\*\*\*



**પ્રકરણ - ૨ : સંશોધનની ઐતિહાસિક ભૂમિકા**

<b>ક્રમ</b>	<b>વિષય પ્રવેશ</b>	<b>પૃષ્ઠ નંબર</b>
2.0	પ્રાસ્તાવિક	94
2.1	પૂર્વે થયેલા સંશોધનની વિગતોનું મહત્વ	95
2.2	અગાઉના સંશોધનનું વિવેચન	97
2.3	અગાઉના સંશોધનમાં જે કાર્ય પધ્ધતિ હોય તેની વધુ સ્પષ્ટતા	98
2.4	સમર્થન મેળવવા પૂર્વેના સંશોધનનું પૂનરાવર્તન જરૂરી	98
2.5	પૂર્વેના સંશોધનના પરિવર્ત્યોના સંબંધો વિષે જાણકારી મેળવવી	98
2.6	બિનજરૂરી તારણોના કારણો જાણવા માટે થયેલા સંશોધનો	99
2.7	ચોક્કસ સમસ્યાના વિકાસમાં ઉપયોગમાં લીધેલી પધ્ધતિ અન્ય સમસ્યામાં ઉપયોગમાં લઈ શકાય	100
2.8	આત્મવિશ્લેષણનું સૈધ્ધાંતિક મહત્વ	101
2.9	આત્મવિશ્લેષણના પૂર્વીય અભ્યાસોની સમીક્ષા	104
	□ આત્મવિશ્લેષણના પૂર્વીય અભ્યાસોના તારણો	124
	□ પ્રસ્તુત અભ્યાસની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓમાં આત્મવિશ્લેષણ અંગે ઉપર પ્રમાણેની અસર દર્શાવતા તારણો	124
2.10	હતાશાનું સૈધ્ધાંતિક મહત્વ	125

2.11	હતાશા અંગેના પૂર્વીય અભ્યાસો	128
	□ હતાશાના પૂર્વીય અભ્યાસોના તારણો	139
	□ પ્રસ્તુત અભ્યાસની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓમાં હતાશા અંગે ઉપર પ્રમાણેની અસર દર્શાવતા તારણો	140
2.12	મૃત્યુચિંતાનું સૈધાંતિક મહત્વ	141
2.13	મૃત્યુચિંતા અંગેના પૂર્વીય અભ્યાસોની સમીક્ષા	148
	□ મૃત્યુચિંતાના પૂર્વીય અભ્યાસોના તારણો	159
	□ પ્રસ્તુત અભ્યાસની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓમાં મૃત્યુચિંતા અંગે ઉપર પ્રમાણેની અસર દર્શાવતા તારણો	159
□	ટી.બી.ના દર્દીઓના 50 'DOTS' મેડીકલ મુલકાત રીપોર્ટ દ્વારા તારણો	160

\*\*\*

પ્રકરણ - ૩ : સંશોધન યોજના-પ્રક્રિયા અને પૃથ્થકરણની પદ્ધતિ

ક્રમ	વિષય પ્રવેશ	પૃષ્ઠ નંબર
3.1	પ્રસ્તાવના	161
3.2	સામાજિક સંશોધનની વ્યાખ્યા	163
3.3	સંશોધન યોજના	166
3.4	આયોજનની સફળતા	171
3.5	સંશોધન યોજનાના પ્રકારો	172
3.6	પ્રસ્તુત સંશોધનની યોજના	178
3.7	સંશોધનની સમષ્ટિ	180
3.8	સંશોધન ગૂંથણીમાં આયોજનની અગત્યતા	185
3.9	નિદર્શની પસંદગી	189
3.10	પ્રસ્તુત અભ્યાસની સમષ્ટિ	201
3.11	પ્રસ્તુત અભ્યાસમાં નમૂનાની પ્રક્રિયાનું પૃથ્થકરણ	201
3.12	સંશોધનના ઉપકરણો	203
	3.12.1 સંશોધનના ઉપકરણોના પ્રકારો	206
3.13	પ્રસ્તુત અભ્યાસના સાધનો (ઉપકરણો)	206
3.14	પ્રસ્તુત અભ્યાસનું આયોજન	211
3.15	સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યોનું વિશ્લેષણ	213
3.16	આંકડાશાસ્ત્રીય પ્રયુક્તિઓ	214
	3.16.1 ટી (t) કસોટી	218
	3.16.2 સહસંબંધ	220
	3.16.3 F-કસોટી માટે વિચરણ પૃથ્થકરણ	225
3.17	પ્રસ્તુત અભ્યાસની માહિતીનું એકત્રીકરણ	230

પ્રકરણ - ૪ : સંશોધન પૃથ્થકરણ અને પરિણામ ચર્ચા

ક્રમ	વિષય પ્રવેશ	પૃષ્ઠ નંબર
4.1	પ્રસ્તાવના	234
4.2	સંશોધન અંગેની સામાન્ય માહિતીનું પૃથ્થકરણ	236
4.2.1	જાતિ પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	237
4.2.2	ઉંમર પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	238
4.2.3	શિક્ષણ પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	239
4.2.4	દામ્પત્યજીવન પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	241
4.2.5	કુટુંબની આર્થિક સ્થિતિ પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	242
4.2.6	કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	244
4.2.7	માસિક આવક પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	245
4.2.8	રોગની સમયાવધિ પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	247
4.2.9	જીવનશૈલીના સંતોષ પ્રમાણે દર્દીઓની સંખ્યા અને ટકાવારી	248

4.3	વ્યક્તિગત પરિવર્ત્યો અને આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતાના સંબંધની t – કસોટી વડે પરીક્ષણ અને ચર્ચા	250
4.3.1	t – કસોટી પ્રમાણે સમગ્ર શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓનું તારણ	326
4.3.2	t – કસોટી પ્રમાણે આત્મવિશ્લેષણ અંગેની સમગ્ર શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓનું તારણ	326
4.3.3	t – કસોટી પ્રમાણે હતાશા અંગેની સમગ્ર શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓનું તારણ	326
4.3.4	t – કસોટી પ્રમાણે મૃત્યુચિંતા અંગેની સમગ્ર શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓનું તારણ	326
4.4	F – કસોટી એકમાર્ગીય વિચરણ પૃથ્થકરણ પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	327
4.4.1	F – કસોટી એકમાર્ગીય વિચરણ પૃથ્થકરણનું સમગ્ર તારણ	333
4.5	ફેક્ટોરીયલ ડીઝાઈન 2×3 પ્રમાણે F – કસોટીની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	333
4.5.1	ફેક્ટોરીયલ ડીઝાઈન 2×3 પ્રમાણે F – કસોટીનું સમગ્ર તારણ	338
4.6	સહસંબંધ r – કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	339
4.6.1	સહસંબંધ r ની સમગ્ર શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓનું તારણ	347

પ્રકરણ - પ : સંશોધન સારાંશ, તારણો અને સૂચનો

ક્રમ	વિષય પ્રવેશ	પૃષ્ઠ નંબર
5.1	પ્રસ્તાવના	348
5.2	સંશોધનનો સાર	349
5.3	સંશોધનને આધારે મળેલા તારણો	352
	5.3.1 સંખ્યાત્મક માહિતીની ગ્રાફ દ્વારા સમજૂતી	352
	5.3.2 ગુણાત્મક માહિતીના તારણો	358
	5.3.3 સમગ્ર ઉત્કલ્પનાઓનો સારાંશ	367
5.4	નબળા આત્મવિશ્લેષણ પાછળના કારણો	367
5.5	આત્મવિશ્લેષણ સુધારવા માટેના સૂચનો	368
5.6	વધારે હતાશા પાછળના કારણો	369
5.7	હતાશા ઓછી કરવા માટેના સૂચનો	370
5.8	વધારે મૃત્યુચિંતા પાછળના કારણો	371
5.9	મૃત્યુચિંતા ઓછી કરવા માટેના સૂચનો	371
5.10	પ્રસ્તુત અભ્યાસની અગત્યતા	372
5.11	પ્રસ્તુત અભ્યાસની મર્યાદાઓ	373
5.12	ભાવિ સંશોધન માટેના સૂચનો	375
5.13	સંશોધકનું મંતવ્ય	376

:: પરિશિષ્ટ ::

ક્રમ	વિગત	પૃષ્ઠ નંબર
□	સંદર્ભસૂચિ	1
□	સંદર્ભગ્રંથો	5
□	સંદર્ભ પીએચ.ડી. થીસીસ	24
□	સંદર્ભ -ABSTRACT	28
□	સંદર્ભ પીએચ.ડી. -SYNOPSIS	30
□	સંદર્ભ એમ.એ. – DISSERTATION	37
□	ટી.બી.ના દર્દીઓનો મુલાકાત રીપોર્ટ	39
□	પ્રશ્નાવલી	
□	તસ્વીર દર્શન (ટી.બી. હોસ્પિટલોની)	
□	'ડોટ્સ' માર્ગદર્શિકા	

□

**:: અનુક્રમણિકા ::**

ક્રમ	વિષય પ્રવેશ	પૃષ્ઠ નંબર
1.1	પ્રાસ્તાવિક	01
1.2	અધ્યયનની સીમાનું આંકન	02
1.3	અધ્યયનની ઐતિહાસિક ભૂમિકા	03
1.4	આત્મવિશ્લેષણની સમજૂતી	22
1.5	હતાશાની સમજૂતી	31
1.6	મૃત્યુચિંતાની સમજૂતી	36
1.7	ક્ષયરોગ (T.B.) એટલે શું ?	42
1.8	અધ્યયનની સમસ્યા	50
1.9	અધ્યયનના હેતુઓ	53
1.10	અધ્યયનના પરિવર્ત્યો	55
	1.10.1 સ્વતંત્ર પરિવર્ત્ય	55
	1.10.2 પરતંત્ર પરિવર્ત્ય	56
	1.10.3 નિયંત્રિત પરિવર્ત્ય	57
	1.10.4 આંતરવર્તી પરિવર્ત્ય	57
1.11	અગત્યના પદોની વ્યાખ્યા	58
1.12	ઉત્કલ્પનાની સમજૂતી	62
	1.12.1 ઉત્કલ્પનાનો અર્થ	63
	1.12.2 ઉત્કલ્પનાનું મુલ્યાંકન	63
	1.12.3 ઉત્કલ્પનાના પ્રકારો	65
	1.12.4 ઉત્કલ્પનાના લક્ષણો	68
	1.12.5 ઉત્કલ્પનાના સ્ત્રોત	68



	1.12.6	ઉત્કલ્પનાના કાર્યો અથવા ઉપયોગિતા	69
	1.12.7	ઉત્કલ્પનાની મર્યાદાઓ	69
	1.12.8	ઉત્કલ્પનાની મર્યાદાઓનું નિવારણ	70
1.13		નિદર્શની પસંદગી	70
1.14		અધ્યયનની ગૂંથણી	71
1.15		પ્રસ્તુત અધ્યયનની ઉત્કલ્પનાઓ	71
	1.15.1	t- કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	71
	1.15.2	F- કસોટી એકમાર્ગીય વિચરણ પૃથ્થકરણ પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	81
	1.15.3	ફેક્ટોરીયલ ડીઝાઈન 2×3 પ્રમાણે F કસોટીની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	83
	1.15.4	સહસંબંધ r – કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ	84
1.16		અધ્યયનના સાધનોની સામાન્ય સમજૂતી	85
	1.16.1	વ્યક્તિગત માહિતી પત્રક	85
	1.16.2	આત્મવિશ્લેષણ સંશોધનિકા કસોટી	85
	1.16.3	હતાશા માપન સંશોધનિકા	86
	1.16.4	મૃત્યુચિંતા માપન સંશોધનિકા	87
1.17		આંકડાશાસ્ત્રીય પદ્ધતિનો ઉપયોગ	88
1.18		અધ્યયનના પ્રકરણોનું આયોજન	88
1.19		પ્રસ્તુત અભ્યાસની અગત્યતા	90
1.20		પ્રસ્તુત અભ્યાસની મર્યાદાઓ	92

# પ્રકરણ-૧ : વિષય પ્રવેશ

## 1.1 પ્રાસ્તાવિક :

સંશોધક મનોવિજ્ઞાનના અધ્યાપક તરીકે સેવાઓ આપે છે. સ્નાતક, અનુસ્તાક અને અધ્યાપન કાર્યના અનુભવ ઉપરથી સંશોધન કરવાની તાલાવેલી ઘણાં સમયથી ધરાવતા હતા. Ph.D. ની ડીગ્રી મેળવવાની મહત્વાકાંક્ષા અનુસ્નાતક કક્ષાએથી દિનપ્રતિદિન પોતાના અજ્ઞાતમાનસમાં વિકસતી રહેતી હતી. કોલેજના શૈક્ષણિક વાતાવરણમાં રહેવાનું સદ્ભાગ્ય પ્રાપ્ત થયેલું હોવાથી 'મનોવિજ્ઞાન' વિષયમાં કંઈક અદ્વિતીય સંશોધન કરવાની સતત ઈચ્છા રહેતી હતી. સંશોધનના ત્રણ ક્ષેત્રો નીચે પ્રમાણે છે.

1. શૈક્ષણિક ક્ષેત્ર
2. ઔદ્યોગિક ક્ષેત્ર
3. ચિકિત્સા ક્ષેત્ર

આ ત્રણ ક્ષેત્રો ઉપરાંત બીજા ઘણાં ક્ષેત્રો હોય શકે, પરંતુ સંશોધકે ઉપરોક્ત ત્રણ ક્ષેત્રોમાંથી ત્રીજા ક્ષેત્રમાં જ સંશોધન કરવા માટેનું મનોવલણ સાકાર કરીને પોતાના રસના વિષય 'અસાધારણ મનોવિજ્ઞાન' અને 'ચિકિત્સા મનોવિજ્ઞાન' ને પાયામાં રાખીને નીચેની સમસ્યા બાંધી હતી. પોતાના વ્યવસાયક્ષેત્ર 'વંડા'ની બાજુમાં રહેલ, T.B. ના એક દર્દીની છાપ મનમાં હતી. આમ સંશોધકે પોતાના ગાઈડ સાથે થોડી બેઠકો કરીને T.B. ના દર્દીઓનો અભ્યાસ કરવાનું નક્કી કર્યું. આ દર્દીઓ વિષે મનોવૈજ્ઞાનિક અનેક પરિવર્તત્યોની ચર્ચા વિચારણા અને વાંચન-મનન-ચિંતન કરીને નીચે પ્રમાણેની સમસ્યા શબ્દ બદ્ધ કરી હતી.

"સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના ટી.બી.ના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણ  
હતાશા અને મૃત્યુચિંતાનો મનોવૈજ્ઞાનિક અભ્યાસ"

" A PSYCHOLOGICAL STUDY OF SELF ANALYSIS,  
FRUSTRATION AND DEATH ANXIETY OF T.B. PATIENTS  
OF T.B. HOSPITAL OF SAURASHTRA"

ઉપર્યુક્ત સમસ્યામાં 'આત્મવિશ્લેષણ' 'હતાશા' અને 'મૃત્યુચિંતા' ને  
અવલંબી પરિવર્ત્યો તરીકે પસંદ કરેલા છે. આ પરિવર્ત્યો માટે પ્રમાણિત  
મનોવૈજ્ઞાનિક કસોટીઓ પસંદ કરીને પ્રશ્નાવલિ છપાવીને T.B. ના 480  
સ્ત્રી-પુરુષ દર્દીઓ વિષે અભ્યાસ કરવાનો હોવાથી નીચે પ્રમાણેની ઐતિહાસિક  
ભૂમિકા અહીં દર્શાવવાનો નમ્ર પ્રયાસ કરેલ છે.

## 1.2 અધ્યયનની સીમાનું આંકન :

પ્રસ્તુત મહાનિબંધ સંશોધકે ટી.બી.રોગના દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ,  
હતાશા અને મૃત્યુચિંતાનો મનોવૈજ્ઞાનિક અભ્યાસ કરવાનો હેતુ છે.

ટી.બી.નો રોગ વિશ્વવ્યાપી છે. ભારતમાં પણ ટી.બી.ના દર્દીઓ મોટી  
સંખ્યામાં છે. સંશોધકે સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના દર્દીઓનો અભ્યાસ  
કરવાનું નક્કી કર્યું છે.

આ સીમાકંનને ધ્યાનમાં રાખીને તેને અનુરૂપ પીએચ.ડી. માર્ગદર્શક  
સાથે ચર્ચા વિચારણા કરીને સંશોધન સાધનોનો ઉપયોગ કર્યો છે. આ માટે  
સૌરાષ્ટ્રની ચાર ટી.બી. હોસ્પિટલો. 1. અમરગઢ (જીથરી) 2. કોઠારીયા 3.

કેશોદ અને 4. જામનગર હોસ્પિટલના ટી.બી.ના ઈનડોર અને આઉટડોર દર્દીઓ વિષે સંશોધન યોજનાને અનુરૂપ તેના ઘટકો પ્રમાણે વૈજ્ઞાનિક અભ્યાસ હાથ ધરેલ છે.

### 1.3 અધ્યયનની ઐતિહાસિક ભૂમિકા :

ક્ષય રોગ એ જન્તુજન્ય રોગ છે. ટી.બી.ના જીવાણું માયકોબેક્ટેરીયાનાં, શ્વાસમાં જવાથી આ રોગ થાય છે. જે વ્યક્તિને ફેફસાનો ક્ષય રોગ થયો હોય તેનાં ગળફામાં આ બેક્ટેરીયા હોય છે. ક્ષય રોગનો દર્દી, જો ખાંસી ખાતી વખતે આડો રૂમાલ ન રાખે તો આ જીવાણુઓ હવાના સૂક્ષ્મ રજકણોને વળગે છે. દર્દીને નીકળતા પ્રત્યેક એક મિલિલીટર ગળફામાં લગભગ 5000 થી 1,00,000 જેટલા જીવાણુઓ હોય છે. દર્દીને આવતી પ્રત્યેક ખાંસી પણ લગભગ 20000 થી 40,000 જેટલાં જીવાણુઓ હવામાં ફેંકે છે. આ જીવાણુઓ દર્દીના ઉચ્છ્વાસમાં બારીક છાંટણા રૂપે ઉડે છે. અને તે બીજા વ્યક્તિનાં શ્વાસની સાથે ફેફસામાં જઈને રોગ ઉત્પન્ન કરી શકે છે. ક્ષય રોગના આ જીવાણુ "માઈકોબેક્ટેરીયમ ટ્યુબરક્યુલોસીસ" ની શોધ ડો. રોબર્ટ કાકે ઈ.સ. 1882 નાં માર્ચ મહિનામાં કરી. એ વાતને આજે સો વરસથી વધુ સમય થઈ ગયો.

આ જીવાણુને મારી શકે તેવી દવાઓ જ્યારે શોધાઈ નહોતી ત્યારે, સારવાર માટે ખુલ્લી હવા, આરામ, અને પૌષ્ટિક આહાર સિવાય બીજો કોઈ ઉપાય નહોતો. પરંતુ ઈ.સ. 1945 પછી ટી.બી.નાં જંતુઓને મારી નાંખીને, દર્દીને રોગ મુક્ત કરી શકે તેવી દવાઓની શોધ થઈ. ઈન્જેક્શન સ્ટ્રેપ્ટોમાયસીન, આઈસોનેકસ અને પાસની દવાઓ આવતા રોગને નિયંત્રણમાં લઈ શકાશે તવો વિશ્વાસ થયો. પછી ઈથામબ્યુટોલ પાયરાઝીનેમાઈડ અને રીફાજ્યીસીનની દવાઓ શોધાતા આ વિશ્વાસ અનેક ગણો વધી ગયો. અને આ નવી દવાઓ

આવતા, જે સારવાર એકથી દોઢ વરસ માટે લેવી પડતી હતી, તે ફક્ત છ થી આઠ માસ માટેની થઈ ગઈ. (શોર્ટ કોર્સ ટ્રીટમેન્ટ)

પરંતુ આ વિશ્વાસ સાવ ઠગારો નીકળ્યો. કારણકે પ્રમાણમાં સહેલું નિદાન અને સારી અસરકારક દવાઓ છેલ્લા લગભગ પચાસ વર્ષથી ઉપલબ્ધ હોવા છતાં સમાજમાં ક્ષય રોગનું પ્રમાણ, જરાપણ નીચું લાવી શકાયું ન હતું. ઉલટાની અપૂરતી અને અનિયમિત સારવારના પરિણામે ટી.બી.નાં બેક્ટેરીયાઓ દવાથી ટેવાઈ જઈ અને રીઢા થવા લાગ્યા એટલે કે 'ડ્રગ રેસીસ્ટન્ટ' થવા લાગ્યાં. આખા વિશ્વમાં જ્યાં જ્યાં ક્ષય રોગનો ફેલાવો હતો. ત્યાં, ત્યાં ખાસ કરીને આર્થિક રીતે પછાત દેશોમાં આ રેસીસ્ટન્ટ જંતુઓ થવાથી, સારવાર માટે મોટી મૂંઝવણની પરિસ્થિતિ ઉભી થવા લાગી.

આથી ઈ.સ. 1992 માં વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા (WHO) નાં નિષ્ણાંતો, અને ક્ષયરોગની સારવાર કરતાં સમગ્ર વિશ્વનાં અન્ય ધુરંધર ડોક્ટરોએ ભેગા બેસીને, ઉભી થયેલી આ વિકટ સમસ્યાનો ઉંડો અભ્યાસ કર્યો. અને સૌથી મોટું તારણ એ કાઢ્યું કે, અપૂરતી અને અનિયમિત સારવાર પૂરા જરૂરી સમય માટે ન લેવાથી જ આ પરિસ્થિતિ ઉભી થઈ છે. દર્દી ભણેલો હોય કે અભણ હોય, પૈસે ટકે સુખી હોય કે ગરીબ હોય, ગામડાનો હોય કે શહેરનો હોય. ગમે તેટલો સમજુ હોય કે અણસમજુ હોય, તો પણ ક્ષયરોગના દર્દી, દવા લેવામાં અનિયમિત થઈ જતા હોય છે. અને જરા સારું લાગતું થાય એટલે દવાઓ પૂરા સમય સુધી લેવાને બદલે વહેલી બંધ થઈ જતી હોય છે. ગમે તેટલી સમજણ આપો, હેલ્થ એજ્યુકેશન આપો, વંચાવો અને તદ્દન ફીમાં દવાઓ આપો, તો પણ દર્દી અનિયમિત થઈને અપૂરતા સમયની દવા લઈને સારવાર બંધ કરી દેતા હોય છે. એક સંશોધન અભ્યાસમાં જણાયું કે ફક્ત ત્રીસ ટકા દર્દીજ દવા પૂરતા સમય માટે લેતા હોય છે. બાકીનાં વચ્ચેથી જ બંધ કરી દે છે. અને તેઓનું દર્દ

ઉથલો મારીને ફરી થાય છે. અને ઉથલો મારેલા રોગની સારવાર ઘણી મુશ્કેલ હોય છે.

આ બધી જાણકારી મેળવ્યા પછી 'ક્ષય રોગ નિયંત્રણ કાર્યક્રમમાં એક ક્રાંતિકારી બદલાવ આવ્યો અને તે બદલાવ એટલે 'ડોટસ' (DOTS) પદ્ધતિથી સારવાર. DOTS એટલે "ડાયરેક્ટલી ઓબસર્વ્ડ ટ્રીટમેન્ટ શોર્ટકોર્સ" એટલે કે પ્રત્યક્ષ નિરીક્ષણ હેઠળ દવા ગળાવવાની યોજના. આ પદ્ધતિથી દર્દીને નિયમિત દિવસે દવાનો પૂરો ડોઝ ગળાવવાની જવાબદારી આરોગ્ય કાર્યકરની થાય છે. અને આ રીતે એકવાર દવા શરૂ થયા પછી તે નિયમિત રીતે પૂરી કરવાની જવાબદારી પણ આરોગ્ય કાર્યકરની જ થાય. સારવાર ચાલુ હોય તે દરમિયાન વચ્ચે ચેકઅપ માટે ગળાવવાની તપાસ કરાવવાની, તેનો રેકોર્ડ રાખવાની પૂરી જવાબદારી હેલ્થ સીસ્ટમની જ રહે છે.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાના ટેકનીકલ માર્ગદર્શન નીચે આ પદ્ધતિથી ટી.બી.ની સારવાર આજે વિશ્વનાં લગભગ એકસો દસ દેશોમાં અપાય છે. આ પદ્ધતિથી લગભગ 70% દર્દીઓ સારવારનો કોર્સ પૂરો કરાવવાથી સાવ રોગમુક્ત કરી શકાયા છે. આ પદ્ધતિથી બીજો મોટો ફાયદો એ થાય છે કે અસરકારક દવાઓ નિયમિત રીતે પૂરા સમય આપવાથી, રોગના જંતુઓ 'રેસીસ્ટન્ટ' થતા નથી અને તે ડ્રગ રેસીસ્ટન્ટ જંતુઓથી થતા ક્ષય રોગનું પ્રમાણ આપોઆપ ઓછું થવા લાગે છે.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાના માર્ગદર્શન નીચે અને વર્લ્ડ બેંકની આર્થિક સહાયથી ભારતમાં પણ આ ડોટસ પદ્ધતિની સારવારનો અમલ "રીવાઈઝડ નેશનલ ટી.બી. કન્ટ્રોલ પ્રોગ્રામ" એટલે R.N.T.C.P. નીચે 1997 ની સાલથી શરૂ કરાયો છે. અને તબક્કાવાર વધારાઈ રહ્યો છે.

આજે એકવીસમી સદીનાં પહેલા વર્ષમાં ભારત સરકારનાં સેન્ટ્રલ ટી.બી. ડિવિઝનની સીધી દેખરેખ નીચે ભારતની લગભગ પચાસ ટકા વસ્તીને આ સારવાર ઉપલબ્ધ કરાઈ છે. લગભગ પચાસ કરોડની વસ્તી માટે જરૂરી સાધનો, માણસો અને દવાઓની વ્યવસ્થિત સગવડ ઉભી કરવાનું એક મહાભગીરથ કામ દિલ્લી સરકારના સેન્ટ્રલ ટી.બી. ડિવિઝને કર્યું છે અને એજ રીતે બીજા ચાર વર્ષમાં ભારતની પૂરી વસ્તીને 'ડોટસ' ની સારવાર, ક્ષય રોગ માટે મળી શકે તે રીતે ક્રમબદ્ધ સગવડ વધારવાનું આયોજન થઈ રહ્યું છે.<sup>1</sup>

### ક્ષય રોગ થવાના કારણો :

ટી.બી. થવાનાં કારણોને આપણે ત્રણ ભાગમાં વહેંચી શકીએ.

#### (1) આર્થિક કારણો :

હિંદુસ્તાન એ તેની ગરીબી માટે જગમશહુર છે. જ્યાં માણસને રહેવાનાં જ ઠેકાણાં નથી ત્યાં શરીરને ઉપયોગી પૌષ્ટિક તત્વોની તો વાત જ ક્યાંથી કરવી ? આપણા દેશની અર્ધા ભાગની પ્રજા ખાધા વગર ભૂખે મરે છે. દૂધ, દહીં, ઈંડા, માંસ, ફળ ઇત્યાદિ ખોરાક ખાવા મટો હિંદુસ્તાનના લોકો પાસે નથી, સારા ખોરાકના અભાવે પ્રજાની જીવન શક્તિ ઘટી છે. જીવનશક્તિ સંપન્ન પ્રજા જ રોગનો સામનો કરી શકે હિંદુસ્તાનમાં જીવનશક્તિની ઉણપ છે. અને તે તેની ગરીબીને આભારી છે. ગરીબીને લીધે પેટ પૂરતું ખાવા નથી મળતું અને પેટનો ખાડો પૂરવા માટે મજૂરી કરવી પડે છે. તેમ છતાં પણ પેટ પૂરતું ખાવા નથી મળતું. આમ અપૂરતું પોષણ અને ગરીબી એ ક્ષય થવાનું મોટામાં મોટું કારણ છે.

#### (2) સામાજિક કારણો :

બાળલગ્નો, પડદાનો રિવાજ અને પ્રસૂતિકાળમાં જોઈતી સંભાળ

ન લેવાને કારણે પણ ટીબી થાય છે. સુવારોગમાંથી (પ્રસુતિ પછી થતો રોગ) ઘણી સ્ત્રીઓને ક્ષય રોગ લાગુ પડે છે. પડદામાં રહેનારી સ્ત્રીઓને જોઈતા પ્રમાણમાં સૂર્ય પ્રકાશ અને સ્વચ્છ હવા મળી શકતી નથી. આથી જ હિંદુ કરતાં મુસલમાન કોમમાં પડદાની પ્રથા વધુ હોવાથી મુસલમાન કોમમાં ક્ષયનું પ્રમાણ વધુ છે.

### (3) વૈજ્ઞાનિક કારણો :

આજે ભલે માણસ ચંદ્ર સુધી પહોંચ્યો પરંતુ બુદ્ધિના વિકાસની સાથે આરોગ્યનું સીર હજી આજે પણ નીચું છે. ક્યાં થૂંકવું, ઝાડો પેશાબ ક્યાં કરવા, કોઈનું પીધેલું કે ખાધેલું અન્ન ન ખાવું કે ન પીવું, તેની પણ જાણ મોટાભાગનાને હોતી નથી વસ્ત્રો કેવા પહેરવાં કે કેવાં નહીં તે પણ ઘણા જાણતા નથી. દારૂ, બીડી, હુકકો વગેરે તેમજ પાન-માવા વગેરેનાં વ્યસનો પણ ઘણાં વધી ગયા છે. ટુંકમાં કહીએ તો આપણી ગંધી ટેવોથી આપણે આ રોગને આવકારીએ છીએ.

આ ત્રણ કારણો ઉપરાંત નીચેનાં કારણો પણ ટી.બી. થવા માટે જવાબદાર છે.

(1) જ્યાંને ત્યાં થૂંકવાની ટેવ, આ ટેવ ઉપરતો જેટલું લખાય તેટલું ઓછું છે. ક્ષય રોગના ગળફામાં અસંખ્ય જંતુઓ હોય છે. ક્ષયની છેલ્લી અવસ્થાના દરદીના એક દિવસના ગળફામાં અસંખ્ય ક્ષયના સૂક્ષ્મ જીવાણુઓ હોય છે. એટલે જ્યાં ત્યાં થૂંકવાની ટેવથી આ જંતુઓ સ્વસ્થ માણસને પણ વળ ગે છે. એટલે ગળફા દ્વારા નીકળતા જંતુઓથી જ આ રોગ ફેલાય છે.

એટલે ગળફામાં જંતુઓનો નાશ કરવા માટે સારમં સારો ઉપાય તો એ છે કે ગળફાને સળગતી સગડીમાં નાંખવો જો આમ ન થઈ શકે તો કાર્બોલીક કે લાઈસોલનાં પાણીમાં નાંખવો.



(2) ક્ષયના જંતુઓના ફેલાવા માટે અપૂરતો પ્રકાશ પણ જવાબદાર છે. ઘરમાં જો પૂરતો પ્રકાશ અને હવા ઉજાસ નહીં આવે તો બીજા રોગ પણ ફેલાવાની શક્યતા રહેલી છે. પંકાશ અને તડકામાં ક્ષયનાં જંતુઓ જીવી શકતા નથી.

(3) ક્ષયવાળા દર્દીનાં એઠાં વાસણો દ્વારા પણ ચેપ બીજી સ્વસ્થ વ્યક્તિને લાગે છે. એટલે આ બીજા ન વાપરે તે ખાસ ધ્યાનમાં રાખવું.

(4) હુકકો, બીડી-સીગારેટ, ચિરૂટ આ બધા ક્ષય માટે જવાબદાર છે. હુકકો એક પીએ પછી બીજો પીએ આ રીતે પણ એકનો ચેપ બીજાને લાગવાનો સંભવ છે.

(5) ગંદી ધૂળથી વાસણ સાફ કરવાની કુટેવ. જે જગાએ આપણે દાંતણ કરીએ છીએ, પેશાબ કરીએ છીએ તે જ જગાની ધૂળનો ઉપયોગ આપણે વાસણ ઘસવામાં કરીએ છીએ જેનાથી ક્ષયના જીવાણું વાસણમાં ચોટી જવાથી ક્ષય થવાની સંભાવના ઘણી વધી જાય છે.

(6) હવા ગમે તેટલી વિશુદ્ધ હોય તો પણ આપણે જો બરાબર સ્વાસ લઈ શકતાં ન હોઈએ તો બહુ લાભ થતો નથી. આના માટે તંગ કપડા જવાબદાર છે. તંગ કપડાંની સાથે અન્ય ઘણાં કપડાં પહેરવાથી પણ નુકશાન થાય છે.

(9) કેટલાક ધંધાઓ જ એવા હોય છે કે જે ક્ષય રોગને ફેલાવા માટે મદદ કરતાં છે. મોટા કારખાનાંમાં, ખાણોમાં, જિનોમાં કામ કરનારાઓને ક્ષય ઝડપથી થાય છે. વળી વણકરો અને દરજીઓને તેમનાં ધંધામાં આખો દિવસ એક જ જગ્યાએ વાંકા વળીને બેસવાનું હોવાથી તેમને ક્ષય લાગુ પડે છે.

(8) નિયમિત યોગ્ય કસરતનો અભાવ પણ ક્ષય રોગ માટે જવાબદાર છે.

(9) ઘણીવાર દારૂ જેવાં કેફી પીણાઓના સતત વ્યસનથી પણ આ રોગ લાગું પડે છે.

(10) ખાસ કરીને જ્યાં ઘણાં માણસો ભેગા થાય છે. ત્યાં પણ આ રોગ જલ્દી ફેલાય છે. દા.ત. સિનેમાંના થિયેટરો, આ ઉપરાંત મોટા કુટુંબોમાં કે જ્યાં ઘણાં માણસોનો શંભુમેળો સતત રહેતો હોય ત્યાં પણ આ રોગ વિશેષ ફેલાય છે. કારણ ઈન્ફેક્શન છે. માટે જ ડોક્ટર, નર્સ અને ડાયેટીશીયન કે જે સતત દર્દીના સહવાસમાં રહેતાં હોવાથી તેજાને પણ આ રોગ લાગુ પડવાનો સંભવ વધારે છે.

(11) સાધારણ રીતે આ રોગ દરેક વયનાં સ્ત્રી પુરુષોને થઈ શકે છે. પરંતુ 45 વર્ષથી મોટી ઉંમરના પુરુષોમાં સ્ત્રીઓ કરતાં વધુ જોવા મળે છે. અને આ રોગ 35 વર્ષથી નીચેની સ્ત્રીઓમાં થાય છે. આના માટે પણ ઉપરાઉપરી સુવાવડ અને અપુરતું પોષણ જ જવાબદાર ગણી શકાય છે. <sup>2</sup>

ઉપર્યુક્ત કારણોની રજૂઆત કરીને સંશોધક મનોવૈજ્ઞાનિક ભૂમિકા પૂરી પાડે છે. વ્યક્તિ પોતે જે કુટુંબ, સમાજ અને પર્યાવરણમાં રહે છે તેની સમજૂતી આત્મવિશ્લેષણ દ્વારા જ કરી શકે.

### ક્ષયનું નિવારણ :

કોઈપણ રોગ થયા પછી એની સારવાર કરવી એના કરતા એના નિવારણના યોગ્ય ઉપાયોગ કરવા એ વધારે હિતાવહ છે. આ સિધ્ધાંત ક્ષયને પણ લાગુ પડે છે. ક્ષયના નિવારણની સૌથી મોટી મુશ્કેલી એ છે કે ક્ષય એ કોઈ સામાન્ય રોગ નથી પણ એની સાથે અનેક સામાજિક પાંસાઓ પણ સંકળાયેલાં છે. આથી આ રોગથી બચવા મટો માત્ર તબીબી ઉપયોગ જ કરવામાં આવે તે પૂરતું નથી પશ્ચિમનાં રાષ્ટ્રોમાં ક્ષય વિરોધી ઔષધો અને રસીની શોધ થતાં

અગાઉ જ આ રોગ કાબૂમાં આવી શક્યો એનું તારણ ત્યાંના લોકોની સામાજિક સ્થિતિ અને જીવનધોરણમાં થયેલો સુધારો છે ભારત જેવાં વિકાસશીલ રાષ્ટ્રોમાં પણ ક્ષય ઉપર નિયંત્રણ મેળવવા માટે લોકોની સામાજિક સ્થિતિ, જીવનધોરણ, શૈક્ષણિક અને પોષણસીરમાં પરિવર્તન આણવું અનિવાર્ય છે. દેશનો અપ્રતિમ વસ્તિ વધારો પણ અટકવો જોઈએ.

હાલમાં તો ક્ષયથી બચવા મટો ક્ષય વિરોધી રસીનો એકમાત્ર તબીબી માર્ગ ઉપલબ્ધ છે. <sup>3</sup>

□ મુલાકાત લીધેલ ટી.બી. હોસ્પિટલનો સંક્ષિપ્ત પરિચય :

(1) **શ્રી ખુશાલદાસ જે. મહેતા ટી.બી. હોસ્પિટલ, અમરગઢ (જીથરી)**

આજથી પચાસ વર્ષ પહેલાં સૌરાષ્ટ્રમાં ક્ષયરોગની સારવાર માટેની કોઈ સગવડ નહોતી. એ વખતે ભાવનગરના પ્રજાવત્સલ મહારાજા સર કૃષ્ણકુમારસિંહજી (સ્વતંત્રતા પછી જેમણે મદ્રાસનું રાજ્યપાલકપદ શોભાવ્યું હતું) એ ભાવનગર રાજ્યમાં એક ટી.બી. હોસ્પિટલની સ્થાપના કરવાનું નક્કી કર્યું અને તળાજાના શેઠ ખુશાલદાસ જગજીવનદાસ મહેતાએ સૌ પ્રથમ દાન આપેલ હતું. ભાવનગર રાજ્ય તરફથી દાન અને જમીન મળી હતી. અને આ મહામના રાજવીએ લોક કલ્યાણનાં કામોમાં યોગદાન કરવા પ્રજાજનોને પ્રેરણા અને પ્રોત્સાહન મળે તે માટે શુભાશય થી હોસ્પિટલને શેઠ ખુશાલદાસ જે. મહેતા નામ આપી સંસ્થાની સ્થાપનામાં તેમને પૂરેપૂરો યશ આપ્યો.

આ હોસ્પિટલમાં ઈન્ડોર દર્દીઓ તરીકે 800 જેટલી પથારીઓ છે. અહીં દર્દીઓને રહેઠાણ, ભોજન, કપડાં, તબીબી સારવાર અને નર્સિંગ સારવાર તેમજ જરૂર પડે રક્તદાન, ઓપરેશન વગેરેની સુવિધાઓ વિનામૂલ્યે આપી શકાય છે. હોસ્પિટલમાં ક્ષયના રોગીઓના છાતીનાં ઓપરેશનો અહીં સારી રીતે કરી

શકાય છે. આ ઉપરાંત પેથોલોજિકલ લેબોરેટરી, ઇલેક્ટ્રોનિક ઓટો એનલાઈઝર, તેમજ આધુનિક વૈજ્ઞાનિક સુસાધનોથી સજ્જ છે. દર્દીઓના લોહીના બડખાને, મળમૂત્રને ચકાસવાની સંપૂર્ણ સુવિધાઓ છે. ગુજરાત ઉપરાંત અન્ય રાજ્યોમાંથી પણ ક્ષયના દર્દીઓની તપાસ માટે, સારવાર માટે અહીં આવે છે. ગ્રામ્ય વિસ્તારના દર્દીઓ માટે નબળી આર્થિક પરિસ્થિતિવાળા દર્દીઓ માટે આ હોસ્પિટલ આશિર્વાદરૂપ છે. <sup>4</sup>

## □ હોસ્પિટલમાં દાખલ થઈ રોગ મુક્ત થયેલ દર્દીઓના અંતરના ભાવો

### □ અંતરના આશીર્વાદ :

(1) શ્રી કે. જે. મહેતા ટી.બી. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયેલા સર્વ પ્રથમ દર્દી શ્રીમતી કાન્તાબેન દેવીદાસ ત્રિવેદી હોસ્પિટલનું સર્વપ્રથમ ઓપરેશન પણ તેમના પર થયેલું. સારવાર મેળવીને ગયા પછી પચાસ વર્ષમાં ક્યારેય બિમાર પડ્યા નથી. સંપૂર્ણ સ્વાસ્થ્ય ભોગવતા આ બહેન અમરગઢની શાળાના નિવૃત્ત શિક્ષિકા છે. અને તેમના પતિ શ્રી દેવીદાસભાઈ હોસ્પિટલના રસોડા વિભાગના પ્રથમ કર્મચારી હતા. તેમના પુત્ર શ્રી કિરીટકુમાર એન્જિનીયર થયેલ છે. ભાવનગર સ્થિત આ કુટુંબ સદયા હોસ્પિટલને અંતરના આશીર્વાદ આપે છે.

### (2) નવજીવન પામતો વિશાલ :

અમરગઢ ટી.બી. હોસ્પિટલમાં તાજેતરમાં 15-16 વર્ષના તરૂણ વિશાલનો કિસ્સો જાણીતો બન્યો છે. અમદાવાદના આ વિશાલના મા-બાપ અને સગા સંબંધીઓએ વિશાલની સાજા થવાની અપેક્ષા છોડી દીધી હતી. તેવા સમયે કે. જે. મહેતા ટી.બી. હોસ્પિટલમાં સુનિયોજિત સારવારથી વિશાલને નવી જિંદગી પ્રાપ્ત થઈ છે.

બે એક વર્ષ પહેલાં અમદાવાદનાં સેન્ટ્રલ એકસાઈઝ કસ્ટમ સુપ્રિન્ટેન્ડન્ટનાં પુત્ર વિશાલને સામાન્ય તાવ, ઉધરસની તકલીફ રહેવા લાગી. ડોક્ટરને બતાવતા તેમણે ટી.બી. રોગના નિષ્ણાંતોને બતાવવા જણાવ્યું. ત્યારબાદ વિશાલની સંઘર્ષકથા આગળ વધે છે. લગભગ પંદરેક જેટલા અમદાવાદ અને બહારના તબીબો પાસે વારાફરતી વિશાલની સારવાર—માર્ગદર્શન અભિપ્રાય આપવામાં આવ્યા. એક ઓપરેશન પણ પડખામાં હવા ભરાઈ જતાં કરાવ્યું. લગભગ અઢીસો જેટલા ઈન્જેક્શનો, ભરપુર દવાઓ અને ગ્લુકોઝ તથા પ્રોટીનનાં બાટલા ચડાવાયા. પરંતુ વિશાલની બિમારી શરીરમાંથી હટવાનું નામ નહોતી લેતી. હવે નિષ્ણાંત તબીબીએ પોતાના હાથ ખંખેરી નાખ્યા અને આ દર્દીને જીથરી એટલે કે અમરગઢ ટી.બી. હોસ્પિટલમાં દાખલ કરોતો કદાચ સાજો થાય તેવો અભિપ્રાય આપ્યો.

અંતે વિશાલના મા—બાપ શ્રી કે. જે. મહેતા ટી.બી. હોસ્પિટલમાં તેના પુત્રને નવજીવન મળશે તેવી આશા લઈને હાથમાં ઉંચકીને લઈ આવ્યા. ટી.બી.ના દર્દે આ તરૂણનું શરીર સાવ સુકલકડું, અશક્તિવાળું બનાવી નાખ્યું હતું. જેને લીધે હલન—ચલન જાતે બેઠા થવું તદ્દન અશક્ય હતું. સંપૂર્ણ પથારીવશ તેવા આ દર્દીને સાજા કરવા અમરગઢ ટી.બી. હોસ્પિટલનાં વિષય નિષ્ણાંત તબીબો જીવંત રસ લેવા માંડ્યા. ધીરે—ધીરે પથારીવશ વિશાલે આંખો ખોલી, હોઠ ખોલ્યા. તેના સંપૂર્ણ ધીમા પડી ગયેલા શ્વાસમાં નવું જીવન મેળવવાની અભીપ્સા જાગી. સતત સાત મહિના સુધી ટી.બી.ની નિયમિત સારવાર કરવામાં આવી ત્યારે લગભગ જેની બચવાની શક્યતા નહિવત હતી તેવા વિશાલનું વજન 30 કિલોમાંથી વધીને એકતાલીસ કિલો થયું છે. અને જાતે હરીફરી શકવા તે સક્ષમ બન્યો છે. અને સંપૂર્ણ રોગમુક્ત બન્યો છે. <sup>5</sup>

### (3) મારે દાખલ થવું નથી :

બાર વર્ષનો એક બાળક કે. જે. મહેતા ટી.બી. હોસ્પિટલમાં તેની માતા

સાથે આવે છે. નમ છે શબીર. તેની માતાનું નામ છે સલમા. સલમાબાનુના પતિ અવસાન પામ્યાછે. તેનો એક માત્ર નાનો દિકરો શબીર તેનો આધાર છે.

શબીરની ગળફાની, લોહીની અને એક્સ-રેની તપાસ પછી જાણવા મળ્યું કે તેના જમણા ફેફસા ઉપર ટી.બી. ફેલાઈ ચૂક્યો છે. અને હોસ્પિટલમાં દાખલ થઈ યોગ્ય સમયગાળા સુધી નિયમિત સારવાર મેળવે તો જ એ સાજો થઈ શકે નહિતો લાંબાગાળે તેનાં જીવનું જોખમ રહે છે. ટી.બી.ના દર્દી ઉપર સદાયનો તોળાતો ભય ઝડપભેર તેનો પીછો કરી રહ્યો હતો.

હોસ્પિટલનાં ટી.બી. નિષ્ણાંતોએ શબીરની અમ્મીજાન સલમાબાનુને કહ્યું કે શબીરને હોસ્પિટલમાં તાત્કાલિક દાખલ કરી દો. તેમની આર્થિક સ્થિતિ નબળી હોવાથી જનરલ વોર્ડમાં દાખલ કરવો તેમ નક્કી કરાયું.

પરંતુ શબીર સમજે શાનો ? હોસ્પિટલનાં વાતાવરણને જોઈ, સફેદ કપડાંવાળી નર્સોને નિહાળી સ્પિરીટની ગંધ અનુભવી, ઈન્જેક્શન લેતાં અને ટી.બી.માં પીડાતા દર્દીઓને જોઈ શબીરે બાળહઠ પકડી 'મારે દાખલ નથી થવું' તેની અમ્મીએ શબીરને દાખલ કરવા ઘણી રીતે સમજાવ્યો. આજુબાજુના લોકોએ પણ શબીરને દાખલ થઈ જવા ઘણો સમજાવ્યો પરંતુ બાળ સહજ વૃત્તિને કારણે શબીર ટસનો મસ ન થયો. ત્યારબાદ શબીરને હોસ્પિટલના સ્ટાફ દ્વારા, જનરલ વોર્ડે, કોટેજ વગેરેમાં લઈ જવામાં આવ્યો. આ તમામ જગ્યાએ ટી.બી. ગ્રસ્ત હતાં અને કઈ રીતે સારવાર લઈ રહ્યા હતા. તે બતાવવામાં આવ્યું.

શબીરે તેના જેવા અન્ય બાળદર્દીઓને સારવાર લેતા જોઈને અતિ આનંદ થયો અને હસતા હસતા કહે કે મને તો અહીં રહીને જ સાજા થવું છે અમ્મી !

અમ્મીના ચહેરા પર હર્ષના આંસુ છલકાઈ ઉઠયાં અને શબીર અંતે નિયમિત સારવાર લઈ હોસ્પિટલમાંથી સંપૂર્ણ સ્વસ્થ થઈ પાછો ઘેર ગયો.

#### (4) દીકરીના દુઃખથી વ્યથિત પિતા હોસ્પિટલના આંગણે :

ભાવનગર સ્થિત એક મધ્યમ વર્ગીય જૈન પરિવાર કુટુંબના મોવડી શ્રી ધીરુભાઈ શાહ પોતાની ળાલસોયી 26 વર્ષની દીકરી જે હમણા જ થોડા દિવસો પહેલાં માતા બની છે. તે માંદગીના બીછાને પટકાઈ. અનેક નામાંકીત તબીબોની સલાહ લીધી. દવાઓ કરી. લગભગ રૂપિયા એક લાખથી વધુ રકમનો ખર્ચ કર્યો છે. છતાં દીકરી સાજા ન થતા વધુ ને વધુ માંદગીમાં ઉતરતી ગઈ. છેવટે નજીકના સ્વજન ડોક્ટર દ્વારા અમદાવાદ જવાની સલાહ આપવામાં આવી. ઉત્સાહભેર દીકરીને લઈ શ્રી ધીરુભાઈ અમદાવાદની રાજસ્થાન હોસ્પિટલમાં પહોંચ્યા ત્યાંના તબીબોએ એ તપાસી જરૂરી ઈન્વેસ્ટીગેશન કર્યું. નિદાન આવ્યું 'મીલીયરી ટ્યુબરક્યુલોસીસ' જરૂરી દવા લખી આપી. ત્યાંના તબીબે શ્રી ધીરુભાઈને સાંત્વન આપ્યું. પરંતુ સાથે જ પ્રશ્ન કર્યો, તમારે ભાવનગરથી અમદાવાદ શા માટે આવવું પડ્યું. તમારે તો ઘર આંગણે અમરગઢ હોસ્પિટલ છે ને તમે અમદાવાદ આવ્યા ? આજે અમારા અહીંના ટી.બી.ના ગંભીર કેસોને અમે અમરગઢ મોકલીએ છીએ ને તમે અહીં કેમ આવ્યા ?

પિતા લાચાર હતા, વ્યથિત હતા. તેમણે જણાવ્યું, સાહેબ જો ઘણાં ડોક્ટરોને બતાવ્યું અને ઘણી દવા કરી આખરે મનેમારા નિકટના સ્વજન ડોક્ટર મિત્રની સલાહથી હું અહીં આવ્યો. આપ મને અમરગઢ મોકલો છો. દીકરીને ટી.બી. છે. જાણું છું કે ટી.બી. માટે અમરગઢ હોસ્પિટલ જ સારામાં સારી છે. અમરગઢ હોસ્પિટલમાં જઈશ તો મારી આબરૂ જશે. બધા જાણી જશે. વ્યથિત પિતાને ડોક્ટરે સમજાવ્યા. ટી.બી. એ એક અન્ય રોગ જેવો જ રોગ છે. જંતુના ફેલાવાથી, ચેપ ફેલાય છે. એમાં શરમ જેવું કશું જ નથી. સંપૂર્ણપણે મટી શકે

છે. માત્ર જરૂર છે નિયમિત દવાઓની. આપ ત્યાં જાઓ, જરૂરથી દિકરી બેઠી થઈ જશે.

શ્રી ઘીરૂભાઈ પોતાની દીકરીને કે. જે. મહેતા ટી.બી હોસ્પિટલે લઈ આવ્યા. દીકરીને દાખલ કરી, દવાઓ શરૂ થઈ. નિષ્ણાંત તબીબો અને સેવાભાવી સ્ટાફની સાથે ઈશ્વરના આર્શીવાદથી દીકરીના રોગ પર કાબુ આવી ગયો. આજે આ દીકરી પોતાના 6 મહિનાના બાળકને ખોળામાં રમાડે છે અને શ્રી ઘીરૂભાઈ પોતાની દીકરીના આ આનંદથી આનંદીત થઈ જાય છે.

આવો, આપ સૌ આવા કાઈ દર્દીથી પીડાતી દીકરીને જુઓ તો તેના પિતાને સમજાવી આપ પણ આ પુણ્યકાર્યમાં સહભાગી બનો. <sup>6</sup>

આમ, દર્દીને રોગમાંથી મુક્ત કરવા માટે માત્ર આર્થિક સહાયતા જ નહિ પણ તેની સાથે સાથે હોસ્પિટલનું ઉષ્માભર્યું વાતાવરણ અને તબીબીઓ, નર્સ અને સમગ્ર સ્ટાફનો સ્નેહભર્યો આવકાર પણ એક સારવારનો જ ભાગ છે. જે ઉપરોક્ત આવા ઘણા પ્રસંગોથી ચરિતાર્થ થાય છે કે શ્રી કે. જે. મહેતા ટી.બી. હોસ્પિટલનો સમગ્ર સ્ટાફ દર્દીને મનોવૈજ્ઞાનિક વાતાવરણ પુરો પાડનારો છે. <sup>7</sup>

## (2) સોરઠ ક્ષયનિવારણ સમિતિ – અક્ષયગઢ (કેશોદ)

સોરઠ ક્ષયનિવારણ સમિતિની સ્થાપના સન 1963 માં સમિતિના 13 સભ્યો મળીને મહાવિકરાળ ટી.બી.ના દર્દીઓની દુર્દશાથી ત્રસ્ત થઈને આ સભ્યોએ ટી.બી. નિવારણ ક્ષેત્રે કઈક કરી છૂટવાની સદ્ભાવનાથી જુદા-જુદા વરિષ્ટ દાતાઓ પાસેથી દાન એકત્રિત કરી એક સમિતિ બનાવી જેનું નામ આપવામાં આવ્યું. સોરઠ ક્ષય નિવારણ સમિતિ.



આ સમિતિએ પોતાનું મુખ્ય કાર્યક્ષેત્ર સંગીન બનાવવા ઉપરાંત કેટલીક અન્ય રચનાત્મક પ્રવૃત્તિઓ શરૂ કરવાનું સદ્ભાગ્ય પ્રાપ્ત થયેલું છે. આ સમિતિનું મુખ્ય કાર્યક્ષેત્ર ક્ષયરોગના નિવારણનું રહેલું છે. પરંતુ ક્ષયરોગના નિદાન અને સારવાર માટે છેલ્લા ઘણા વર્ષ ઉપરાંતથી નવી સારવાર પદ્ધતિ ગુજરાત સરકાર તરફથી અમલાન્વિત થતાં ક્ષયના અંદરના દર્દીઓની સંખ્યા ઉત્તરોત્તર ઘટતી જાય છે. અને એ ઉલ્લેખનીય છે કે 250 સગવડતાવાળી પથારીની સગવડતાવાળી સમિતિ સંચાલિત ભ.સુ. નથવાણી (ભગવાનજી સુંદરજી નથવાણી) ટી.બી. હોસ્પિટલમાં છેલ્લા ત્રણેક વર્ષથી અંદરના દર્દીઓ (Indoor) ની સંખ્યા ઘટવા પામેલ છે અને સરેરાશ 80 થી 100 અંદરના (Indoor) દર્દીઓ સારવાર લઈ રહ્યા છે. આ હોસ્પિટલની ઓ.પી.ડી. બહારથી સારવાર લેતા દર્દીઓની સંખ્યા દરરોજની સરેરાશ 30 થી 40 છે.

ઉપરોક્ત પરિસ્થિતિ અને સંજોગોમાં સંસ્થાની આવકનું પાસું પણ મંદ પડેલ છે. જુદી-જુદી સમાજસેવી સંસ્થાઓ, સ્થાનિક સ્વરાજની સંસ્થાઓ, ટ્રસ્ટો કે વ્યક્તિઓ પાસેથી અનામત પથારીઓ માટેનું અનુદાન જે વર્ષો સુધી મળતું હતું. તેમાં નોંધપાત્ર ઘટાડો થતો રહે છે. સરકારીનાં અનુદાનની રકમમાં પણ વરસો વરસ ઘટાડો થતો જાય છે. અને એ રીતે સમિતિને આર્થિક વહીવટ ચલાવવામાં ઘણી મુશ્કેલીઓ પડે છે. આમ છતાં બને તેટલી કરકસર કરીને આ સંસ્થાને જીવંત અને ધબકતી રાખવાના ટ્રસ્ટીમંડળ પ્રયાસો હાથ ધરે છે. અને સમિતિને અન્ય સંસ્થાઓ કે વ્યક્તિઓ તરફથી ક્ષયનિવારણની આ મહત્વની પ્રવૃત્તિ ચલાવવા માતબર રકમના દાન મળે એ માટે પણ ટ્રસ્ટી મંડળ સતત પ્રયત્નશીલ છે.

ઉપર જણાવ્યા મુજબ ક્ષયરોગના નિવારણ માટેની પ્રવૃત્તિ સાથે-સાથે કેટલીક અન્ય રચનાત્મક પ્રવૃત્તિઓનું નિયોજન થાય તેવા હેતુથી સમિતિ તરફથી

માહે, જૂન, 1999 ના સત્રથી સૌરાષ્ટ્ર યુનિવર્સિટી સંલગ્ન ડિપ્લોમા ઈન મેડિકલ લેબોરેટરી ટેકનોલોજી (ડી.એમ.એલ.ટી.) નો એક વર્ષનો પોસ્ટ ગ્રેજ્યુએટ અભ્યાસક્રમ શરૂ કરવામાં આવ્યો છે. આ કોલેજને સમિતિના સ્થાપક સ્વ. મુ.શ્રી રતુભાઈ અદાણીના નામ સાથે જોડવામાં આવી છે.

ગુજરાત સરકાર તરફથી ક્ષયરોગના નિદાન અને સારવાર માટે રિવાઈઝડ નેશનલ ટી.બી. કન્ટ્રોલ પ્રોગ્રામ (R.N.T.C.P.) ની યોજના છેલ્લાં ત્રણ વર્ષથી અમલમાં મુકવામાં આવી છે. આ નવી સારવાર પદ્ધતિ અનુસાર દર્દીના નિદાનમાં ક્ષયરોગ માલુમ પડે તો અગાઉની પદ્ધતિ અનુસાર તે અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર આપવાને બદલે ઘર બેઠાં તેને યોગ્ય સારવાર મળી રહે તેવું મુખ્યત્વે આયોજન કરવામાં આવ્યું છે.

અત્રે ઉલ્લેખ કરવો જરૂરી છે કે, આવા કપરા પ્રવર્તમાન આર્થિક સંજોગોની વચ્ચે સંસ્થાને સુયોગ્ય રીતે ચલાવવામાં ઘણી જ આર્થિક ખેંચ અનુભવી પડે છે. ઉપર જણાવેલ ક્ષયરોગની નવી સારવાર પદ્ધતિને પરિણામે સંસ્થાની આવક ઘટતી જાય છે. જ્યારે બીજી બાજુ પાંચમાં પગાર પંચનું પગાર ધોરણ દાખલ કરવાથી અને સંસ્થાની જાળવણી મરામત અને રોજબરોજના વહિવટનું ખર્ચ અનેકગણું વધવાથી સંસ્થા આર્થિક રીતે વિકટતમ પરિસ્થિતિમાં મૂકાઈ ગયેલ છે. છતાં હોસ્પિટલના કર્મચારીગણ, ડોક્ટર સ્ટાફ ઉત્સાહ અને ખંતથી કાર્ય કરે છે. તે ગૌરવની વાત છે. <sup>8</sup>

**(3) શ્રી અમૃતલાલ વીરચંદ જસાણી ટી.બી. હોસ્પિટલ કોઠારીયા  
(રાજકોટ)**

શ્રી અમૃતલાલ વીરચંદ જસાણી ટી.બી. હોસ્પિટલના મકાનનો

શિલારોપણ વિધિ ગુજરાત રાજના તે વખતના પંત પ્રધાન ડો. જીવરાજભાઈ મહેતા હસ્તે તા. 25-10-1962 ના રોજ કરવામાં આવ્યો હતો. ભવનનું બાંધકામ પૂર્ણથતા ટી.બી. હોસ્પિટલનું ઉદઘાટન તારીખ 13-7-1965 ના રોજ કેન્દ્ર સરકારના આરોગ્ય પ્રધાન માનનીય શ્રીમતી ડો. સુશીલા નૈયર ના હસ્તે અને ગુજરાત રાજ્યના આરોગ્ય મંત્રી શ્રી મોહનલાલ વ્યાસના પ્રમુખ પદે થયો હતો. હોસ્પિટલની એક ઝાંખી આ મુજબ છે.

માનવ સંસ્કૃતિની આબાદીનું મુખ્ય લક્ષણ પ્રજાની શરીર-સુખ-સમૃદ્ધિ છે. વિકસિત અને વિકસતા દેશોમાં આ અંગેદેખીતો તફાવત છે. ભારત એ વિકસતો દેશ છે. અને કમનસીબે દર વર્ષે તેનાં લાખો માનવીઓ ક્ષય જેવા ભયંકર રોગના ખપ્પરમાં હોમાઈ જાય છે. જનતામાં, ખાસ કરીને નીચલા થરમાં આ રોગનું પ્રમાણ વધુ પ્રસરેલું છે. સૌરાષ્ટ્ર જેવા નાનકડા વિભાગમાં પણ 7000 થી વધુ ક્ષયના દર્દીઓ નોંધાયેલા છે. વણનોંધ્યા કે અજાણ દર્દીઓની ગણતરી થાય તો આ આંકડો ગંભીર પ્રમાણમાં વધી જવા શક્યતા છે. તેથી જ ઠેર ઠેર ક્ષયનિવારણ હોસ્પિટલો બંધાય એ અત્યંત જરૂરી અને અનિવાર્ય છે.

અમને જણાવતાં અત્યંત હર્ષ થાય છે કે આ સંજોગોમાં રાજકોટ પાસે ગોંડલ માર્ગ પર કાંગસિયાળી ગામની જમીન પર કોઠારીયા સ્ટેશન સામે શ્રી અમૃતલાલ વીરચંદ જસાણી ટી.બી. હોસ્પિટલ તૈયાર થઈ ચૂકી છે. રાજકોટ મેડિકલ એસોસિયેશનના કાર્યવાહકો આવી કોઈ યોજના માટે સારા એવા સમયથી વિચારી રહ્યા હતાં. એસોસિયેશનના કાર્યવાહક ડો. કે.ટી.શાહે રાજકોટના વતની અને હાલ મુંબઈ વસતા દાનવીર શ્રી અમૃતલાલ વીરચંદ જસાણીને આ યોજનાનો ખ્યાલ આપ્યો. તેમણે આ યોજનાને સહર્ષ આવકારી અને સંબંધીઓ પાસેથી પણ તેમણે સારી એવી રકમ એકઠી કરી અને અથાગ પરિશ્રમ દ્વારા સંસ્થામાં પ્રાણ પૂર્યા. સંસ્થાનું સંચાલન કરવા સ્વતંત્ર ટ્રસ્ટ ઉભુ કરાવ્યું. આ ટ્રસ્ટી

મંડળ કર્તવ્યનિષ્ઠ અને સેવાભાવી છે. તેમાં અહીંના અગ્રગણ્ય નાગરિકો, અનુભવી ડોક્ટરો અને પીઠ સમાજ-સેવકો છે.

રાજકોટથી છ માઈલ દૂર કોઠારિયા સ્ટેશન સામે, રાજ્ય સરકારે વિના મૂલ્યે એક લાખ ચોરસ વારથી વધુ જમીન આપી અને તેના પર હોસ્પિટલનું બાંધકામ કરવામાં આવ્યું. આ સ્થળ સપાટ જમીન પર આવેલું છે અને ત્યાંની આબોહવા તદ્દન સૂકી અને તાજગી ભરી છે. ચારે બાજુ માઈલો સુધી ખુલ્લી હવા દર્દીમાટે રાહતરૂપ છે.

હોસ્પિટલના મુખ્ય મકાનને બે ભાગમાં વહેંચી લેવાયું છે. એક ભાગમાં એક્સ-રે વિભાગ, અદ્યતન સાધનોથી સજ્જ પ્રયોગશાળા, નિદાનગૃહ તથા આઉટડોર પેશન્ટ વિભાગનો સમાવેશ કર્યો છે. અને બીજા વિભાગમાં કાર્યવાહક ઓફિસ, ડોક્ટરની ચેમ્બર તથા મુખ્ય સ્ટોર્સ છે. પ્રથમ મજલે અદ્યતન સાધન સામગ્રી સાથે ઓપરેશન થિયેટર, સ્ટરલાઈઝીંગરૂમ અને સર્જનની ચેમ્બરનો વિભાગ છે. પ્રથમ મજલે બીજા વિભાગમાં 16 બિછાનાવાળા જનરલ અને સ્પેશ્યલ-પોસ્ટ ઓપરેટીવ વોર્ડને આવરી લેવામાં આવ્યા છે.

સંપૂર્ણ સેનેટરી સગવડવાળા વીસેક પથારીઓ સમાવતા 90'×20' ના આઠ જનરલ વોર્ડ બંધાઈ ચૂક્યા છે. આ ઉપરાંત, ચાર દર્દીઓ માટેના અલાયદી સગવડતાવાળા બ વર્ગના ચાર બ્લોક છે. અલગ રસોડું, બાથરૂમ અને સંડાસની સગવડ સાથેના ત્રણ-ત્રણ દર્દીઓ માટેના અ વર્ગના દસ સ્પેશ્યલ વોર્ડની વ્યવસ્થા છે. આ ઉપરાંત, ડોક્ટરોના રહેઠાણ માટેના છ બંગલા, ટેકનિકલ કર્મચારીઓના અલગ બ્લોકસ નર્સોને રહેવા માટે રૂમ-રસોડુ તથા સ્ટાફ ક્વાર્ટસ વગેરેની સંપૂર્ણ સગવડો સહિત આ હોસ્પિટલની રચના કરવામાં આવી છે. હોસ્પિટલમાં કુલ જનરલ અને સ્પેશ્યલ 222 પથારીની વ્યવસ્થા છે. <sup>9</sup>

સંશોધકે ટી.બી.ના દર્દીઓનો મનોવૈજ્ઞાનિક અભ્યાસ કરવાનું બીડું ઝડપેલ છે. પરંતુ ટી.બી.ના દર્દીઓનો વ્યાપ ખૂબ જ મોટો હોય માટે પ્રસ્તુત અભ્યાસ સૌરાષ્ટ્ર પૂરતો જ મર્યાદિત કરેલો છે. અહીં આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા ટી.બી.ના દર્દીઓ ઉપર શું અસર કરે છે ? તે શોધવાનો પ્રયત્ન કરેલો છે. માટે આ ત્રણ પરિવર્ત્યોની વિગતપૂર્ણ સમજૂતી નીચે પ્રમાણે ધ્યાનમાં લીધી છે.

માનવી એ સામાજિક પ્રાણી છે. તે સમાજમાં ટકી રહેવા માટે વિવિધ પ્રવૃત્તિ કરી રહ્યો છે. પ્રવૃત્તિશીલતાની સાથે સાથે તેનામાં હતાશા, અજંપો, ચિંતા, અસંતોષ પણ વધ્યા છે. સવારથી સાંજ સુધી કાર્યરત માનવીને જીવનમાં અનેકવિધ પ્રશ્નો મૂંજવી રહ્યાં છે. આર્થિક, સામાજિક, માનસિક, શારીરિક આ તમામ પ્રશ્નોમાં અટવાયેલું માનવીનું મન અસ્વસ્થતા અનુભવે છે. મનુષ્યનું જીવન એ ગુલાબની પથારી નથી પણ કાંટાથી મઢેલા તાજ જેવું છે. આથી જ મનુષ્યના જીવનમાં અનેક ચઢાવ-ઉતાર આવે છે અને આવતા જ રહે છે. સુખ અને દુઃખ, તડકાં અને છાંયા ની જેમ મનુષ્યોનો પીછો નથી છોડતા. જગતના દરેક મનુષ્યના સુખ-દુઃખ તેમની જરૂરિયાતો સાથે જોડાયેલા છે. આપણે જાણીએ છીએ કે "મનુષ્ય ઈચ્છાઓ (જરૂરીયાતો) નું પોટલું છે." માનવીની બધી જ જરૂરીયાતો પૂર્ણ થઈ જાય એવું ક્યારેય બની શકે નહીં. જરૂરીયાતના સંતોષમાં રૂકાવટ, ઝંઝાવાત, વિઘ્નો આવે છે. પરિણામે માનવી લક્ષ્ય પ્રાપ્તિ કરી શકતો નથી. આને પરિણામે માનવીને પોતાના માનસિક સ્વાસ્થ્યના પ્રશ્નો ઊભા થાય છે. મનની અસ્વસ્થતાને કારણે વ્યક્તિનું શરીર ચિંતાગ્રસ્ત બની અનેક રોગોનું ઘર બને છે. આ અનેક રોગોમાં એક રોગ છે ટી.બી. (ક્ષય) જેને પહેલા "રાજરોગ" તરીકે ઓળખવામાં આવતો હતો.

ટી.બી.ના દર્દીઓમાં અનેક મનોવૈજ્ઞાનિક પરિબળો આ રોગના કારણો

તરીકે હોઈ શકે છે. સંશોધકે ટી.બી.ના દર્દીઓના વર્તમાન જીવનના સ્વતંત્ર પરિવર્ત્ય જેનો ઉલ્લેખ વ્યક્તિગત માહિતિપત્રકમાં કરેલો છે તેની અસર આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા કઈ રીતે કરે છે તે જાણવા પ્રયત્નો કરેલા છે. વિશ્વકક્ષાએ આ રોગથી દર મિનિટે એક દર્દી મૃત્યુ પામે છે. ટી.બી.નો રોગ રાક્ષસ તરીકે માનવીના જીવનને ભરખી જાય છે. તેની સામે ટી.બી. હોસ્પિટલમાં આ રોગના નિવારણ માટે ઘણા વર્ષોથી સતત પ્રયત્નશીલ છે. સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલનાં ટી.બી.ના દર્દીઓ "ઈન્ડોર પેશન્ટસ" (દાખલ થયેલા દર્દીઓ) અને "આઉટડોર પેશન્ટસ" (બહારથી દવા લેતા દર્દીઓ) માં આત્મવિશ્લેષણ માટે સ્વ-નિર્દેશાત્મક તાલીમ આપવામાં આવે છે.

### સ્વનિર્દેશાત્મક તાલીમ એટલે શું ?

સ્વ નિર્દેશાત્મક તાલીમ એ બોધાત્મક પુનઃગઠનનું સ્વરૂપ છે. રોનાલ્ડ મેઈચેન બાઉન અને તેના સાથીદારો દ્વારા આ પદ્ધતિ વિકસાવવામાં આવી હતી. (મેઈચેનબાઉન, 1975, 1977 ) આ પદ્ધતિ સ્વ વાતચીત પર ભાર મૂકે છે. અહીં વ્યક્તિ પોતાની જાત સાથે જ વાતચીત કરતો હોય છે. અહીં એવો હેતુ છે કે સ્વ વાતચીતની ભાત એવી રીતે બદલવી જેથી વ્યક્તિને ધમકીરૂપ પરિસ્થિતિ સાથે મુકાબલો કરવામાં મદદ મળે. સ્વ સૂચનાની તાલીમમાં ઉપચારક એ બોધાત્મક મુકાબલાના પ્રયત્નો આપે છે. <sup>10</sup>

દર્દીની જાતિ, રહેઠાણ, ઉંમર, અભ્યાસ, વ્યવસાય, વ્યસન વગેરેમાંથી ક્યાં પરિબળો અસર કરે છે. તે દર્દી પાસેથી તેમજ દવાખાનાના કર્મચારીઓ, ડોક્ટર્સ પાસેથી જાણવાના પ્રયત્નો કર્યા છે. આ દવાખાનાઓમાં ટી.બી.ના દર્દીઓની સારવાર મેડીકલ ક્ષેત્રના સાધનો, દવા, ખોરાક-પાણી, હવા-ઉજાસ, શસ્ત્ર ક્રિયા, ડોટ્સ પદ્ધતિ વગેરે દ્વારા કરવામાં આવે છે. પરંતુ સાથોસાથ વર્તન ઉપચાર પદ્ધતિનો ઉપયોગ પરોક્ષ રીતે કરવામાં આવે છે. જ્યાં આત્મવિશ્લેષણ

પદ્ધતિ ઉપયોગી બને છે.

આથી આત્મવિશ્લેષણ એટલે શું ? ટી.બી.ના દર્દીઓની હતાશા કેવી હોય છે તેમનામાં મૃત્યુચિંતાનું પ્રમાણ કેવું છે ? વર્તમાન સમયમાં આ ત્રણેય પરિવર્ત્યોનું મનોવૈજ્ઞાનિક મહત્વ જાણવું જરૂરી છે. માટે આ ત્રણેય પરિવર્ત્યોની વિગતવાર સમજૂતી નીચે મુજબ આપી છે.

#### 1.4 આત્મવિશ્લેષણની સમજૂતી :

##### આત્મવિશ્લેષણ એટલે શું ?

"સ્વ" વ્યક્તિના વ્યક્તિત્વ અને અસ્તિત્વનું બીજું કેન્દ્ર છે. વ્યક્તિનો પોતાના વિષેનો ખ્યાલ, તેની પ્રવૃત્તિઓ અને ફરજ તેમજ અન્ય વિષે તેનો ખ્યાલ તેના અહંમ્ આત્મા સાથે સંકળાયેલો હોય છે. વ્યક્તિની આત્મપ્રતિભા તેના મનમાં જેટલી સ્પષ્ટ હોય છે. તેટલાં પ્રમાણમાં તે તેના વ્યવહારો ફરજ વિષે વધારે સ્પષ્ટ અને ચોક્કસ હોય છે. તેથી વ્યક્તિના સામાજિક વ્યવહારોની સમજણ અને પૂર્વકથન માટે તેના આત્મા વિશેનું જ્ઞાન અનિવાર્ય છે. શેરીફ કહે છે કે, સંગઠનને સમજાવવું અશક્ય છે. આત્માનો ખ્યાલ આટલો મહત્વનો હોવા છતાં – માનસશાસ્ત્રમાં તે વિષે ધ્યાન સૌ પ્રથમ એરિસ્ટોટલે દોર્યું હતું. મનોવિજ્ઞાનની વ્યાખ્યા આપતા તેણે કહ્યું હતું કે "મનોવિજ્ઞાન એટલે આત્માનું વિજ્ઞાન" 1930 થી આ વિશે માનસશાસ્ત્રીઓને વધુ રસ પેદા થયો છે. "આત્મા" ના ખ્યાલ વિષે ચર્ચા આરંભ કરવામાં વિલિયમ જેમ્સ, જેમ્સ બાલ્ડવિન, ચાર્લ્સ કુબ્લી, જી.એચ.મીડ વગેરે મુખ્ય છે.

કાર્લ રોજર્સના મતે દરેક વ્યક્તિમાં પોતાના વિકાસ અને આત્મ-આવિષ્કાર માટેની શક્તિ પડેલી છે. રોજર્સ માને છે કે પ્રત્યેક

મનોપચારકે એવી પરિકલ્પના સાથે કામ કરવું જોઈએ કે દર્દી પોતાની સભાન સમસ્યાઓનો રચનાત્મક રીત સામનો કરવાની શક્તિ ધરાવે છે.

ધીમે-ધીમે ટી.બી.નો દર્દી પોતેજ પોતાની દમિત લાગણીઓને સમજે છે. અને સ્વીકારે છે. તે પોતાની લાગણીઓ અને આવેગોનું નવેસરથી રચનાત્મક રીતે અર્થઘટન કરે છે. ધીમે-ધીમે તે પોતાની જાતે જ સુધરવાની પોતાની સમસ્યાનાં કારણો સમજવાની અંતદષ્ટિ મેળવે છે. તેનામાં સમસ્યાના ઉકેલ અંગે આત્મવિશ્વાસ જન્મે છે. અને તે પોતે પોતાની જ સમસ્યાને દૂર કરવાનો પ્રયત્ન કરે છે. <sup>11</sup>

ટી.બી.ના રોગને દૂર કરવા 'DOTS' માં દર્દીને ડોક્ટરના સૂચન પ્રમાણે સહાયક વ્યક્તિ દ્વારા યથાયોગ્ય સમયે નિયમિત અને સતત દવા આપવાનું રાખવામાં આવે છે. સાથોસાથ દર્દીની આત્મવિશ્લેષણાત્મક શક્તિ વિકસાવવામાં મદદ કરવામાં આવે છે.

### આત્મવિશ્લેષણની વ્યાખ્યાઓ :

1. "વ્યક્તિ જેને પોતાની જાત તરીકે ઓળખે છે. જેને પોતાના વર્તનના કર્તા તરીકે સ્વીકારે છે. તેને 'સ્વ' કહેવામાં આવે છે.

### 2. વિલિયમ જેમ્સ :

"સ્વ" ને જાણનાર તેમજ જાણવાની વસ્તુ એમ બંને સ્વરૂપે સ્વીકારે છે. વ્યક્તિ પોતાની કુદરતી શક્તિઓને વિકસાવી પૂર્ણ બનાવવાની મહેચ્છા ધરાવે છે તે સ્વ"

### 3. રોજર્સ અને મેસ્લો :



ની દષ્ટિએ જરૂરીયાતોની શ્રેણીમાં "સ્વ" વ્યક્તિની શ્રેષ્ઠતમ જરૂરીયાત છે. જેને તેની અન્ય સર્વ જરૂરીયાતો સંતોષાય પછી તે પહોંચી શકે છે અને "સ્વ" નો યોગ્ય વિકાસ કરે છે.

**4. યુંગ :**

યુંગના મતે કેટલાક "સ્વ" ને એક આદ્યપ્રતિક તરીકે તેને વ્યક્તિત્વના સંગઠન અને સ્થિરતા માટે જવાબદાર તત્વ તરીકે ગણાવે છે. તે માનવીનો માનસિક રીતે સંપૂર્ણતા પ્રાપ્ત કરવાનો છે. વિશાળ અર્થમાં વ્યક્તિ જે ને પોતે અને પોતાનું કહે છે અને તેની સાથે એકરૂપતા અનુભવે છે તે બધાનું સંગઠન "સ્વ" કહેવાય.

**5. નિમ્બાર્ક નો મત :**

નિમ્બાર્કના મતે સ્ત્રી પુરૂષોના આત્મવિશ્લેષણમાં જ્ઞાતિની અસર જોવા મળતી નથી.

**6. અંગ્રેજીમાં SELF ના ખ્યાલને ગુજરાતમાં "આત્મા" "સ્વ" "અહમ્" વગેરે શબ્દોથી સમજવામાં આવે છે.**

'સ્વ' ના ખ્યાલનું માનવજીવનમાં ખૂબ જ મહત્વ છે. વ્યક્તિની જરૂરિયાતો વ્યક્તિના સમાયોજનને ઘડે છે. પરંતુ જરૂરિયાતોના વર્ગીકરણ ઉપર 'સ્વ' નો ખ્યાલ વિશેષ અસર કરે છે. સ્વના ખ્યાલથી જ વ્યક્તિના આત્મસાક્ષાત્કારની જરૂરીયાત સુધી સમજી શકાય છે. આથી મેસ્લોએ આપેલા જરૂરિયાતના વર્ગીકરણને ધ્યાનમાં લેવું જરૂરી છે. ટી.બી.ના દર્દીઓની જરૂરિયાતોમાં મેસ્લોએ આપેલી આત્મસાક્ષાત્કારની જરૂરિયાત સામાન્ય અર્થમાં આત્મવિશ્લેષણ સાથે સરખાવતા નીચે પ્રમાણે સમજૂતી આપી શકાય.

'સ્વ' ના ખ્યાલની જુદા જુદા મનોવિજ્ઞાનીકો જુદા જુદા સ્વરૂપે સમજાવે છે. જેમાંના કેટલાક ખ્યાલો નીચે પ્રમાણે આપેલા છે.

### જાગૃત સ્વનો ખ્યાલ

(The concept of the conscious self) : – એડલર

એડલર માને છે કે માણસ પોતાની સભાનતાને લીધે જ અત્ય પ્રાણીઓ કરતાં વધારે આગળ જઈ શકે છે. આ સભાનતા તેના સામાજિક, બૌદ્ધિક વિકાસ માટે ઘણી જરૂરી છે. માણસે આ પ્રકારનો વિકાસ સાધીને સાબિત કરી બતાવ્યું છે કે તે અબોધ માનસનો ગુલામ નથી, પરંતુ સબોધ માનસનો માલિક છે. આમ, જાગૃત સ્વએ વ્યક્તિની સભાન અને વ્યક્તિની સંકલ્પશક્તિ પ્રમાણે દોરવાતી વ્યક્તિની માનસિક પ્રક્રિયાઓ છે. <sup>12</sup>

ટી.બી.ના દર્દીઓએ પોતાના જાગૃત સ્વના ખ્યાલના આધારે અબોધ માનસમાં રહેલા ટી.બી.ના રોગને કારણ જાણવામાં આત્મવિશ્લેષણ પદ્ધતિ ઉપયોગી થઈ શકે. 'ડોટ્સ' પદ્ધતિમાં આ વાત દર્દીને સમજાવવામાં આવે છે.

### સ્વ-ખ્યાલ : સલ્લીવાન

(Self concept)

સલ્લીવાન, તેના વ્યક્તિત્વ-સિદ્ધાંતોમાં જે એક નવો ખ્યાલ ઉમેરે છે તે વ્યક્તિનો પોતાના વ્યક્તિત્વ વિશેનો ખ્યાલ છે. તેને સ્વ-ખ્યાલ કે સ્વ-પ્રત્યક્ષીકરણ તરીકે પણ ઓળખી શકાય. સલ્લીવાન જણાવે છે કે બાળક જેમ મોટું થાય તેમ સામાજિક આંતરક્રિયા દરમિયાન તેને સમજવા લાગે છે કે પોતે શું કરી શકે તેમ છે. ક્યાં ક્ષેત્રમાં તેને સફળતા મળી શકે તેમ છે. તેની

મર્યાદાઓ કઈ-કઈ છે. ઉપરાંત કૌટુંબિક વાતાવરણમાંથી પણ તેના ખ્યાલને ટેકો આપે તેવા પુરાવા તેને મળી રહેતા હોય છે. કુટુંબમાં તેનું મૂલ્યાંકન પણ તેની શક્તિઓ સાથે અનુરૂપ થતું હોય છે. આ પ્રકારની કૌટુંબિક આંતરક્રિયાને પરિણામે બાળકના મનમાં પોતાના વ્યક્તિત્વ વિશે એક ચોક્કસ ખ્યાલ જન્મે છે. આ ખ્યાલ શરૂઆતમાં જરા અસ્થિર હોય છે. પરંતુ અનુભવો તથા તેનું પુનરાવર્તન વધે તેમ તે ખ્યાલ દઢ થવા લાગે છે. પછી તો તે વ્યક્તિત્વનું એક સ્થાયી લક્ષણ બની જાય છે. આ પ્રકારનો વાસ્તવિક સ્વ-ખ્યાલ તંદુરસ્ત વ્યક્તિત્વની નિશાની છે. <sup>13</sup>

ટી.બી.ના દર્દીઓનું સ્વ-ખ્યાલ તંદુરસ્ત બનાવી પોતાના રોગને કાબુમાં લઈ શકાય છે તેવું સંશોધક માને છે.

### સ્વ-વિશ્લેષણનો ખ્યાલ : (કારેન હોર્ની)

(Concept of Self-Analysis)

હોર્ની પોતાના વ્યક્તિત્વ-સિધ્ધાંતની સમજૂતીમાં એક મૂળભૂત સવાલ એ ઉભો કરે છે કે જ્યારે કોઈપણ પ્રકારની મનોપચાર પદ્ધતિ અને મનોવિજ્ઞાનના નિયમો અસ્તિત્વમાં નહોતા ત્યારે લોકો તેમના મનોવૈજ્ઞાનિક પ્રશ્નોનો ઉકલ કઈ રીતે લાવતા હતા ? દરેક માણસને માટે જીવનમાં જ્યારે સમાયોજનની સમસ્યા ઉપસ્થિત થાય ત્યારે દરેક વખતે તેની પાસે કોઈ મનોપચારક કે મનોચિકિત્સક હાજર હોઈ શકતો નથી. આ પ્રસંગે વ્યક્તિએ જાતે જ પોતાના સમગ્ર વર્તન અને પરિસ્થિતિનું એક વખત વિહંગાવલોકન કરીને તે શું કરે તો નવી પરિસ્થિતિને અનુકૂળ થઈ શકે તે શોધવા-તપાસવાનો પ્રયત્ન કરવાનો રહે છે. હોર્નીની દષ્ટિએ આ એક પ્રકારનું 'સ્વ-વિશ્લેષણ' છે.

ટૂંકમાં હોની અહીં એમ બતાવવા માગે છે કે વ્યક્તિ પાસે જો પોતાનું સાચું વિશ્લેષણ હોય તો તેનો ઉપયોગ કરીને પોતાને અનુકૂળ આવે તેવું કાર્યક્ષેત્ર પસંદ કરી શકે છે. આમ હોનીની દષ્ટિએ સ્વ-વિશ્લેષણની પ્રક્રિયા વાતાવરણ સાથે સમાયોજન સ્થાપવામાં અત્યંત આવશ્યક એવી અગત્યની પ્રક્રિયા છે. તેથી વ્યક્તિ જો પોતાની જાતને બરાબર સમજી શકે તો તે પોતાને અનુકૂળ એવું કાર્યક્ષેત્ર પસંદ કરી શકે છે. અને એ રીતે વધારે સારું સમાયોજન સાધી શકે છે. <sup>14</sup>

### **સ્વ-વાસ્તવીકરણનો ખ્યાલ : (કર્ટ ગોલ્ડસ્ટીન)**

**(Self Actyalization) :**

સ્વ-વાસ્તવીકરણ એટલે વ્યક્તિત્વની સુષુપ્ત શક્તિઓને જાગૃત કરીને તેમનો આવિષ્કાર કરવાની પ્રક્રિયા. આ ખ્યાલમાં ગોલ્ડસ્ટીન બે મુદ્દા ઉપર ભાર મૂકે છે. દરેક વ્યક્તિમાં સુષુપ્ત શક્તિઓ રહેલી હોય છે. જોકે તેનું પ્રમાણ દરેક વ્યક્તિમાં સરખું ન હોઈ શકે. પરંતુ જે કોઈ સુષુપ્ત શક્તિ વ્યક્તિમાં રહેલી હોય તેને જાગૃત કરીને આત્મવ્યક્ત કરવાની પ્રક્રિયા વ્યક્તિત્વની સમજૂતીને માટે એક અગત્યની પ્રક્રિયા છે. વ્યક્તિત્વ એક બંધ પેટી છે. તેમાં શું રહેલું છે તેનો ખ્યાલ જ્યાં સુધી તેને ખોલીને તેમાં રહેલી શક્તિઓ બહાર લાવવામાં ન આવે ત્યાં સુધી મળતો નથી. તેથી વ્યક્તિત્વને સાચા સ્વરૂપમાં સમજવું હોય તો સ્વ-વાસ્તવીકરણની પ્રક્રિયા જરૂરી છે. <sup>15</sup>

### **સ્વ-વાસ્તવીકરણનો ખ્યાલ : (અબ્રાહમ મેસ્લો)**

**(The concept of actualization)**

સ્વ-વાસ્તવીકરણનો ખ્યાલ મેસ્લોના વ્યક્તિત્વ-સિધ્ધાંતનો કેન્દ્રવર્તી

ખ્યાલ છે. એક રીતે કહીએ તો મેસ્લોનો સમગ્ર વ્યક્તિત્વ-સિદ્ધાંત સ્વ-વાસ્તવીકરણના ખ્યાલ ઉપર રચાયેલો છે. સ્વ-વાસ્તવીકરણ એટલે વ્યક્તિત્વમાં રહેલી વિવિધ પ્રકારની સુષુપ્ત શક્તિઓને વાસ્તવમાં યોગ્ય સ્વરૂપ આપીને તેને અભિવ્યક્ત કરવાની પ્રક્રિયા. મેસ્લોની દૃષ્ટિએ આ પ્રક્રિયા સર્વવ્યાપી છે. મેસ્લોની દૃષ્ટિએ આ પ્રક્રિયા સર્વવ્યાપી છે. મેસ્લોની દૃષ્ટિએ સ્વ-વાસ્તવીકરણ એ વ્યક્તિની સુષુપ્ત શક્તિઓનું જાગૃતીકરણ છે.

મેસ્લો આ સ્વ-વાસ્તવીકરણના ખ્યાલની વધારે સ્પષ્ટતા માટે વ્યક્તિમાં કઈ જરૂરીયાતો રહેલી છે. તેનો વિકાસ કેવી રીતે થાય છે. તે સમજાવવાનો પ્રયત્ન કરે છે. <sup>16</sup>

મેસ્લોની વિચારસરણીમાં જરૂરીયાતોનો ક્રમ પાંચ વિભાગમાં આપેલો છે.

- (1) શારીરિક જરૂરીયાત
- (2) સલામતીની જરૂરીયાત
- (3) પ્રેમની જરૂરીયાત
- (4) પ્રતિષ્ઠાની જરૂરીયાત
- (5) આત્મસાક્ષાત્કારની જરૂરીયાત

આત્મવિશ્લેષણને સમજવા માટે આત્મસાક્ષાત્કારનો ખ્યાલ સમજવો જરૂરી છે. આથી જ "આત્મા" નો ખ્યાલ પણ સ્વીકારવો જરૂરી છે.

મનોવિજ્ઞાનનાં એક પરિબળ તરીકે "સ્વ" નો ખ્યાલ શરૂઆતમાં બાળકનાં વ્યક્તિત્વના વિકાસમાં અગત્યનો ભાગ ભજવે છે. કોઈપણ બાળક

પોતાના વિષેનો ખ્યાલ પોતાના વાતાવરણ સાથેની આંતરક્રિયામાંથી મેળવે છે.

- ઉદાહરણો :** (1) કવિએ ખરેખર સુખી થવું હોય તો કવિતા રચવી જોઈએ.  
(2) ચિત્રકારે સાચું સુખ મેળવવું હોય તો ચિત્રો દોરવા જોઈએ.

તેવી જ રીતે ટી.બી.ના દર્દીઓએ પોતાના વ્યવસાયને અનુરૂપ તેમની જીવનશૈલી છે કે કેમ ? તે વિચારવું જોઈએ.

મેસ્લો કહે છે કે માણસ જે બની શકે તે તેણે બનવું જોઈએ. આત્મસાક્ષાત્કારમાં અભિપ્સા હોય છે. સ્વયંપૂર્તિની આવી જરૂરીયાત વ્યક્તિ વ્યક્તિએ જુદી-જુદી હોય છે. જે વ્યક્તિના વ્યવસાયમાં જોવા મળે છે. ટી.બી.ના દર્દીઓમાં આત્મવિશ્લેષણના પ્રાપ્તાંકોને આધારે નિર્ણયો કરી શકાય.

### **ફૂલીનો મત : દર્પણ સિધ્ધાંત**

(Looking glass Theory)

કુટુંબ તથા સમાજની અન્ય વ્યક્તિઓ બાળકને જે રીતે જુએ છે તે ઉપરથી બાળકનો પોતાના વિષે ખ્યાલ બંધાય છે. ફૂલીના વિચારને દર્પણનો સિધ્ધાંત (Looking glass Theory) કહેવામાં આવે છે. હિન્દીમાં કહ્યું છે કે "મુખડા દેખ દર્પનમે" – દશરથ રાજાએ સભામાં જાતા પહેલા દર્પણમાં પોતાના સફેદ વાળને જોઈને ગાદી ઉપર રામનો રાજ્યાભિષેક કરવાનું વિચાર્યું હતું.

આમ વ્યક્તિ પોતાની જાતને માટે કેવો ખ્યાલ બાંધે છે. તથા અન્ય લોકો માટે કેવાં ખ્યાલ કરે છે તેના ઉપર આધારિત કેટલીક પધ્ધતિઓ દ્વારા વ્યક્તિત્વના મૂલ્યાંકનના પ્રયત્નો ઘણા થયા છે. પોતાનું તથા અન્યનું વર્તન વ્યક્તિને પોતાને કેવું લાગે છે તે મનોવિજ્ઞાનનો વિષય છે. તેમાં વ્યક્તિ પોતાને માટેનો ખ્યાલ કે

અભિપ્રાય તેના વર્તનને સમજવામાં ઘણો જ ઉપયોગી બને છે. તે દ્વારા વ્યક્તિ પોતાનો સ્વીકાર કેટલાં પ્રમાણમાં કરે છે તે પણ જાણી શકાય છે.

આત્મવિશ્લેષણની સંશોધનિકાઓમાં પણ "સ્વ" માટેનો ખ્યાલ છતો થાય છે. લેવિન્જરે પોતાના તથા અન્ય લોકોનાં સંશોધન પરથી માહિતી ભેગી કરીને વ્યક્તિત્વના આ અંશને વ્યક્તિની પોતાને માટે ખ્યાલ બાંધવાની ક્ષમતા તરીકે ઘટાવ્યો છે.

લેવિન્જરના મત પ્રમાણે ઉંમર, બુદ્ધિ, શિક્ષણ અને સામાજિક-આર્થિક કક્ષાના વિકાસ સાથે "સ્વ" ખ્યાલ વિકાસ પામે છે. ઉંમર વધવાની સાથે સ્વનો ખ્યાલ વૈવિધ્યવાળો અને વાસ્તવિકતાવાળો બનતો જાય છે.

લેવિન્જરની દલીલ એવી પણ છે કે આત્મસાક્ષાત્કાર એ સીધી લીટીએ વિકાસ પામતો નથી પરંતુ વલયાકારે વિકાસ પામે છે. પરંતુ સંશોધક માને છે કે આત્મસાક્ષાત્કારનો તાત્વિક અર્થ જુદો છે. અહીં તેનો અર્થ આત્મવિશ્લેષણના રૂપમાં સજવો.

આમ, સંશોધકનો પ્રયત્ન ટી.બી.ના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણનું માપન કરીને અન્ય પરિવર્ત્યો સાથે તેનો સંબંધ તપાસવાનો હોવાથી આ પ્રશ્નાવલી પસંદ કરેલ છે. આત્મવિશ્લેષણની ઉપર્યુક્ત સમજૂતી દર્શાવે છે કે T.B. ના દર્દીઓમાં "આત્મવિશ્લેષણ" કરવાની વૃત્તિ વધારવા માટે આ અભ્યાસ ઉપયોગી થશે. પ્રસ્તુત અભ્યાસમાં પ્રમાણિત કરેલી આત્મવિશ્લેષણની પ્રશ્નાવલી દ્વારા દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણને માપવાનો પ્રયત્ન કરેલ છે. આંકડાશાસ્ત્રીય પ્રયુક્તિ દ્વારા T.B. ના દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના પરિણામોને હતાશા અને મૃત્યુચિંતાના પ્રમાણ સાથે સરખાવવા પ્રયત્ન કરેલો છે.

## 1.5 હતાશાની સમજૂતી :

### હતાશા એટલે શું ?

હંસરાજ ભાટિયા હતાશા વિષે લખતાં જણાવે છે કે, "માનવજીવનનો અર્થ ભૌતિક અને સામાજિક બાબતો સાથે અવિરત સમાયોજન સાધવાનો છે, પરંતુ માનવજીવનનું એક સર્વસાધારણ તથ્ય એ છે કે સમાયોજન સરળતાથી સિદ્ધ થતું નથી. તેમાં અનેક વિક્ષેપો કે બાધાઓ માઠી અસર પહોંચાડે છે. જેથી હતાશાની મનોદશા જન્મે છે. લેહનર અને ક્યુબ પણ જણાવે છે કે કોઈપણ કારણસર આપણી જરૂરીયાત સંતોષના કાર્યમાં સમસ્યા—ઉકેલની ક્રિયામાં રૂકાવટ જન્મે છે. ત્યારે આપણે હતાશાની લાગણી અનુભવીએ છીએ, જે આપણા રોજબરોજના વ્યવહારમાં વિક્ષેપ પહોંચાડે છે. અને જવાબદારી વહન કરવામાં અસમર્થ બનાવે છે. હતાશા વ્યક્તિને હતપ્રભ બનાવે છે અને બોદ્ધિક રીતે નિર્ણય લેવામાં ખલેલ પહોંચાડે છે. જો લાંબા સમય સુધી આપણે હતાશાના ભોગ બનીને બેઠા રહીએ અને તેમાંથી ઉગરવાનો કોઈ સફળ પ્રયત્ન ન કરીએ તેમાંથી બહાર આવવા માટે આપણે અશક્ત બનીએ તો જીવન વિકાસના દરેક તબક્કે સમસ્યાઓ અને સંઘર્ષો જન્મે છે.

હતાશાનું પ્રમાણ વધતા શરીરના આંતરિક અવયવો—અંગો—ઉપાંગોને વધુ ઘસારો પહોંચે છે. પરિણામે કેટલીક વ્યક્તિઓ T.B. ના રોગનો ભોગ બને છે આથી હતાશાની મનોવૈજ્ઞાનિક સમજ નીચે પ્રમાણે ધ્યાનમાં લીધી છે.

### હતાશાનો અર્થ :

#### The Meaning of Frustration

"હતાશા" શબ્દનો ઉપયોગ કરવો સહેલો છે. પરંતુ તેનો નિશ્ચિત અર્થ કરવો મુશ્કેલ છે. કારણ કે હતાશા શબ્દ અનેક અર્થમાં છૂટથી વપરાય છે.



માનવ જીવનનું મુખ્ય ચાલક પરિબલ જરૂરીયાત કે પ્રેરણાઓ છે. માનવી હંમેશા પોતાની જરૂરીયાતો સંતોષવા પ્રયત્નો કરે છે. તેની કેટલીક જરૂરીયાતો, પ્રેરણાઓ, ઈચ્છાઓ કે મહત્વાકાંક્ષાઓ અવરોધો આવવાના પરિણામે પરિપૂર્ણ થતી નથી. આ જરૂરીયાતોનાં સંતોષમાં પ્રાપ્ત થતી નિષ્ફળતાને લીધે માનસિક તંગદિલી જન્મે છે. તેને હતાશા કહે છે. જરૂરિયાત સંતોષમાં અધિક વિલંબ પણ હતાશા ઉત્પન્ન કરે છે.

મનોવૈજ્ઞાનિકો અને સામાન્ય માણસો હતાશા શબ્દનો વિવિધ રીતે ઉપયોગ કરે છે. બ્રિટ અને જેનસ (1940) ના જણાવ્યા મુજબ હતાશા શબ્દનો મુખ્યત્વે ત્રણ રીતે ઉપયોગ થતો જોવા મળે છે.

- (1) હતાશા એક ઘટના તરીકે
- (2) હતાશા એક માનસિક સ્થિતિ તરીકે
- (3) હતાશા પ્રત્યેના પ્રતિભાવો <sup>17</sup>

### હતાશાની વ્યાખ્યાઓ :

#### **Definition of Frustration :**

"હતાશા" શબ્દ વિવિધ અર્થોમાં વપરાય છે. આ બધા અર્થોને ધ્યાનમાં રાખી હતાશાની વિવિધ વ્યાખ્યાઓ આ પ્રમાણે આપી શકાય.

#### **(1) જેમ્સ કોલમેન :**

"હતાશા એ નિષ્ફળતાજન્ય માનસિક અવસ્થા છે."

#### **(2) લેહનર અને ક્યુબ :**

"આપણા પ્રયત્નોમાં અવરોધ ઉત્પન્ન થવાથી આપણે જરૂરિયાત સંતોષી શકતા નથી ત્યારે આપણે હતાશાની લાગણી અનુભવીએ છીએ."

(3) **કચ અને કચફિલ્ડ :**

"જ્યારે ધ્યેય પ્રત્યેની પ્રગતિ સ્થગિત થઈ જાય છે. અને અંતર્નિહિત તનાવ છૂટો પડતો નથી ત્યારે એવી માનસિક સ્થિતિને આપણે હતાશા કહીએ છીએ."

(4) **હોરસ બી. ઈંગ્લિશ નો મત :**

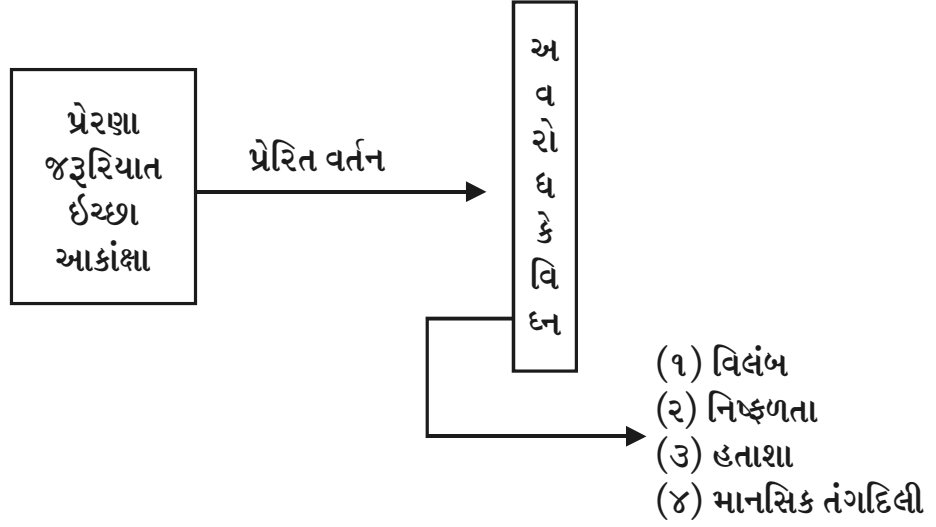
"આપણું અગત્યનું કર્તવ્ય બાળકોને હતાશા પરત્વે રચનાત્મક પ્રતિક્રિયા આપવાની રીતો શીખવવાનું છે."

(5) "હતાશા એ કોઈ જરૂરિયાત તૃપ્તિ કે લક્ષ્યપ્રેરિત વર્તનના અવરોધ કે વિધનની સ્થિતિ છે. કેટલીકવાર અવરોધ કે વિધનને લીધે ઉદ્ભવેલી તંગ માનસિક સ્થિતિ કે ટેવરૂપ વર્તનને પણ હતાશા કહે છે."

(6) **સી.ટી. મોર્ગન :-** "જ્યારે વ્યક્તિ પોતાની કોઈપણ પ્રેરણા અપેક્ષિત સમય અવધિમાં સંતોષી શકે નહિ ત્યારે તે હતાશા બને છે."

(7) **ડોલાર્ડ :-** "હતાશા માત્ર અમુક પ્રકારના અવરોધને લીધે ઉત્પન્ન થાય છે."

(8) **ગેરેટ :-** "હતાશા શબ્દ પ્રેરણા, સંઘર્ષ અને પ્રેરણા તૃપ્તિમાં અવરોધ એમ બંનેના પરિણામ રૂપ વ્યક્તિ અને વિમુખ માનસિક અવસ્થાનો નિર્દેશ કરે છે."



ઉપરની આકૃતિમાં વ્યક્તિની જરૂરિયાતો કે ઈચ્છાઓ (Needs) ના માર્ગમાં કેટલીક વાર અવરોધ (Obstacle, Barrier) કે વિધન Thwarting આવે છે ત્યારે તેની જરૂરિયાત તૃપ્તિમાં વિલંબ પડે છે અથવા તો તે વખતે વ્યક્તિ વંચિત (Perive) છે ત્યારે તેનામાં હતાશા (Frustration) ઉદ્ભવે છે. બીજી રીતે કહીએ તો વ્યક્તિની જરૂરિયાત કે ઈચ્છાની અતૃપ્તિ કે લક્ષ્ય પ્રાપ્તિની નિષ્ફળતા (Failure) વ્યક્તિના જીવનને ઘેરી હતાશાથી ઘેરી લે છે.

આમ માનવીની કોઈ જરૂરિયાત કે ઈચ્છા તૃપ્તિનાં સાધનો લઈ લેવાય, ઝૂંટવાઈ જાય કે અપ્રાપ્ય બની રહે ત્યારે તેનામાં વંચિતતા ઉદ્ભવે છે. ઈંગ્લિશ એચ.બી. (English Horce B) જણાવે છે કે "જરૂરિયાત તૃપ્તિનાં સાધનો લઈ લેવાય ત્યારે તેને વંચિતતા કહે છે અને જ્યારે જરૂરિયાત તૃપ્તિ અવરોધાય છે ત્યારે તેને હતાશા કહે છે.

Deprivation when the means to need satisfaction are taken away, and frustration when need satisfaction is blocked.

## હતાશાનો મુકાબલો કઈ રીતે થઈ શકે ? :

**How to decope with frustration ? :**

વ્યક્તિની બધી ઈચ્છાઓ કે જરૂરિયાતો પરિપૂર્ણ થઈ શકતી નથી, તેથી તેણે હતાશાનો મુકાબલો કરતાં શીખવું પડે એ જરૂરી છે.

વ્યક્તિ હતાશ બને ત્યારે તે સામાન્ય રીતે હતાશાના કારણને કે અવરોધોને દૂર કરવા મથે છે. પ્રાયોગિક સંશોધનો પણ એ દર્શાવે છે કે હતાશાના પ્રસંગે હતાશાના કારણનો કે અવરોધનો સીધો સામનો કરવો (To make frontal attack on the cause) એ એક સ્વાભાવિક બાબત છે.

હતાશાનો સામનો કરવામાં નીચેના સૂચનો ઉપયોગી બની રહેશે :

(1) **સતત પ્રયાસો ચાલુ રાખવા**

Keep on trying

(2) **અધિક પ્રયાસો કરવા**

Increased Efforts

(3) **આત્મવિશ્વાસ વધારવો**

Increasing self confidence

(4) **વાસ્તવિકતાને ગણતરીમાં લેવી**

To consider reality

(5) **પુનઃ વિચારણા કરવી**

Re-interpretation

(6) **અવેજરૂપ પ્રવૃત્તિઓ**

Substitute activities

ઉપર પ્રમાણે હતાશાની સમજૂતી એ હતાશાનો સામનો કરવાના સૂચનો દ્વારા સામાન્ય જીવનમાં હતાશાના આવા અનેક પ્રસંગોને વ્યક્તિ સુધારી શકે છે. ટી.બી.ના દર્દીઓને વેઠવી પડતી હતાશાઓનો સામનો કરવા માટે ઉપરના સૂચનો દ્વારા 'ડોટ્સ' પદ્ધતિમાં મુક્ત મને ચર્ચા કરી તેના રોગને સુધારવાના પ્રયત્નો કરવામાં આવે છે.

હતાશાની સમજૂતી મેળવ્યા બાદ મૃત્યુચિંતાની સમજૂતી નીચે પ્રમાણે આપી શકાય.

## 1.6 મૃત્યુચિંતાની સમજૂતી :

### ચિંતા એટલે શું ?

વિશ્વનો પ્રત્યેક માણસ એક યા બીજા પ્રકારની ચિંતા સેવે છે. ચિંતા એ માનવીય વર્તનના અલગ અલગ પાંસાઓ પર પોતાનો પ્રભાવ પાડે છે. જો ચિંતા તેની મર્યાદાની અંદર હોય તો તે એક ગતિ પ્રેરક ભાવ તરીકે કામ કરે છે. પરંતુ તે તેની હદ વટાવે છે ત્યારે વ્યક્તિના કાર્યમાં તે અડચણરૂપ બને છે. અને તેનાથી વ્યક્તિત્વને પણ નુકશાન થાય છે.

ચિંતાને અંગ્રેજીમાં "Anxiety" કહે છે જે મૂળ લેટિન ભાષાનો

"Angustys" ઉપરથી ઉતરી આવ્યો છે જેનો શાબ્દિક અર્થ ગુંગળામણ અથવા સંકડામણ થાય છે.

રોજંદા જીવનમાં વારંવાર વપરાતા આ શબ્દ ચિંતાની કોઈ સર્વ સામાન્ય અને સર્વસ્વીકૃત વ્યાખ્યા આપવાનું કાર્ય મુશ્કેલ છે. રેન્ડમ બી. કેટલ અને સ્કેહરી એ ઘટક વિશ્લેષણ પદ્ધતિ દ્વારા અભ્યાસો કરીને 800 એવા ઘટકોને મનોવૈજ્ઞાનિકો ચિંતાના સૂચક તરીકે વર્ણવે છે. આથી સ્પષ્ટ છે કે સર્વ ઘટકોને એક સાથે સાંકળીને ચિંતાની સર્વસ્વીકૃત ચોક્કસ વ્યાખ્યા આપવાનું કાર્ય મુશ્કેલ બને છે.

1950 માં અમેરીકન સાયકોપેથોલોજીકલ એસોશીએશન એ નીચેના ઉપક્રમે યોજેલ પરિસંવાદમાં રજૂ થયેલ નીચેનું વક્તવ્ય ચિંતાની વ્યાખ્યામાં રહેલા મતભેદોને વ્યક્ત કરે છે.

આ કથન ઉપરથી એક બાબત સ્પષ્ટ થાય છે કે ભલે મનોવૈજ્ઞાનિકો એ ચિંતા અંગે અનેક અભ્યાસો કર્યા હોય છતાં ચિંતાની સર્વસામાન્ય અને સર્વસ્વીકૃત વ્યાખ્યા આપી શક્યા નથી.

### ચિંતાની વ્યાખ્યાઓ :

જુદા-જુદા મનોવૈજ્ઞાનિકો એ આપેલી ચિંતાની કેટલીક વ્યાખ્યાઓ નીચે પ્રમાણે છે.

#### (1) ડો. સીગ્મંડ ફ્રોઈડ :

કે જેણે સૌ પ્રથમ ચિંતાના ખ્યાલને મનોવિશ્લેષણાત્મક સિધ્ધાંતના

સંદર્ભમાં સમજાવવાનો પ્રયત્ન કર્યો તેણે ચિંતાનો અર્થ આ રીતે કર્યો.

"something felt an unpleasant affective state of conditon"

આમ, બિન આનંદદાયક અનુભવોની સ્થિતિને ફોઈડ ચિંતા તરીકે ઓળખાવે છે.

(2) **માર્ટીન નો મત :**

"માર્ટીનના મતે ચિંતાની વ્યાખ્યા જટીલ પ્રતિક્રિયાઓની ભાત અને આંતરિક કે બાહ્ય ઉદ્દીપકથી તેનો ઉદ્ભવ થયો હોય તે ઉદ્દીપકથી ખ્યાલાત્મક અને કાર્યાત્મક રીતે ભેદ દર્શાવી શકાય તેના સંદર્ભમાં આપવી જોઈએ.

(3) **સલ્લીવાન :**

"આંતરવૈયકિતક સંબંધોની નિષ્ફળતાનાં અનુભવમાંથી ઉદ્ભવતી તાણની બિનઆનંદદાયક સ્થિતિ એટલે ચિંતા"

(4) **કોલમેન :**

"ચિંતા અત્યંત અસ્પષ્ટ અને મુક્ત રીતે તર્યા કરતી હોય તેવી હોય છે. તે જેમ સરળતાથી જાણી શકાતી નથી તેમ પકડીને દૂર પણ કરી શકાતી નથી. તેના જન્મ અને હેતુથી વ્યકિત પોતે બિનવાકેફ હોય છે."

(5) **બેસ્વીટ એ ચિંતાની વ્યાખ્યા નિચે મુજબ આપી.**

"The Consious and reportable experience of intense

dread and foraboding, conceptualiged as internally deriued and unrelated to external threat."bvgrfr54

તીવ્ર ભય અંગે કંઈક ખરાબ બનવાની આગાહી કે જે વ્યક્તિની પ્રેરણાઓમાંથી ઉદ્ભવે છે. બાહ્ય ધમકી સાથે અસંભવિત હોય છે. તેનો સભાન અને વર્ણવી શકાય તેવો અનુભવ.

(6) રીસ :

જીવનમાં સુખદ અને તંગદિલીવાળા કુસમાયોજનોમાંથી ચિંતાનાં સતત લક્ષણો જોવા મળે છે આ મુશ્કેલીઓને દૂર કરવાના પ્રયત્ન તરીકે તે વારંવાર પ્રતિક્રિયાઓ દ્વારા વ્યક્ત થાય છે. <sup>18</sup>

મૃત્યુચિંતા એટલે શું ?

દરેક માનવીને મૃત્યુચિંતાનો ભય લાગે છે. જેના વિષે તેને કંઈપણ જાણકારી ના હોય અને જે સંપૂર્ણ રહસ્યમય હોય. દરેક યુવાનને પોતાના ભવિષ્યની કારકીર્દીની ચિંતા હોય છે. દરેક વ્યક્તિને સમાજમાં માન-મોભા સાથે આર્થિક રીતે સાધન-સંપન્ન થઈને કેમ રહેવું તેની ચિંતા હોય છે. દરેક પ્રકારના રોગીને પોતાના રોગને કારણે મૃત્યુની ચિંતા સતાવતી હોય છે. જેમકે પ્રથમ વખત હાર્ટએટેક આવેલ હોય તેવા દર્દી પોતાને મૃત્યુથી તદ્દન નજીક સમજે છે. તેને સતત મૃત્યુની ચિંતા થયા કરતી હોય છે. મૃત્યુની ચિંતા માત્ર રોગીઓ, વૃદ્ધો ને જ સતાવે છે એવું નથી પણ સમગ્ર માનવજાતિ અબાલવૃદ્ધ બધાને સતાવે છે. જે ખરેખર અકારણ છે. મૃત્યુ એ સંપૂર્ણ રહસ્યમય ઘટના છે. લોકો એ નથી જાણતા કે મૃત્યુ પછી માણસનું શું થાય છે એને લીધે દરેકને મૃત્યુનો ડર સતાવે છે. એ ડરના પડછાયા હેઠળ રહીને માનવી આ



જીવન પણ સુખપૂર્વક જીવી શકતો નથી.

શ્રીમદ્ ભગવદ્ ગીતામાં એક શ્લોક છે :

જાતસ્ય હિ ધ્રુવો મૃત્યુધ્રુવં જન્મ મૃતસ્ય ચ ।  
તસ્માદપરિહાર્યેઽર્થ ન ત્વં શોચિતુમર્હસિ ॥ 19

કેમકે જન્મેલાનું મૃત્યુ નક્કી છે અને મરેલાનો જન્મ નક્કી છે. માટે ટાળવાને અશક્ય આ વિષયમાં તુ શોક કરવાને યોગ્ય નથી. મૃત્યુ શરીરનું થાય છે.

ઉપર્યુક્ત શ્રીમદ્ ભગવદ્ ગીતાના શ્લોકમાં ભગવાન શ્રીકૃષ્ણ અર્જુનને નિમિત્ત બનાવીને સમગ્ર માનવજાતિને સંબોધીને કહે છે કે, જન્મેલાનું મરણ નક્કી છે અને મરેલાનો જન્મ નક્કી છે. આ નિયમને કોઈ ટાળી શકે તેમ નથી, માટે આ વિષયમાં તું શોક કરવાને યોગ્ય નથી. પ્રત્યેક જન્મેલાનું મૃત્યુ અનિવાર્ય છે. તો પછી તે અંગેની ચિંતા અકારણ વ્યર્થ છે. આ બાબતના કેટલાક ઉદાહરણો આપણે તપાસીએ.

### ઉદાહરણ :

એક દિવસ જ્યારે તથાગત બુદ્ધ પ્રવચન કરી રહ્યા હતા, ત્યારે એક સ્ત્રી રડતી રડતી એમની પાસે ગઈ અને એમના પગમાં પડીને એણે પોતાના મૃત્યુ પામેલા બાળકને પુનર્જીવિત કરવાની ભીખ માંગી.

ભગવાન બુદ્ધ મૃતકને જીવનદાન આપવા તૈયાર થયા પરંતુ એ માટે એમણે તે સ્ત્રી સમક્ષ એક શરત મૂકી. શરત એ હતી કે તે સ્ત્રી ગામમાં જઈને કોઈ એવા એક ઘરમાંથી રાઈના થોડા દાણા લઈ આવે કે જે ઘરમાં ક્યારેય કોઈ

વ્યક્તિનું મૃત્યુ થયું ન હોય. અનેક ઘરોમાં ગયા પછી તે સ્ત્રી પણ સમજી ગઈ કે એવું એક પણ ઘર નથી જ્યાં કદી કોઈનું મરણ ન થયું હોય.

ટૂંકમાં એ કે જેટલો જૂનો ઈતિહાસ મનુષ્યના જીવનનો છે, એટલો જ પુરાણો ઈતિહાસ એના મૃત્યુનો છે. દરેક યુગમાં, પ્રત્યેક માણસને યાહે પછી તે કેટલોય ધનવાન, બુદ્ધિશાળી અને પરાક્રમી કેમ ના હોય, કાળના ગ્રાસ બનવું પડે છે. જે વસ્તુનું નિર્માણ થયું છે, એનો વિનાશ પૂર્વનિશ્ચિત છે.

'મહાભારત' નાં એક પ્રસંગમાં એક યક્ષ, રાજા યુધિષ્ઠિરને એક પ્રશ્ન પુછે છે : "ધર્મરાજ, તમારા જીવનમાં તમે એવી કઈ વાત જોઈ છે કે જે સૌથી વધુ આશ્ચર્યકારક હોય?" એનો ઉત્તર આપતાં ધર્મરાજ યુધિષ્ઠિર કહે છે : "પ્રત્યેક મનુષ્યને ખબર છે કે આદિકાળથી લઈને અનંતકાળ સુધી કોઈપણ જીવન માણી શક્યું નથી, તે છતાં એની બધી પ્રવૃત્તિ એ દર્શાવે છે જાણે હંમેશા માટે પૃથ્વી પર તે જીવિત રહેવાનો ન હોય ! એનાથી વધુ આશ્ચર્યકારક વાત બીજી કઈ હોય શકે ?"

ઉપર્યુકત દષ્ટાંત હજારો વર્ષ પહેલાનું છે. પરંતુ આજના માનવીની વિચારધારામાં પણ તસુભરનું અંતર નથી આવ્યું. હજી સુધી મનુષ્ય પૈસો કમાવા, મકાન-દુકાન બનાવવા વગેરે વગેરેમાં એટલો વ્યસ્ત છે કે તેને બે ઘડીની ફુરસદ નથી કે શાંતિથી બેસીને 'જીવન'ના વિષયમાં એ થોડો વિચાર કરે.

આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતાની સમજૂતી મેળવ્યા બાદ ક્ષય રોગ (T.B.) વિષે નીચે પ્રમાણે સમજૂતી આપી શકાય.

## 1.7 ક્ષયરોગ (T.B.) એટલે શું ?

### ક્ષયરોગની વિસ્તૃત માહિતી

ક્ષય એ એક સંક્રામક (ચેપી) વ્યાધિ છે. આ રોગ માણસ જાતિ માટે કંઈ નવો નથી. 5000 ઉપરાંત વર્ષોથી તે માનવજાતિમાં પ્રસરતો રહ્યો છે. પ્રાગૈતિહાસિક માનવીનાં હાડપિંજરોમાં ક્ષયરોગનાં ચિહ્નો જોવા મળ્યા છે. ઋગ્વેદમાં તેનો 'યક્ષ્ય' તરીકે ઉલ્લેખ છે. ઈજિપ્તના પ્રાચીન મમીઓમાં કરોડરજજુના મણકાનો ક્ષય હોવાની નિશાનીઓ મળી છે. દક્ષિણ અમેરિકાના પેરુ પ્રદેશમાંથી મળી આવેલા એક હાડપિંજરમાં પણ પ્રાથમિક અવસ્થાના ક્ષયનો પુરાવો પુરાતત્ત્વવિદોને હાથ લાગ્યો છે. આ હાડપિંજરના અવશેષ કોલ્મ્બસે અમેરિકા ખંડ શોધ્યો તે પહેલાંના કાળનો હોવાનું મનાય છે. ક્ષયના રોગે બેસુમાર લોકોનો જાન લીધો છે. ઈ.સ. 1900 માં જોવા મળેલા ક્ષયના સૌથી દારુણ ઉપદ્રવમાં લગભગ 21 લાખ લોકોએ પોતાનો જાન ગુમાવેલો. એવું કહેવાય છે કે બન્ને વિશ્વયુદ્ધોમાં જેટલા લોકો મરણને શરણ થયા છે એનાથી અધિક જાનહાનિ એકમાત્ર ક્ષયના વ્યાધિને કારણે દુનિયામાં થઈ છે. 1881 થી 1921 ના 40 વર્ષના ગાળામાં 180 લાખ લોકો ક્ષયના ભોગ બનીને મૃત્યુ પામ્યાનો અંદાજ છે. અમેરિકામાં 1900 ની સાલથી અત્યારસુધીમાં 50 લાખ લોકો ક્ષયને કારણે મૃત્યુ પામ્યાનો અંદાજ છે. ઈ.સ. 1940 ના વર્ષ સુધી માનવજાતિ પાસે આ રોગની સારવાર માટે કોઈ દવા નહોતી. એટલે ફક્ત આરામ, તાજી હવા અને પોષ્ટિક આહાર દ્વારા ક્ષયના રોગીની સારવાર કરવામાં આવતી. આ ઉપરાંત અમુક શસ્ત્રક્રિયાનો આશરો પણ લેવામાં આવતો પરંતુ આ સદીના ચોથા દાયકા પછી ક્ષયની સારવારમાં સ્ટ્રેપ્ટોમાઈસિન અને અન્ય અકસીર દવાઓની શોધ થઈ તેના પગલે આ રોગ ઉપર સંપૂર્ણ નિયંત્રણ મેળવવા માટેની માનવીની લડાઈના મંડાણ થયા.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાના એક અહેવાલ મુજબ 1995 માં સમગ્ર વિશ્વમાં ક્ષયને કારણે 30 લાખ લોકો મરણને શરણ થયેલાં છે. ક્ષયના ઈતિહાસમાં આ મૃત્યુઆંક સૌથી ઊંચો માનવામાં આવે છે. (WHO) ના મતે આગામી 50 વર્ષોમાં વિશ્વભરમાં અડધો અબજ લોકો ક્ષયના રોગી બનશે. આ બીમારીમાં સૌથી મુશ્કેલ પરિસ્થિતિ એ પેદા થઈ કે રોગના જીવાણુઓ ક્ષયની દવાઓ સામે પ્રતિકારક શક્તિ દ્વારા રક્ષણ મેળવી ચુક્યા છે. હાલમાં વિશ્વમાં ક્ષયનો જે ઉપદ્રવ જોવા મળે છે તે "બહુ-ઔષધ પ્રતિકારક ક્ષય" કહેવામાં આવે છે. આને કારણે રોગનું નિયંત્રણ વિશ્વસ્તરે ઘણું મુશ્કેલ બન્યું છે.

આથી જ વેદમાં તે ક્ષયને "રોગોનો રાજા" કહેવામાં આવ્યો છે. ઈ.સ. પૂર્વે છઠ્ઠી સદીમાં ચરક અને સુશ્રુતનાં લખાણોમાં પણ જે રોગનો સંદર્ભ જોવા મળે છે અને આધુનિક તબીબી વિજ્ઞાન તેને "માનવમૃત્યુના કપ્તાન" તરીકે ઓળખે છે. એવા ક્ષય રોગને ઓળખવો આપણા માટે જરૂરી છે.

### ક્ષય શાનાથી થાય છે ?

ક્ષય એ એક ચેપી વ્યાધિ છે. તે અમુક પ્રકારના સૂક્ષ્મ જીવાણુઓથી લાગુ પડે છે. આ રોગનાં જીવાણુઓની શોધ રોબર્ટ કોક (1843-1910) નામના એક જર્મન તબીબે ઈ.સ. 1882 માં કરી હતી. આથી ક્ષયના રોગનો ઉલ્લેખ ઘણીવાર કોકના વ્યાધિ તરીકે પણ કરવામાં આવે છે. ક્ષય પેદા કરનારા સૂક્ષ્મ જીવાણુઓ માઈકોબેક્ટેરિયમ ટ્યુબરક્યુલોસિસ અથવા ક્ષયના દંડાણુઓ (ટ્યુબરકલ બેસિલી) તરીકે ઓળખાય છે. ક્ષયના જીવાણુઓ બે પ્રકારના છે :

- (1) માનવોને અસર કરતાં (હ્યુમન)
- (2) પ્રાણીઓને અસર કરતાં (બોવાઈન)

માનવોમાં જોવા મળતાં ક્ષયના મોટા ભાગના કિસ્સાઓ ક્ષયના માનવીય જીવાણુઓને આભારી છે. દૂધના શુદ્ધિકરણ માટે પાશ્ચુરાઈઝેશન પ્રક્રિયાની શરૂઆત થયા પછી બોવાઈન પ્રકારનો ક્ષય માણસોમાં જોવા મળતો નથી. ક્ષયનાં જીવાણુઓનાં મુખ્ય બે ઉદ્ભવ સ્થાનો છે :

- (1) ક્ષયનો ચેપ ધરાવતા દર્દીઓ
- (2) પ્રાણીઓ

જે દર્દીના ગળફામાં ક્ષયનાં જીવાણુઓ નીકળતાં હોય તેમને "સ્પ્યૂટમ પોઝિટિવ કેસ" કહેવામાં આવે છે. આવા દર્દીઓ ક્ષયની યોગ્ય સારવાર ન મેળવતા હોય તો ખુલ્લામાં થૂંકેલા એમના ગળફામાં રહેલાં ક્ષયના જીવાણુઓ હવાના માધ્યમ દ્વારા તંદુરસ્ત વ્યક્તિઓને તેનો ચેપ લાગીને પણ ક્ષયનો દર્દી બને છે.

### ક્ષયનો ફેલાવો :

ક્ષયનો ચેપ હવા દ્વારા ફેલાય છે. ગળફામાં ક્ષયનાં જીવાણુઓ ધરાવતો દર્દી ગમે ત્યાં થૂંકે અથવા મોઢું ઢાંક્યા વગર ખુલ્લા મોઢે ખાંસી ખાય તેનાથી રોગના જીવાણુઓ હવાના સૂક્ષ્મ રજકણોને વળગે છે. દર્દીને નીકળતા પ્રત્યેક એક મિલીલિટર ગળફામાં લગભગ 5000 થી 100000 જેટલાં જીવાણુઓ હોય છે. દર્દીને આવતી પ્રત્યેક ખાંસી પણ લગભગ 20000 થી 40000 જેટલાં જીવાણુઓને હવામાં ફેંકે છે. માટે હવા ઉજાસનો અભાવ હોય તેવાં સ્થાનોમાં પણ ક્ષયનો ચેપ ઝડપથી ફેલાય છે.

ક્ષયનો ચેપ દર્દીએ મોંએ લગાડેલાં પ્યાલા, વાટકી કે કપ દ્વારા કોઈપણ સંજોગોમાં ફેલાતો નથી. આથી દર્દીના વાસણો અલગ રાખવાની કે જંતુરહિત

કરવાની આવશ્યકતા નથી. ક્ષયનો રોગ દર્દીના સ્પર્શ દ્વારા પણ ફેલાતો નથી.

### ક્ષયનો જીવાણુ વૃદ્ધિકાળ :

ક્ષયના જીવાણુઓ શરીરમાં દાખલ થયા પછી રોગના પ્રથમ ચિહ્નનો જણાય તે વચ્ચેના સમયગાળાને ક્ષયનો જીવાણુવૃદ્ધિકાળ / ઈનોક્યુલેશન પિરિયડ કહે છે. દરેક સંક્રમક વ્યાધિને પોતાનો નિશ્ચિત જીવાણુવૃદ્ધિકાળ હોય છે. પણ ક્ષયનો જીવાણુવૃદ્ધિકાળ અનિશ્ચિત છે. તે અમુક અઠવાડિયાંઓ કે મહિનાઓથી માંડીને વર્ષો જેટલો પણ હોય છે.

### વિશ્વસ્તરે ક્ષયની સમસ્યા :

રોબર્ટ કોકે ક્ષયનાં જીવાણુઓની શોધ કરી તેને એક સૈકા કરતા વધારે સમય વીતી ગયો છે. પાંચ દાયકા જેટલા સમયથી ક્ષયની સારવાર માટે અકસીર દવાઓ ઉપલબ્ધ છે. અને ક્ષયને નિવારનારી, અટકાવનારી, બી.સી.જી. નામની રસી પણ શોધાઈ છે. આમ આ રોગને સંપૂર્ણપણે મટાડી શકાય તેમજ નિવારી શકાય તેવી સંભાવના ધરાવે છે. તેમ છતાં વિશ્વસ્તરે આ રોગ જાહેર સ્વાસ્થ્યની મુખ્ય સમાસ્યાઓ પૈકી એક બની રહ્યો છે. સમગ્ર વિશ્વમાં ક્ષય રોગથી પીડાતા લોકોની સંખ્યા લગભગ દોઢ થી બે કરોડ જેટલી હોવાનો અંદાજ છે. તેમાં દર વર્ષે 40 થી 50 લાખ જેટલા નવા દર્દીઓનો ઉમેરો થતો જાય છે.

વિશ્વભરમાં દર વર્ષે ક્ષયના કારણે 30 લાખ જેટલા મૃત્યુ થાય છે. વિશ્વમાં દર પંદર સેકન્ડે કોઈને કોઈ સ્થળે ક્ષયનો શિકાર બનેલી એક વ્યક્તિ મૃત્યુ પામે છે. ઈ.સ. 1882 થી અત્યાર સુધીમાં આ રોગને કારણે 20 કરોડ લોકો મરણને શરણ થયા હોવાનો અંદાજ છે. <sup>20</sup>

સમગ્ર વિશ્વમાં નોંધાતા ક્ષયના કુલ દર્દીઓમાંથી 75 ટકા જેટલા દર્દીઓ

વિકાસશીલ અને ગરીબ રાષ્ટ્રના નાગરિકો છે.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાએ નક્કી કરેલાં ધોરણો અનુસાર વિશ્વના કોઈપણ રાષ્ટ્રે હજુ સુધી આ રોગને પૂર્ણપણે નાથવામાં સફળતા પ્રાપ્ત કરી નથી. વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાના એક અહેવાલ મુજબ વીસમી સદીના પૂરી થતા દાયકા દરમિયાન સમગ્ર વિશ્વમાં ક્ષયના 9 કરોડ જેટલા નવા દર્દીઓ પેદા થશે અને ત્રણ કરોડ ઉપરાંત માનવમૃત્યુ નોંધાશે.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાના અહેવાલ મુજબ ક્ષય અને એઈડ્ઝનો મિશ્ર ચેપ ધરાવતા લોકોની સંખ્યા સમગ્ર વિશ્વમાં હાલમાં લગભગ 50 લાખ જેટલી છે.

સમગ્ર વિશ્વમાં ચેપી રોગોને કારણે થતાં મહિલા મૃત્યુમાં ક્ષય સૌથી મોખરાનું સ્થાન ધરાવે છે. આ વ્યાધિને કારણે વિશ્વમાં પ્રતિ વર્ષ આશરે 10 લાખ જેટલી મહિલાઓ મૃત્યુનો ભોગ બને છે. એટલે કે દરરોજ 2700 જેટલી મહિલા આ ક્ષયને કારણે યમદ્વારે પહોંચે છે !

તાત્પર્ય એટલું કે ક્ષયની સમસ્યા વિશ્વવ્યાપી છે. કોઈપણ વ્યક્તિ તેના ભયથી મુક્ત નથી. આ રોગ કોઈપણ વય, જાતિ, આર્થિક સ્તર કે લિંગની વ્યક્તિને અસર કરી શકે છે. ક્ષયનો દર્દી સરેરાશ 41 વ્યક્તિઓને પોતાનો ચેપ આપી શકે છે.

### **ભારતમાં ક્ષયની સમસ્યા :**

આપણા દેશમાં જાહેર આરોગ્યની દૃષ્ટિએ ક્ષયનો રોગ મહત્વની સમસ્યા છે. રાષ્ટ્રીય સ્તરે ક્ષયની સમસ્યાને લગતા વિશ્વાસપાત્ર આંકડાઓ આપણે ત્યાં

મળવા મુશ્કેલ છે. કેમકે સારવાર લેતા તમામ દર્દીઓની નોંધણી થતી નથી. ભારતમાં ક્ષયની સમસ્યા નક્કી કરવા માટે કેટલીક ઉડતી મોજણીઓ કરવામાં આવી છે.

આવા સર્વેક્ષણોથી આપણા દેશની ક્ષયની સમસ્યા ઉપર જે પ્રકાશ પડ્યો છે તે નીચે મુજબ છે.

### 1. ક્ષયના ચેપ ધરાવતા લોકોનું પ્રમાણ :

સામાન્ય વસ્તીમાં ક્ષયનો નજીવો કે મોટો ચેપ ધરાવતી વ્યક્તિઓની સંખ્યા લગભગ ત્રીસ ટકા જેટલી હોવાનું જણાયું છે. આ દષ્ટિએ દેશના ક્ષય રોગીઓની લગભગ ત્રીજા ભાગની વસતિ ક્ષયનો નાનો મોટો ચેપ ધરાવે છે. પુરૂષોમાં ક્ષયના ચેપનું પ્રમાણ 35% અને મહિલાઓમાં 30% જેટલું છે.

### 2. ક્ષયના રોગનું પ્રમાણ :

આપણા દેશમાં ક્ષયના દર્દીઓની સંખ્યા લગભગ 1.27 કરોડ જેટલી છે. જેમાં દર વર્ષે એક નવો દર્દી ઉમેરાય છે. પુખ્તવયના લોકોમાં ક્ષયના ચેપ અને રોગનું પ્રમાણ વધારે જોવા મળે છે. પુરૂષોમાં 45 થી 54 વર્ષની ઉંમરે તેનું પ્રમાણ ઉંચું છે. જ્યારે સ્ત્રીઓમાં 35 વર્ષ કરતા નાની વયે ક્ષયનું ઊંચું પ્રમાણ જોવા મળે છે. ગ્રામીણ, અર્ધ-શહેરી અને શહેરી વિસ્તારોમાં ક્ષયના વ્યાપમાં ખાસ તફાવત જોવા મળતો નથી.

આપણા દેશમાં ક્ષયથી થતાં મૃત્યુનું પ્રમાણ ક્રમશઃ ઘટતું નોંધાયું છે. ઈ.સ. 1921 માં દર એક લાખની વસ્તિએ આ આંક 400 જેટલો હતો, તે ઘટીને 1950-51 માં 200 જેટલો થયો, 1964 માં 100 જેટલો થયો અને



હાલમાં 60 થી 80 જેટલો જ અંદાજાય છે. હાલ દર વર્ષે લગભગ ૫ લાખ વ્યક્તિઓ ક્ષયની બિમારીને કારણે મૃત્યુનો ભોગ બને છે. <sup>21</sup>

### **ક્ષયનાં ચિહ્નો (લક્ષણો) :**

- ત્રણ અઠવાડિયા કરતાં વધુ સમયથી ખાંસી આવતી હોય...
  - સાંજે ઝીણો તાવ આવતો હોય ...
  - ખોરાક પ્રત્યે અરૂચી થતી હોય ...
  - વજનમાં ઘટાડો થતો હોય ...
  - ગળફામાં લોહી પડતું હોય તો ...
- ક્ષય હોઈ શકે – તાત્કાલીક તપાસ કરાવવી.

### **ક્ષયના પ્રકારો :**

માનવ શરીરમાં ક્ષયના અનેક પ્રકારો હોઈ શકે. મુખ્ય પ્રકારો આ પ્રમાણે છે.

- (1) શરીરના અવયવોનો ક્ષય
- (2) લસિકાગ્રંથિઓનો ક્ષય
- (3) કરોડના મણકાનો ક્ષય
- (4) ગર્ભનલિકાઓનો ક્ષય
- (5) મગજનો ક્ષય
- (6) કંઠનો ક્ષય
- (7) ચામડીનો ક્ષય
- (8) સમગ્ર શરીરમાં વ્યાપેલો ક્ષય
- (9) ફેફસાંનો ક્ષય (Pulmonary tuberculosis)

### ક્ષયનું નિદાન :-

વેળાસર નિદાન અને યોગ્ય સારવારથી ક્ષય સંપૂર્ણપણે મટી શકે છે. ક્ષયના નિદાન માટે નીચેના પરીક્ષણો ઉપયોગમાં લેવામાં આવે છે.

- (1) સૂક્ષ્મદર્શકચંત્ર વડે ગળફાની તપાસ
- (2) ફેફસાનો એક્સ-રે
- (3) મોન્ટ્રૂ ટેસ્ટ (શરીરમાં લાગુ પડેલા ક્ષયના ચેપનું નિદાન)
- (4) આ ઉપરાંત, શરીરના કોઈ ભાગમાં ક્ષયના કારણે પાણી ભરાયેલું હોય તો સોય દ્વારા બહાર કાઢીને તેનું લેબોરેટરીમાં પરીક્ષણ કરીને ક્ષયના નિદાનની ખાતરી કરી શકાય છે.

### ક્ષય વિરોધી રસી :-

આ રસી બી.સી.જી. ના નામથી ઓળખાય છે. રસીના અંગ્રેજી નામ (Bacille Calmette Guerin) ઉપરથી ક્ષય વિરોધી રસીનું આ ટૂંકાક્ષરી નામ આપવામાં આવેલું છે. આ રસીની શોધ કામેટ અને ગુઈરિન નામના બે ફ્રેન્ચ વૈજ્ઞાનિકોએ ઈ.સ. 1921 માં કરી હતી. બી.સી.જી. ની રસીમાં ક્ષયના વિશિષ્ટ પ્રક્રિયાયુક્ત જીવંત જીવાણુઓનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે.

આપણા દેશમાં ક્ષયનાં જીવાણુઓની "ડેનિસ-1331" નામથી ઓળખાતી પ્રજાતિ ક્ષય વિરોધી રસી તૈયાર કરવામાં વપરાય છે.

### ક્ષયની વિશિષ્ટ સારવાર પદ્ધતિ : 'ડોટ્સ'

કોઈપણ વ્યક્તિને થયેલો ક્ષય સંપૂર્ણપણે મટે એ માટે તે નિયમિતપણે દવાઓ લે તેની ખાતરી કરવી આવશ્યક છે. જો દર્દીને તબીબના સીધા નિરીક્ષણ હેઠળ ક્ષય વિરોધી દવાઓ આપવામાં આવે તો જ આવી ખાતરી થઈ શકે. આ

માટે વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થાએ વિશિષ્ટ સારવાર પદ્ધતિની ભલામણ કરી છે. જે, 'સીધા નિરીક્ષણ હેઠળ આપવામાં આવતી ટૂંકાગાળાની સારવાર પદ્ધતિ – "Directly observed treatment, short course" અથવા ટૂંકમાં "DOTS" તરીકે ઓળખાય છે. આમાં ક્ષયના દર્દીઓને આરોગ્ય કાર્યકર્તાઓ પોતાની હાજરીમાં સીધા નિરીક્ષણ હેઠળ ક્ષયની દવાઓ લેવાનો આગ્રહ રાખે છે. આ દવાઓ ચોક્કસ સંયોજનમાં ખૂબ જ ટૂંકાગાળા માટે એટલે કે છ માસ સુધી આપવામાં આવે છે. આનાથી રોગ અસરકારક રીતે કાબુમાં આવે છે. વિશ્વનાં અનેક રાષ્ટ્રોએ ડોટ્સનો સફળ પ્રયોગ કર્યો છે. આપણા દેશમાં પણ હાલમાં દિલ્હી, ગુજરાત અને મહારાષ્ટ્રમાં પ્રાયોગિક ધોરણે ડોટ્સની પદ્ધતિનાં પરીક્ષણ થઈ રહ્યા છે. વિશ્વભરમાં ક્ષયનો ફેલાવો અને તેનાથી થતાં મૃત્યુનું પ્રમાણ ઘટાડવામાં ડોટ્સ મહત્વપૂર્ણ સાબિત થશે.

## 1.8 અધ્યયનની સમસ્યા :-

### સમસ્યા એટલે શું ? (સ્વરૂપ)

**ટાઉડ સેન :** ટાઉડ સેનના શબ્દોમાં સમસ્યા એક એવું પ્રશ્નવાચક કથન છે કે, જે એક સમસ્યાના સમાધાન માટે પ્રસ્થાપિત કરવામાં આવે છે. <sup>22</sup>

**કરલીંગર :** કરલીંગર સમસ્યાના સ્વરૂપને સ્પષ્ટ કરતાં લખે છે કે "સમસ્યા એક એવું પ્રશ્નવાચક વાક્ય અથવા કથન છે, જેનાથી એ જાણકારી મેળવવાનો પ્રયાસ કરાય છે કે બે અથવા બેથી વધારે પરિવર્ત્યો વચ્ચે કેવા પ્રકારનો સંબંધ જોવા મળે છે." <sup>23</sup>

ઉપરની વ્યાખ્યાઓને આધારે સમજાવતા કહી શકાય કે સતત વિકાસ પામતા આ યુગમાં જેટલી સગવડો છે તેટલી જ સમસ્યાઓ છે. એ સમસ્યાની

વચ્ચે માણસ સતત માનસિક તણાવમાં જીવન જીવે છે. રોગો પણ એટલા વધ્યા છે અને ઔષધિઓ પણ એટલી જ શોધવામાં આવી છે. આજની મોટા ભાગની બિમારી પાછળ જેટલા શારીરિક કારણો રહેલા છે તેટલા જ માનસિક કારણો પણ રહેલા હોય છે. એ માનસિક કારણોને દૂર કરવા માટે દવાઓની સાથોસાથ માનસોપચારની પણ જરૂર પડે છે. અને ઘણીવાર તો આપણા આશ્ચર્ય વચ્ચે માત્ર માનસોપચાર દ્વારા શારીરિક રોગની ફરિયાદ કરનારાઓ સાજા થઈ જતા હોય છે. લોકોની માનસિક તણાવ ઓછી થાય દર્દીનું દર્દ ઓછું થાય તે માટે વાતાવરણ હળવું બનાવવું જોઈએ. ઘણીવાર માત્ર એક વ્યક્તિની મુસ્કાન માણસને જીવાડી દે છે. એકવાર એક ભાઈએ જીવનથી થાકી, કંટાળી, હારીને આત્મહત્યા કરવાનું વિચાર્યું તેણે વિચાર્યું કે હવે જીવવામાં જરાય મજા નથી. એટલે હું આત્મહત્યા કરીશ. તેણે ઉંચા પર્વત પરથી નીચે પડતું મૂકી મરી જવાનું નક્કી કર્યું. સાથે સાથે એ પણ નક્કી કર્યું કે જ્યારે તે આત્મહત્યા કરવા માટે ઉંચા પર્વત પર જતો હશે ત્યારે તેને રસ્તામાં લોકો સામે મળે તેમાંથી કોઈ એક વ્યક્તિ પણ જો તેની સામે હસશે તો તે આત્મહત્યા નહીં કરે.

આ પ્રસંગ પરથી ખ્યાલ આવે છે કે વ્યક્તિને તેના આસપાસના વાતાવરણની અને લોકોની કેટલી ખેવના છે. વ્યક્તિના પોતાના વલણો પર ઘણાબધા પરિબળોની અસર થાય છે.

ક્ષય (ટી.બી.) ના દર્દીને પણ પોતાના દર્દ વિશે પોતાના કુટુંબના સભ્યો પરિવાર અને સમાજના લોકો સહાનુભૂતિ દર્શાવે, લાગણી, વિચારોનું આદાન-પ્રદાન કરે તેવી અંતરની અભિલાષા હોય છે.

માટે જ સર વિલિયમ ઓસ્લર કહે છે કે 'ક્ષય' એ તો જાગતો જીવતો પ્રશ્ન છે. જીવન જ જીવનના કોયડા ઉકેલી શકે, પ્રયોગશાળાના અનેકવિધ

અખતરાઓથી નહિં પરંતુ ક્ષય સાથે સંકળાયેલ જનસમાજની રહેણીકરણી અને આહારવિહાર એ બધા જ જીવતા પ્રશ્નોનાં ખંતપૂર્વકના અભ્યાસથી જ આપણે ક્ષય રોગનાં અટપટા પ્રશ્નોને સમજી શકીએ. દર્દીઓના ઘરનું વાતાવરણ તેમની રહેવાની રીત, તેમનાં ઘરની સ્થિતિ, તેમની જરૂરીયાતો અને જીવલેણ ઉપાધિઓ, તેમની ટેવો અને સ્વભાવ કઈ જાતની હવામાં તે રહે છે ? કઈ જાતનો ખોરાક તે ખાય છે ? તેને આરામ મળે છે કે નહિ ? તેમની આવક કેટલી છે ? આ અને આવા બીજા અનેક જીવંત પ્રશ્નોના તલસ્પર્શી અભ્યાસ ઉપર જ ક્ષયના ફેલાવાનો અને અટકાવના પ્રશ્નો નિર્ભર છે ?

"The cure for Tuberculosis is a question of nutrition."

- Sir William Osler

વળી કેટલાંક સંશોધનોની સમીક્ષાના આધારે સંશોધક માને છે કે આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા પરસ્પર આધારિત પરિવર્ત્યો તરીકે ઉપસી આવ્યા છે. આ પરિવર્ત્યો પર અમુક વ્યક્તિગત પરિવર્ત્યોની અસર થાય છે. આથી પ્રસ્તુત બાબતોનો અમુક સંશોધનના કેન્દ્રબિંદુમાં રાખીને પ્રસ્તુત મહાનિબંધની સમસ્યા નીચે મુજબ છે.

પ્રસ્તુત અભ્યાસના શિર્ષકને અનુરૂપ સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના ટી.બી.ના દર્દીઓને પસંદ કરી સમસ્યા ઘડી છે.

**"A PSYCHOLOGICAL STUDY OF SELF ANALYSIS, FRUSTRATION AND DEATH ANXIETY OF T.B. PATIENTS OF T.B. HOSPITAL OF SAURASHTRA"**

સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના ટી.બી.ના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતાનો મનોવૈજ્ઞાનિક અભ્યાસમાં ટી.બી.ના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા વચ્ચે કેવા પ્રકારનો સંબંધ છે ? કેટલા પ્રમાણ છે ? દર્દીઓના વ્યક્તિગત સામાજિક પરિવર્ત્યો તેના આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતાને કેવી અને કેટલાં પ્રમાણમાં અસર કરે છે ? તે પરિબળોનો અભ્યાસ કરવાનો પ્રયાસ પ્રસ્તુત સંશોધનમાં કરવામાં આવ્યો છે.

### 1.9 અધ્યયન ના હેતુઓ :-

દરેક સંશોધનને પોતાના ચોક્કસ હેતુઓ હોય છે. પરંતુ સંશોધનનો મુખ્ય હેતુ વૈજ્ઞાનિક પદ્ધતિના ઉપયોગ દ્વારા પ્રશ્નોના ઉત્તરો શોધવાનો છે. તેનો મુખ્ય હેતુ સત્ય શોધવાનો છે. જે છુપાયેલું છે, ગુપ્ત છે, રહસ્ય છે, જેના વિષે લોકોને કંઈજ ખબર નથી તેને શોધવાનો, તેનાથી લોકોને સુજાણ કરાવવાનો છે. આ બાબતને ધ્યાનમાં રાખીને પ્રસ્તુત અધ્યયનના હેતુઓ નીચે મુજબ નક્કી કરવામાં આવ્યા છે.

- (1) ટી.બી.ના દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણની તપાસ કરવી.
- (2) ટી.બી.ના દર્દીઓની હતાશાની તપાસ કરવી.
- (3) ટી.બી.ના દર્દીની મૃત્યુચિંતાની તપાસ કરવી.
- (4) ટી.બી.ના દર્દીના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશાનો સહસંબંધ તપાસવો.

- (5) ટી.બી.ના દર્દીઓના હતાશા અને મૃત્યુચિંતાનો સહસંબંધ તપાસવો.
- (6) ટી.બી.ના દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને મૃત્યુચિંતાનો સહસંબંધ તપાસવો.
- (7) જાતિ, ઉંમર, શિક્ષણ, દામ્પત્યજીવન, કુટુંબની આર્થિક સ્થિતિ, કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા, માસિક આવક, રોગની અવધિ, ઉપચાર પદ્ધતિ, વેઠેલી હતાશા, સંતાનોના શિક્ષણની સમસ્યા, સંતાનોની વૈવાહિક સમસ્યા, જીવનશૈલીથી સંતોષ, શારીરિક તકલીફ, રહેઠાણ વગેરે પરિવર્ત્યોની અસર આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા, મૃત્યુચિંતા ઉપર શી થાય છે તે જાણવું.
- (08) ટી.બી.ના પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા વચ્ચેની આંતરક્રિયાઓનો અભ્યાસ કરવો.
- (09) ટી.બી.ના સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા વચ્ચેની આંતરક્રિયાઓનો અભ્યાસ કરવો.
- (10) ટી.બી.ના દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા એકબીજા સાથે સંબંધ ધરાવે છે કે કેમ ? તેનો અભ્યાસ.
- (11) ટી.બી.ના દર્દીને આત્મવિશ્લેષણ સુધારવા માટેના સૂચનો કરવા.
- (12) ટી.બી.ના દર્દીની હતાશા સુધારવા માટેના સૂચનો કરવા.

(13) ટી.બી.ના દર્દીઓની મૃત્યુચિંતા દૂર કરવા માટેના સૂચનો કરવા.

## 1.10 અધ્યયનના પરિવર્ત્યો :-

### પરિવર્ત્ય એટલે શું ?

સંશોધન સમસ્યામાં સમાયેલા વિવિધ પરિવર્ત્યોને ઓળખવા અને વ્યાવહારિક વ્યાખ્યાયિત કરવા અને અધ્યયનનું અગત્યનું સોપાન છે. જેમાં મુલ્યની દ્રષ્ટિએ પરિવર્તન કરી શકાય તેવા ઘટકને પરિવર્ત્ય કહે છે. પરિવર્ત્યોની કેટલીક વ્યાખ્યાઓ નીચે પ્રમાણે છે.

**પોસ્ટમેન તથા ઈગન :** "પરિવર્ત્યો એવું લક્ષણ કે ગુણધર્મ છે જેના અનેક પ્રકારના મૂલ્ય હોઈ શકે છે." <sup>24</sup>

**ડી.એમએટો :** "પરિવર્ત્ય એટલે પદાર્થ, વસ્તુ કે જીવંત પ્રાણીનું એવું લક્ષણ જેનું માપન થઈ શકે છે" <sup>25</sup>

**ગેરેટ :** "પરિવર્ત્ય એક એવી વિશેષતા કે ગુણ છે કે જેનામાં માત્રાત્મક તફાવતો સ્પષ્ટ રીતે દેખાઈ આવે છે અને જે કોઈપણ પાસાં પ્રત્યે પરિવર્તનશીલ હોય છે." <sup>26</sup>

પ્રસ્તુત સંશોધનમાં નીચે મુજબના પરિવર્ત્યોનો અભ્યાસ કરેલ છે.

### 1.10.1 સ્વતંત્ર પરિવર્ત્ય :-

સ્વતંત્ર પરિવર્ત્ય એ એક એવું ઘટક છે કે જેને સંશોધક નિરીક્ષણ હેઠળ



ની ઘટના પરનો તેનો સંબંધ નક્કી કરવા માટે પસંદ કરે છે, લાગુ પાડે છે, કે માપે છે. પ્રસ્તુત અધ્યયનના સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યો નીચે પ્રમાણે છે.

- (1) જાતિ
- (2) ઉંમર
- (3) શિક્ષણ
- (4) દામ્પત્ય જીવન
- (5) કુટુંબની આર્થિક સ્થિતિ
- (6) કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા
- (7) માસિક આવક
- (8) રોગની સમય અવધિ
- (9) ઉપચાર કર્ષ પદ્ધતિથી થાય છે ?
- (10) વેઠેલી ઉતાશાનું પ્રમાણ
- (11) સંતાનોના શિક્ષણની સમસ્યા
- (12) સંતાનોની વૈવાહિક સમસ્યા
- (13) તમારી જીવનશૈલીથી તમને કેટલો સંતોષ છે ?
- (14) તમને કોઈ શારીરિક તકલીફ છે ?
- (15) તમને તમારા રહેઠાણનો કચવાટ રહે છે ?
- (16) મૃત્યુચિંતાનું પ્રમાણ

### 1.10.2 પરતંત્ર પરિવર્ત્ય :-

પરતંત્ર પરિવર્ત્યો એ એવું ઘટક છે કે જેનું સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યોની અસર તપાસવા માટે નિરીક્ષણ કરવામાં આવે છે અને માપવામાં આવે છે. પ્રસ્તુત અધ્યયનના પરતંત્ર પરિવર્ત્યો ત્રણ છે.

- (1) આત્મવિશ્લેષણાંક
- (2) હતાશાંક
- (3) મૃત્યુચિંતાંક

### 1.10.3 નિયંત્રિત પરિવર્ત્ય :-

સંશોધન દરમિયાન સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યો ઉપરાંત પરિણામ ઉપર જેની અસર થવાની સંભાવના હોય તેને નિયંત્રિત કરવા પડે છે. આથી તેને નિયંત્રિત પરિવર્ત્યો કહેવાય છે. સંશોધક આવા પરિવર્ત્યોને નિયંત્રિત કરીને તેને અસરહીન બનાવે છે. અથવા તો તેની અસર તટસ્થ રહે તેની કાળજી રાખે છે. પ્રસ્તુત સંશોધનનો પરિણામ ઉપર અસર કરે તેવા પરિવર્ત્યો આ પ્રમાણે છે.

1. જાતિ-સ્ત્રી/પુરૂષ, 2. શિક્ષણ, 3. ઉંમર, 4. દામ્પત્ય જીવન વગેરે.

### 1.10.4 આંતરવર્તી પરિવર્ત્ય :-

કેટલાક પરિવર્ત્યોની અસર ધારવી પડે છે. એટલે કે આવા પરિવર્ત્યોની અસર પ્રત્યક્ષ જોઈ શકાતી નથી, માપી શકાતી નથી. પરંતુ પરિવર્ત્યો ઉપર તેની અસર પડે છે તેવી ધારણા કરવામાં આવે છે. જેને આંતરવર્તી પરિવર્ત્ય કહેવામાં આવે છે. પરંતુ, સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યની પરંતુ પરિવર્ત્ય પર થતી અસરમાંથી આવા પરિવર્ત્યોનું અનુમાન કરી શકાય છે. ટી.બી.ના રોગીઓમાં આવા પરિવર્ત્યોનો માત્ર અહિં ઉલ્લેખ કરેલ છે.

1. કૌટુંબિક વાતાવરણ
2. પ્રવર્તમાન સામાજિક પર્યાવરણ

3. પ્રવર્તમાન ધાર્મિક, રાજકિય, આવેગાત્મક, સામાજિક બનાવ.
4. વ્યક્તિત્વ લક્ષણો પ્રગટ કરવાની રીત
5. વિકાસ માટેની અપૂરતી તક
6. કુટુંબ વિષે, સમાજ વિષે, ધર્મ વિષે ચોકકસ ખ્યાલ, રીત, રસમો
7. વિજ્ઞાનની હરણફાળ-પ્રગતિ

### 1.11 અગત્યના પદોની વ્યાખ્યા :-

પ્રસ્તુત સંશોધનમાં ઉપયોગમાં લેવામાં આવેલ અગત્યના પદોની સમજણ નીચે મુજબ આપેલ છે.

- (1) જાતિ : ટી.બી.ના દર્દીઓની માહિતી એકત્રિત કરતી વખતે તેમની જાતિ સ્ત્રી-પુરુષ બંને પ્રકારના દર્દીઓને લીધેલ છે.
- (2) ઉંમર : ટી.બી.ના દર્દીઓની માહિતી એકત્રિત કરતી વખતે તેમની શારીરિક વય 20 થી 35 વર્ષ / 36 થી 50 વર્ષ અને 50 વર્ષ થી વધુ વર્ષના સ્ત્રી-પુરુષોને ત્રણ ઉંમરભેદ પ્રમાણે નિદર્શ તરીકે લીધેલ છે.
- (3) શિક્ષણ : દર્દીઓની શૈક્ષણિક લાયકાત પ્રાથમિક 1 થી 7 / માધ્યમિક 8 થી 10 અને ઉચ્ચતર માધ્યમિક ધોરણ 11 થી 12 સુધીના સ્ત્રી-પુરુષોને ધ્યાનમાં લીધા છે.

(4) **વૈવાહિક દરજ્જો :** દર્દીઓના વૈવાહિક દરજ્જો (દામ્પત્યજીવન)માં પરણિત અને અપરણિત સ્ત્રી-પુરુષો ધ્યાનમાં લીધા છે.

(5) **કુટુંબની આર્થિક**

**પરિસ્થિતિ :**

આ પદને ત્રણ વર્ગમાં વિભાજિત કરેલ છે. જેમકે નિમ્ન, મધ્યમ અને ઉચ્ચ. જે દર્દીઓ ઘરનું મકાન ન ધરાવતા હોય અને નહિવત પ્રમાણમાં ભૌતિક સુખ સગવડોના સાધનો ધરાવતા હોય તેઓને નિમ્ન આર્થિક સ્થિતિના વર્ગમાં સમાવવામાં આવ્યા છે. જે દર્દીઓ ઘરનું નાનું મકાન ધરાવતા હોય અને થોડા ભૌતિક સુખ સગવડના સાધનો ધરાવતા હોય તેમને મધ્યમ આર્થિક સ્થિતિના જૂથમાં સમાવવામાં આવ્યા છે. જે દર્દીઓ ઘરનું મોટું મકાન અને પૂરતા પ્રમાણમાં ભૌતિક સગવડના સાધનો ધરાવતા હોય તેમને ઉચ્ચ આર્થિક સ્થિતિના જૂથમાં સમાવવામાં આવ્યા છે. આ માટે દર્દીને સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યમાં પોતાને લાગુ પડે ત્યાં □ ટીકમાર્ક કરવાનો છે.

(6) **કુટુંબના સભ્યોની**

**સંખ્યા :**

દર્દીના કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યાના પણ બે વર્ગ પાડેલ છે. જેમાં 5 સુધીની સંખ્યાવાળું કુટુંબ અને 5 થી વધુ સભ્ય સંખ્યાવાળું કુટુંબ.

- (7) **માસિક આવક :** જે દર્દી મહીને ખેતી, વેપાર, નોકરી, મજૂરી વગેરેમાં જેટલા રૂપિયા કમાતા હોય તેને માસિક આવક ગણવામાં આવી છે. તેના ત્રણ વર્ગ પાડવામાં આવ્યા છે. રૂા. 3000 થી નીચે, રૂપિયા 3000 થી 6000 અને રૂપિયા 6000 થી વધુ.
- (8) **રોગ કેટલા સમયથી છે :**  
આ પરિવર્ત્યના બે વર્ગ પાડવામાં આવ્યા છે. રોગ 5 વર્ષથી હોય તેવા દર્દીઓ અને રોગ 5 વર્ષથી વધુ સમયથી હોય તેવા દર્દીઓ.
- (9) **ઉપચાર કઈ પધ્ધતિથી ચાલે છે :**  
રોગી પોતાની દવા અને સારવાર કેવી રીતે લ્યે છે તેને ઉપચાર પધ્ધતિ કહેવાય. દર્દી કઈ પધ્ધતિથી સારવાર લે છે. તેમાં ત્રણ પધ્ધતિઓ પસંદ કરેલ છે. એલોપથી, હોમિયોપેથી અને આયુર્વેદિક.
- (10) **વેઠેલી હતાશાનું પ્રમાણ :**  
દર્દીએ પોતે વેઠેલી હતાશા અંગેની તેણે પોતે રજૂ કરેલી માન્યતા. તેને ત્રણ વિભાગમાં વહેંચેલ છે. સાધારણ, સાધારણથી વધુ અને અત્યંત.
- (11) **સંતાનોના શિક્ષણની સમસ્યા :** સંતાનોના શિક્ષણ અંગે ખર્ચ, સારી શિક્ષણ સંસ્થા, સંતાનની અભિયોગ્યતા, અભિરૂચિ વગેરે તેમને વધારે ચિંતા રહે છે કે કેમ ? તે બાબતે

દર્દી પોતાનો "હા" અથવા "ના" માં અભિપ્રાય.

(12) સંતાનોની વૈવાહિક સમસ્યા : સંતાનોના વિવાહ અંગે તેમને વધારે ચિંતા રહે છે કે કેમ ? તે બાબતે દર્દી પોતાનો 'હા' અથવા 'ના' માં અભિપ્રાય.

(13) તમારી જીવનશૈલીથી તમને કેટલો સંતોષ છે ? :

દર્દીની પોતાની જીવન જીવવાની ઢબ એટલે જીવનશૈલી તેનાથી તેને કેટલો સંતોષ છે ? તે અંગેનો દર્દીનો અભિપ્રાય ત્રણ વિકલ્પમાં મેળવેલ છે. જેમકે ઓછો, મધ્યમ અને ખૂબજ.

(14) તમને ટી.બી.ના દર્દ સિવાય બીજી કોઈ શારીરિક તકલીફ છે ?

દર્દીને ટી.બી. સિવાય અન્ય કોઈ શારીરિક તકલીફ લાંબા સમયથી હોય તો તેનો જવાબ 'હા' અથવા 'ના' માં મેળવેલ છે.

(15) તમને તમારા રહેઠાણનો કચવાટ રહે છે ? :

દર્દી જે જગ્યાએ રહેતો હોય તે રહેઠાણ તેને કોઈપણ રીતે ગમતું ન હોય તો તેને રહેઠાણના કચવાટ તરીકે ઓળખાવેલ છે. તેનો જવાબ પણ "હા" અથવા "ના" માં મેળવેલ છે.

ઉપર્યુક્ત સ્વતંત્ર પરિવર્ત્યોને ધ્યાનમાં લઈને પ્રસ્તુત સંશોધનની શૂન્ય ઉત્કલ્પના રચવામાં આવી હતી. આ માટે ઉત્કલ્પનાનો અર્થ, પ્રકારો વગેરેની

સમજૂતી નીચે પ્રમાણે આપી શકાય.

## 1.12 ઉત્કલ્પનાની સમજૂતી :

અધ્યયનની શરૂઆત કરવા માટે વૈજ્ઞાનિકે કોઈ પ્રશ્નરૂપે વિધાન રચવું પડે છે. અને આવા પ્રશ્નને આધારે વૈજ્ઞાનિક સંશોધનનો પ્રારંભ થાય છે. બીજા શબ્દોમાં કહીએ તો અધ્યયનનો હેતુ વૈજ્ઞાનિક પદ્ધતિઓ દ્વારા પ્રશ્નનો ઉત્તર મેળવવાનો છે. આવા વિધાનોને ઉત્કલ્પના અથવા પરિકલ્પના કહેવામાં આવે છે.

કોઈપણ સંશોધનકાર જીવનના ગમે તે પ્રશ્નને સમસ્યા તરીકે સ્વીકારતો નથી. સમસ્યા સામાન્ય રીતે જરૂરિયાતોમાંથી જન્મે છે. જરૂરિયાત એ શોધખોળ ની જનની છે એમ કહેવાય છે. ક્યાં સમસ્યા જન્મે છે, ઉદ્ભવે છે ? આથી સમસ્યાના સંદર્ભમાં સમસ્યાનું પૃથકકરણ કરવાની જરૂર ઉભી થાય છે. સમસ્યા વિશાળ અને સંકુલ હોય તો તેને પેટા વિભાગોમાં વહેંચી સમસ્યાનું ક્ષેત્ર મર્યાદિત કરવું પડે છે.

ઉત્કલ્પના કોઈપણ સમસ્યાને વધુ સચોટ અને સ્પષ્ટ બનાવે છે. સમસ્યા ઉકેલની દિશાઓ આપે છે. સંશોધકને પ્રાપ્ત કરવાની માહિતી અને સમજ આપી તેનું યોગ્ય સંકલન કરે છે. સમસ્યા સાથે કઈ માહિતી સંકળાયેલી છે ? તે ક્યાંથી કેવી રીતે પ્રાપ્ત થઈ શકે વગેરે પ્રશ્નોનાં ઉકેલ ઉત્કલ્પના આપે છે. સમસ્યા ના ઉકેલ માટે, અટકળની સાબિતિ માટે અને શૂન્ય અટકળની પરીક્ષા માટે કેવી માહિતીની જરૂર છે તેનો સાચો અંદાજ અટકળ પરથી આવી શકે.

### 1.12.1 ઉત્કલ્પનાનો અર્થ :-

- (1) "ઉત્કલ્પના એટલે જેની ચકાસણી બાકી હોય તેવું કામ ચલાઉ સામાન્યીકરણ છે જે ચકાસીને સત્યતા નિર્ધારીત કરી શકાય તેવું સાચું ખોટું વિધાન " – વુન્ડ બર્ગ
- (2) "ઉત્કલ્પના એક એવું વિધાન છે જે ચોક્કસપણે સાચુ છે કે ખોટું તે આપણે જાણતા નથી પરંતુ તેની સત્યતા નિર્ધારીત કરવા માટે તેની ચકાસણી કરવાની હોય છે." – બ્લેક

### 1.12.2 ઉત્કલ્પનાનું મૂલ્યાંકન :

રચેલી બે કે બેથી વધુ ઉત્કલ્પનાઓમાંથી વધુ પ્રમાણભૂત અને વિશ્વસનીય ઉત્કલ્પના નક્કી કરવી એટલે ઉત્કલ્પનાનું મૂલ્યાંકન કરવું આ માટે નીચેની બાબતો ધ્યાનમાં રાખવી જોઈએ

- (1) અટકળ પરીક્ષ્ય હોવી જરૂરી છે
- (2) અટકળ સંલગ્ન બાબતને સરળ તાથી સમજાવી શકે તેવી હોય તે જરૂરી છે.
- (3) અટકળ વાસ્તવિક હોવી જરૂરી છે
- (4) અટકળ પર્યાપ્ત હોય તે જરૂરી છે.

જે ઉત્કલ્પના સમસ્યા સાથે વધુ સંગીન હોય અને વધુ તાર્કિક હોય તેનો સ્વીકાર કરવો જોઈએ એવું જ નહિ. ઉત્કલ્પના એવી હોવી જોઈએ જેને કસોટીની એરણ પર ચકાસી શકાય. વૈજ્ઞાનિક અથવા સારી ઉત્કલ્પનાના લક્ષણો નીચે પ્રમાણે છે.



આ લક્ષણો મેકગુલન અને કરલિંગર એ આપેલા છે.

- (1) ઉત્કલ્પના એક અનુમાનિત કથન હોવું જોઈએ  
(The hypothesis should be a conjectural statement)
- (2) ઉત્કલ્પના હકારવાચક અથવા સ્વીકારાત્મક કથન હોવું જોઈએ  
(The hypothesis should be a positive statement)
- (3) ઉત્કલ્પના સમસ્યા સાથે સંબંધિત હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis should be related to problem)
- (4) ઉત્કલ્પના અલ્પવ્યયી (ઓછી ખર્ચાળ) હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis should be parsimonious)
- (5) ઉત્કલ્પનામાં તાર્કિક સરળતા હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis must be testable)
- (6) ઉત્કલ્પના પરીક્ષણીય હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis must be testable)
- (7) ઉત્કલ્પના સ્વીકૃત અથવા અસ્વીકૃત આધીન હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis must be liable to acceptance or rejection)
- (8) ઉત્કલ્પના પ્રમાણાત્મક હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis should be quantifiable)
- (9) ઉત્કલ્પના સામાન્ય રીતે અન્ય ઉત્કલ્પનાઓ સાથે સુસંગત હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis should be in general in harmony with other hypotheses)
- (10) ઉત્કલ્પના કોઈ અભ્યાસ પદ્ધતિને અનુકુળ હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis should be in accordance with some

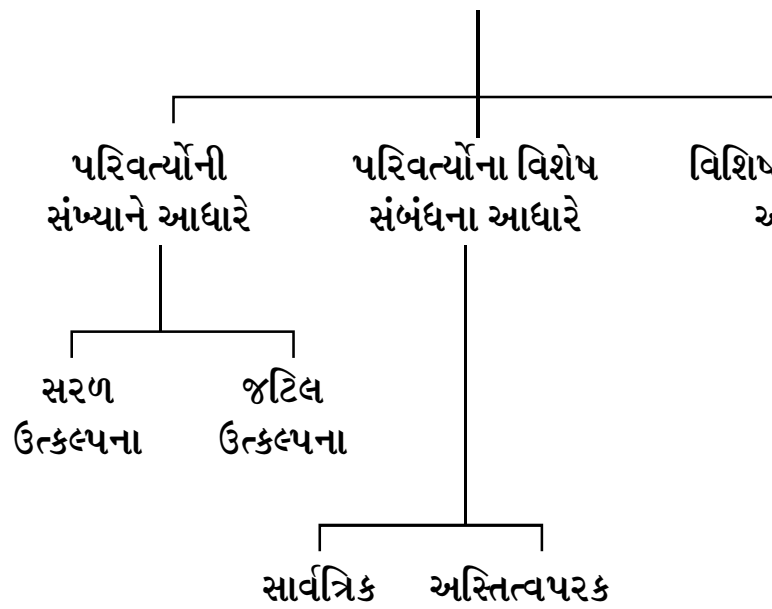
method of study)

- (11) ઉત્કલ્પના કોઈ સ્થાપિત સિદ્ધાંત સાથે સંબંધિત હોવી જોઈએ.  
(The hypothesis should be related to some theory)
- (12) ઉત્કલ્પનામાં વધુ સંખ્યામાં પરિણામો હોવા જોઈએ.  
(The hypothesis should have large number of consequences)
- (13) ઉત્કલ્પના ભવિષ્યવાણી કરવામાં સમર્થ હોવી જોઈએ  
(The hypothesis should be capable of making predictions) <sup>26</sup>

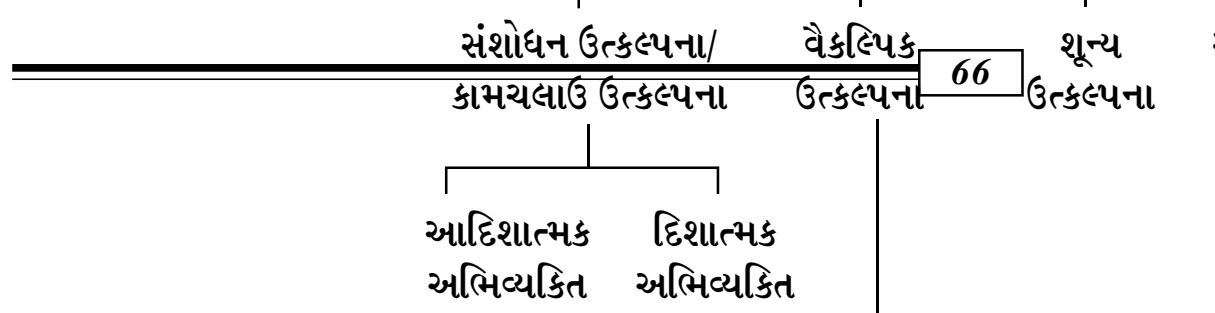
### 1.12.3 ઉત્કલ્પનાના પ્રકારો :

સંસોધન નિષ્ણાંતોએ ઉત્કલ્પનાનું વર્ગીકરણ નીચેના ત્રણ આધારો પ્રમાણે કર્યું છે.

## ઉત્કલ્પનાના પ્રકારો



<sup>27</sup> ઉપરોક્ત પ્રકારોમાંથી સંશોધકે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાને આધારે મેળવેલી માહિતીનું અર્થઘટન કર્યું છે. વ્યક્તિગત માહિતીમાં ઉપયોગમાં લીધેલા સ્વતંત્ર



પરિવર્ત્યોને ધ્યાનમાં લઈને શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓની રચના કરી છે. પછી આંકડાશાસ્ત્રીય પદ્ધતિઓ દ્વારા ચકાસણી કરીને પરિણામોની સાર્થકતાના તારણો કરેલા છે.

આ માટે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાનો અર્થ અને વ્યાખ્યા નીચે પ્રમાણે ધ્યાનમાં લીધા છે.

શૂન્ય ઉત્કલ્પના વૈકલ્પિક ઉત્કલ્પનાની બિલકુલ વિરુદ્ધ હોય છે. તે પરિવર્ત્યોની વચ્ચે "અસર-નહીની ઉત્કલ્પના" (Hypothesis of 'on effect') હોય છે. એટલે કે શૂન્ય ઉત્કલ્પના એવી ઉત્કલ્પના છે જેના દ્વારા આપણે સમૂહો કે પરિવર્ત્યોની વચ્ચે કોઈ તફાવત નહી હોવાનો અથવા સમૂહો કે પરિવર્ત્યોની વચ્ચે કોઈ તફાવત નહી હોવાનો અથવા સમૂહો કે પરિવર્ત્યોની વચ્ચે કોઈ સંબંધ નહી હોવાનો ઉલ્લેખ કરીએ છીએ. આમ, બે મધ્યકો વચ્ચેના તફાવતની સાર્થકતાની ચકાસણી માટે શૂન્ય ઉત્કલ્પના બનાવવામાં આવે છે. Null જર્મન ભાષાનો શબ્દ છે, જેનો અર્થ થાય છે શૂન્ય. શૂન્ય ઉત્કલ્પનાને ટૂંકમાં  $H_0$  કહેવામાં આવે છે. આથી શૂન્ય ઉત્કલ્પનામાં અર્થ એ છે કે બન્ને મધ્યકો વચ્ચે તફાવત (Zero Difference) છે. એટલે કે આસાર્થક તફાવત છે.

**વ્યાખ્યા : રેબર :-** " રેબર ના મત મુજબ "શૂન્ય તફાવત અથવા શૂન્ય સંબંધની ઉત્કલ્પનાને શૂન્ય ઉત્કલ્પના કહેવામાં આવે છે."

આ પ્રકારની ઉત્કલ્પનાની વિશેષતાઓ આ પ્રમાણે છે. (૧) આ ઉત્કલ્પનાની એક મુખ્ય વિશેષતા એ છે કે તે બે મધ્યકો અથવા નિર્દેશોની વચ્ચેના શૂન્ય તફાવતને દર્શાવે છે અને એ જ રીતે બે પરિવર્ત્ય અથવા નિર્દેશોની વચ્ચેના શૂન્ય સંબંધને દર્શાવે છે. (૨) તે આદિશાત્મક હોય છે. (૩) અન્ય

ઉત્કલ્પના કરતા તેની રચના કરવી સરળ હોય છે. જ્યારે કોઈ સંશોધનકર્તા સંશોધન ઉત્કલ્પના અથવા વૈકલ્પિક ઉત્કલ્પના બનાવે છે તો સાથે જ તેની બિલકુલ વિરુદ્ધ રીતે શૂન્ય ઉત્કલ્પના પણ બનાવી લે છે અને તેની ઈચ્છા એ રહે છે કે સંશોધનના પરિણામ દ્વારા શૂન્ય ઉત્કલ્પના અસ્વીકૃત થાય જેથી તે એક વિશ્વાસ સાથે વૈકલ્પિક અથવા સંશોધન ઉત્કલ્પનાને સ્વીકૃત કરીને તે દિશામાં અમુક ચોક્કસ નિષ્કર્ષ પર પહોંચી શકે. દા.ત. "વ્યક્તિ આંતરસૂઝ દ્વારા પ્રયત્ન અને ભુલ કરતા ઝડપથી શીખતો નથી." આ એક શૂન્ય ઉત્કલ્પનાનું ઉદાહરણ થશે. જો સંશોધન પરિણામ દ્વારા એ અસ્વીકૃત થાય છે. તો આપો આપ તેની વિરુદ્ધનું (એટલે કે સંશોધન અથવા વૈકલ્પિક ઉત્કલ્પના) સાચું માની લેવામાં આવે છે, એટલે કે "વ્યક્તિ આંતરસૂઝ દ્વારા પ્રયત્ન અને ભુલ કરતા ઝડપથી શીખે છે." આ કારણે જ શૂન્ય ઉત્કલ્પનાને એક કાલ્પનિક મોડલ માનવામાં આવ્યું છે કારણ કે વાસ્તવિક રીતે તેનું અસ્તિત્વ હોતું જ નથી. <sup>28</sup>

#### 1.12.4 ઉત્કલ્પનાનાં લક્ષણો :

ગુડ અને હટ્ટ ઉત્કલ્પનાનાં લક્ષણો આપ્યા છે.

- (1) ખ્યાલાત્મક સ્પષ્ટતા
- (2) અનુભવજન્ય સંદર્ભ
- (3) ચોક્કસાઈ પૂર્ણ
- (4) ઉપલબ્ધ પ્રયુક્તિઓ સાથે સંબંધિત
- (5) પૂર્વ સ્થાપિત સિદ્ધાંત સાથે સંબંધિત

#### 1.12.5 ઉત્કલ્પનાનાં સ્ત્રોત :

જે ઘટકોમાંથી ઉત્કલ્પનાઓ જન્મે છે તે કે ઉદ્ભવે છે એ ઘટકોને

ઉત્કલ્પનાના સ્ત્રોત તરીકે ઓળખી શકાય. બીજી રીતે ઉત્કલ્પનાનાં ઉદ્ભવક તત્વોને તેના સ્ત્રોત કહેવાય.

**ગુડ અને હટ્ટ આપેલા સ્ત્રોત**

- (1) સામાન્ય સંસ્કૃતિ
- (2) વિજ્ઞાન
- (3) ઉપમા – જુદા જુદા વિજ્ઞાનોની ઘટનાઓ વચ્ચે સામ્ય જોવા મળે છે ત્યારે ઉપમાનો ઉપયોગ થાય છે.
- (4) વિજ્ઞાનીના વ્યક્તિગત અનુભવો

### **1.12.6 ઉત્કલ્પનાના કાર્યો અથવા ઉપયોગિતા :**

- (1) અધ્યયનને માર્ગદર્શન પુરૂ પાડે છે.
- (2) સંશોધકને અનુભવજન્ય ચકાસણી તરફ દોરે છે.
- (3) અધ્યયનનું ક્ષેત્ર નિર્ધારિત કરે છે.
- (4) અધ્યયનની પ્રયુક્તિ નિર્ધારિત કરે છે.
- (5) સિધ્ધાંતની રચનામાં મદદરૂપ થાય છે.
- (6) પ્રસ્થાપિત સિધ્ધાંતની ચકાસણી કરે છે.
- (7) સિધ્ધાંત અને અધ્યયન વચ્ચેની કડી બને છે.

### **1.12.7 ઉત્કલ્પનાની મર્યાદાઓ :-**

- (1) અભ્યાસમાં બે પરિવર્ત્યો વચ્ચેનો સંબંધ અન્ય અભ્યાસોમાં પણ જોવા મળશે કે નહિ તેની કોઈ ખાતરી નથી.

- (2) જે ઉત્કલ્પના કેવળ અભ્યાસના આધારે રચેલી હોય તેવી ઉત્કલ્પનાનો સિદ્ધાંત સાથે કોઈ સંબંધ ઉભો થતો નથી.

### 1.12.8 ઉત્કલ્પનાની મર્યાદાઓનું નિવારણ :-

- (1) જે ઉત્કલ્પના અન્ય શોધોમાંથી ઉદ્ભવે છે તે અમુક અંશે પ્રથમ મર્યાદામાંથી મુક્ત રહે છે.
- (2) જે ઉત્કલ્પના કેવળ અગાઉના અભ્યાસની શોધ પર નહિ પણ વિસ્તૃત સિદ્ધાંત પર રચાયેલી હોય તેવી ઉત્કલ્પના બીજી મર્યાદાઓમાંથી મુક્ત રહે છે.

### 1.13 નિદર્શની પસંદગી :-

પ્રસ્તુત અભ્યાસનો હેતુ સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતાનો મનોવૈજ્ઞાનિક અભ્યાસ કરવાનો છે.

ઉપર્યુક્ત હેતુને ધ્યાનમાં રાખીને સૌરાષ્ટ્રની ચાર ટી.બી. હોસ્પિટલો અમરગઢ (જીથરી), કોઠારીયા, કેશોદ અને જામનગર હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતા ઈનડોર 240 અને આઉટડોર 240 દર્દીઓ એમ કુલ 480 દર્દીઓને નિદર્શ તરીકે સમાવેલ છે.

આ નિદર્શ પાસેથી પ્રશ્નાવલી ભરાવતી વખતે ટી.બી. હોસ્પિટલના ડાયરેક્ટર, ડોક્ટર તેમજ અન્ય સહાયક કર્મચારીની મદદ લીધી છે. પૂર્વ મંજૂરી

લઈને શૈક્ષણિક હેતુને અનુરૂપ પ્રસ્તુત સંશોધનમાં ટી.બી.ના દર્દીઓને રૂબરૂ મળી વ્યક્તિગત રીતે પ્રશ્નાવલી ભરાવેલ છે. જરૂર પડે ત્યારે પ્રશ્નાવલી ભરવાનું માર્ગદર્શન પણ આપેલ છે.

### 1.14 અધ્યયનની ગૂંથણી :-

પ્રસ્તુત સંશોધનના હેતુને ધ્યાનમાં રાખીને ચાર વિભાગમાં વર્ગીકૃત કરેલ છે. પ્રથમ વિભાગમાં વર્ગીકૃત માહિતી પત્રક, બીજા વિભાગમાં ડો. હરકાન્ત બદામી અને ડો. ચારૂલતા બદામી રચિત આત્મવિશ્લેષણની પ્રશ્નાવલી, ત્રીજા વિભાગમાં તિવારી અને ચૌહાણ અને હતાશા માપન પ્રશ્નાવલી અને ચોથા વિભાગમાં ઠાકુર મૃત્યુચિંતા તુલાનો ઉપયોગ કરેલ છે. આ બધી વિગતો ભરાવવા માટે રૂબરૂ મુલાકાત દરમિયાન યોગ્ય સમજૂતી સંશોધકે પૂરી પાડી છે.

### 1.15 પ્રસ્તુત અધ્યયનથી ઉત્કલ્પનાઓ :-

સંશોધનની પ્રક્રિયા દિશા સૂચક બને તે માટે અધ્યયનના હેતુઓને અનુરૂપ પ્રત્યેક પરિવર્ત્યોને ધ્યાનમાં રાખીને 98 શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ રચવામાં આવી હતી. જે નીચે મુજબ છે.

#### 1.15.1 t - કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ :

Ho.01 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.



- Ho.02 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.03 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.04 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.05 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.06 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.07 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.08 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.09 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર

પુરૂષ-સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.10 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.11 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.12 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.13 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.14 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.15 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.16 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ-સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.17 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ-સ્ત્રી

દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.18 કેશોદ ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ-સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.19 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.20 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.21 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.22 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.23 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.24 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.25 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર

પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.26 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.27 જામનગરની સરકારી હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.28 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.29 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.30 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.31 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.32 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

- Ho.33 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.34 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.35 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.36 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ-સ્ત્રી દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.37 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 20 થી 35 વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.38 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 20 થી 35 વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.39 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 20 થી 35 વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરુષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો

વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.40 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 36 થી 50 વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.41 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 36 થી 50 વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.42 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 36 થી 50 વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.43 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 50 થી વધુ વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.44 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 50 થી વધુ વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.45 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલની 50 થી વધુ વર્ષની ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

- Ho.46 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના પ્રાથમિક સુધીનું શિક્ષણ મેળવેલ ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.47 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના પ્રાથમિક સુધીનું શિક્ષણ મેળવેલ ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.48 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના પ્રાથમિક સુધીનું શિક્ષણ મેળવેલ ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.49 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના નિમ્ન આર્થિક સ્થિતિ ધરાવતા ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.50 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના નિમ્ન આર્થિક સ્થિતિ ધરાવતા ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.51 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના નિમ્ન આર્થિક સ્થિતિ ધરાવતા ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.52 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્ટિપલના લગ્ન દરજ્જા પ્રમાણે

પરણિત ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.53 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના લગ્ન દરજ્જા પ્રમાણે પરણિત ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.54 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના લગ્ન દરજ્જા પ્રમાણે પરણિત ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.55 ટી.બી. હોસ્પિટલોના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષો અને સ્ત્રીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.56 ટી.બી. હોસ્પિટલોના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષો અને સ્ત્રીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.57 ટી.બી. હોસ્પિટલોના ઈનડોર અને આઉટડોર પુરૂષો અને સ્ત્રીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.58 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35 અને 36 થી 50 ઉંમર ધરાવતા પુરૂષોના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.59 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35 અને 36 થી 50 ઉંમર ધરાવતા પુરૂષોના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.



- Ho.60 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 36 થી 50 ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.61 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.62 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.63 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.64 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.65 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.66 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરુષોના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.67 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 36 થી 50 ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.
- Ho.68 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 36 થી 50 ઉંમર ધરાવતી

સ્ત્રીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.69 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 36 થી 50 ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.70 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.71 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.72 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 20 થી 35 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.73 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના આત્મવિશ્લેષણના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.74 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના હતાશાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

Ho.75 ટી.બી. હોસ્ટિપલોના 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના મૃત્યુચિંતાના મધ્યકો વચ્ચે સાર્થક તફાવત નથી.

**1.15.2 F – કસોટી એકમાર્ગીય વિચરણ પૃથ્થકરણ પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ**

- Ho.76 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35, 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના આત્મવિશ્લેષણના પ્રાપ્તાંકો વચ્ચે કોઈ સંલગ્નતા જોવા મળતી નથી.
- Ho.77 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35, 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના હતાશાના પ્રાપ્તાંકો વચ્ચે કોઈ સંલગ્નતા જોવા મળતી નથી.
- Ho.78 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35, 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતી સ્ત્રીઓના મૃત્યુચિંતાના પ્રાપ્તાંકો વચ્ચે કોઈ સંલગ્નતા જોવા મળતી નથી.
- Ho.79 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35, 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરૂષોના આત્મવિશ્લેષણના પ્રાપ્તાંકો વચ્ચે કોઈ સંલગ્નતા જોવા મળતી નથી.
- Ho.80 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35, 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરૂષોના હતાશાના પ્રાપ્તાંકો વચ્ચે કોઈ સંલગ્નતા જોવા મળતી નથી.
- Ho.81 ટી.બી. હોસ્પિટલોના 20 થી 35, 36 થી 50 અને 50 થી વધુ ઉંમર ધરાવતા પુરૂષોના મૃત્યુચિંતાના પ્રાપ્તાંકો વચ્ચે કોઈ સંલગ્નતા જોવા મળતી નથી.

**1.15.3 ફેક્ટોરીયલ ડીઝાઈન 2×3 પ્રમાણે F- કસોટીની શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ :**

Ho.82 ટી.બી.ના દર્દીઓની ઉંમર અને આત્મવિશ્લેષણના વચ્ચે કોઈ સાર્થક અસર નથી.

Ho.83 ટી.બી.ના દર્દીઓની જાતિ અને આત્મવિશ્લેષણના વચ્ચે કોઈ સાર્થક અસર નથી.

Ho.84 ટી.બી.ના દર્દીઓની ઉંમર અને જાતિની આત્મવિશ્લેષણ પર કોઈ સાર્થક આંતરક્રિયાત્મક અસર જોવા મળતી નથી.

Ho.85 ટી.બી.ના દર્દીઓની ઉંમર અને હતાશાના વચ્ચે કોઈ સાર્થક અસર નથી.

Ho.86 ટી.બી.ના દર્દીઓની જાતિ અને હતાશાના વચ્ચે કોઈ સાર્થક અસર નથી.

Ho.87 ટી.બી.ના દર્દીઓમાં ઉંમર અને જાતિની તેમની હતાશા પર કોઈ સાર્થક આંતરક્રિયાત્મક અસર જોવા મળતી નથી.

Ho.88 ટી.બી.ના દર્દીઓની ઉંમર અને મૃત્યુચિંતાના વચ્ચે કોઈ સાર્થક અસર નથી.

Ho.89 ટી.બી.ના દર્દીઓની જાતિ અને મૃત્યુચિંતાના વચ્ચે કોઈ સાર્થક

અસર નથી.

Ho.90 ટી.બી.ના દર્દીઓમાં ઉંમર અને જાતિની તેમની મૃત્યુચિંતા પર કોઈ સાર્થક આંતરક્રિયાત્મક અસર જોવા મળતી નથી.

### 1.15.4 સહસંબંધ r – કસોટી પ્રમાણે શૂન્ય ઉત્કલ્પનાઓ

Ho.91 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.92 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.93 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.94 કોઠારીયા ટી.બી. હોસ્પિટલના આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.95 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.96 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના આઉટડોર પુરૂષ દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.97 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના ઈનડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

Ho.98 અમરગઢ (જીથરી) ટી.બી. હોસ્પિટલના આઉટડોર સ્ત્રી દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચે સંગીન સહસંબંધ નથી.

## 1.16 અધ્યયનના સાધનોની સામાન્ય સમજૂતી :

### 1.16.1 વ્યક્તિગત માહિતી પત્રક :-

સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના ટી.બી.ના દર્દીઓના વ્યક્તિગત પરિવર્ત્યો અંગેની માહિતી મેળવવા માટે અને સંબંધ પૃથકકરણને ધ્યાનમાં રાખીને સંશોધકે માર્ગદર્શક સાથે વિચાર વિમર્શ કરીને વ્યક્તિગત માહિતી પત્રક રચેલું જેમાં દર્દીઓનું નામ, જાતિ, ઉંમર, શિક્ષણ, દામ્પત્યજીવન, કુટુંબની આર્થિક સ્થિતિ, કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા, માસિક આવક, રોગની સમય અવધિ, ઉપચાર પદ્ધતિ, વેઠેલી હતાશાનું પ્રમાણ, જીવનશૈલીથી સંતોષનું પ્રમાણ વગેરે બાબતોની માહિતી મેળવવામાં આવી હતી.

### 1.16.2 આત્મવિશ્લેષણ સંશોધનિકા કસોટી :-

પ્રસ્તુત સંશોધનિકા ગુજરાત યુનિવર્સિટીના અધ્યાપક ડો. હરકાન્ત બદામી અને ડો. ચારુલતા બદામી રચીત આત્મવિશ્લેષણ સંશોધનિકાનો ઉપયોગ કરવામાં આવ્યો છે. આ સંશોધનિકામાં કુલ 50 વિધાનો છે કે જેમાં પ્રયોજ્યે પોતાની પ્રતિક્રિયા (□ ) કે (×) માં આપવાની છે.

### પ્રસ્તુત સંશોધનિકાની વિશ્વસનીયતા

કસોટી પુનઃ કસોટીની રીતે 0.84	N (122)
વિભાગીય પદ્ધતિ મુજબ 0.90	N (150)
હાઈટની પદ્ધતિ મુજબ 0.87	N (100)
કુડર રચાર્ડસનની પદ્ધતિ મુજબ 0.88	N (100)

મુજબ પ્રાપ્ત થયેલ છે. જે 0.001 કક્ષાએ સાર્થક છે.

પ્રસ્તુત સંશોધનિકાની યથાર્થતા નક્કી કરવા માટે સૌ પ્રથમ ચિકિત્સા મનોવિજ્ઞાનને ક્ષેત્રે બહોળો અનુભવ ધરાવતા પાંચ તજજ્ઞોને તેના હેતુ માટે તપાસવા માટે આપવામાં આવી હતી. જેનો યથાર્થતા આંક ઊંચો જોવા મળે છે.

### 1.16.3 હતાશા માપન સંશોધનિકા :

હતાશા માપન સંશોધનિકા તિવારી અને ચૌહાણ (1972) રચિત Frustration Level (F.L.T.) નો ઉપયોગ કરવામાં આવ્યો હતો. આ કસોટીમાં આપેલ વિધાન માટે "ખૂબ પ્રમાણમાં", "સારા એવા પ્રમાણમાં", "સામાન્ય પ્રમાણમાં", "ઓછા પ્રમાણમાં", "ખૂબ ઓછા પ્રમાણમાં" અને બિલકુલ નહિ એમ કુલ ૬ વૈકલ્પિક પ્રતિચારો આપવામાં આવ્યા હતા. જેમાં પ્રત્યુત્તર દાતાએ પોતાને લાગુ પડતાં કોઈ એક જ યોગ્ય પ્રતિચાર સામે (□) ની નિશાની કરવાની હોય છે. દરેક વાક્ય માટે 5,4,3,2,1,0 એમ ગુણાંકન કરવાનું હોય છે. ઓછામાં ઓછો સ્કોર "0" અને વધુમાં વધુ "200" ગુણાંક મળે છે. જેમ ગુણાંક ઊંચો તેમ હતાશા વધારે એમ અર્થઘટન કરવાનું હોય છે.

મૂળ પ્રયોજકે આ કસોટીની વિશ્વસનીયતા પાસાવાર તથા સમગ્ર ગુણાંક

શોધતા વિવિધ સહઘટક માટે 0.82 થી 0.95 સુધી જોવા મળી હતી. જ્યારે સમગ્ર પ્રાપ્તાંક માટે 0.92 જેટલી જોવા મળી હતી. મૂળ સંશોધકે પરીક્ષણી હતાશા માપણી સાથે પ્રસ્તુત સંશોધનની યથાર્થતા શોધતા આંક ખૂબ જ ઊંચો જોવા મળ્યો હતો તેમ મેન્યુઅલમાં દર્શાવ્યું છે. કસોટીની કોઈ સમયમર્યાદા નથી પણ 25 થી 30 મિનિટ જેટલો સમય લે છે.

#### 1.16.4 મૃત્યુચિંતા માપન સંશોધનિકા :

મૃત્યુચિંતાના પ્રમાણને માપવા માટે 'ઠાકુર મૃત્યુ ચિંતા તુલા' તરીકે પ્રો. જી.પી.ઠાકુર દ્વારા રચવામાં આવેલ Death Anxiety Scale નો ઉપયોગ કરવામાં આવ્યો છે.

પ્રસ્તુત સંશોધનિકામાં પ્રત્યુત્તર દાતાએ "બિલકુલ સાચું", "સાચું", "અનિશ્ચિત", "ખોટું", અને "બિલકુલ ખોટું" ના ખાનામાં " □ " ની નિશાની કોઈપણ વિકલ્પ અંગે કરવાની હોય છે.

મૃત્યુચિંતા સંશોધનિકાની વિશ્વસનીયતા આંક બે પદ્ધતિ દ્વારા મેળવવામાં આવેલ છે.

- (1) કુડર રિચાર્ડસન પદ્ધતિ મુજબ 0.78 (N) 206
- (2) કસોટી પુનઃકસોટી પદ્ધતિ મુજબ 0.86(N) 65 પ્રાપ્ત થયેલ છે.

આ સંશોધનિકાની યથાર્થતા ટેમ્પલર Death Anxiety Scale મુજબ 0.75 અને એમ.સી. જોર્ડિયા સ્કેલ મુજબ 0.78 જોવા મળે છે.



## 1.17 આંકડાશાસ્ત્રીય પદ્ધતિનો ઉપયોગ :

સંશોધન કાર્યમાં એકત્રિત કરેલી માહિતીનું પૃથ્થકરણ અને અર્થઘટન કરવા માટે આંકડાશાસ્ત્રીય પ્રયુક્તિઓનો ઉપયોગ કરવામાં આવે છે. પ્રસ્તુત સંશોધનમાં હેતુઓને ધ્યાનમાં રાખીને મેળવેલ માહિતીનું વિશ્લેષણ કરવા માટે નીચે મુજબની આંકડાશાસ્ત્રીય પ્રયુક્તિઓનો ઉપયોગ કરવામાં આવ્યો છે.

- (1) મધ્યક – પ્રમાણ વિચલન – વિચરણ પૃથ્થકરણ
- (2) t કસોટી
- (3) r કાર્લપિયરસનની પદ્ધતિએ સહસંબંધ
- (4) F કસોટી

## 1.18 અધ્યયનના પ્રકરણોનું આયોજન :-

સંશોધનના પ્રકરણોનું આયોજન એ તેનો કાર્ડિયોગ્રામ બતાવે છે. બિલ્ડર બિલ્ડીંગ બનાવતા પહેલાં નકશો તૈયાર કરે છે. અને પછી બિલ્ડીંગ તૈયાર કરે છે. જે તેને માર્ગદર્શક રૂપ બને છે. તેમ પ્રકરણોનું આયોજન એ અધ્યયનના કાર્ડિયોગ્રામનું એટલે નકશાનું દર્શન છે. જેને આધારે સંશોધનના સમગ્ર અહેવાલનું લેખન કાર્ય કરવાનું હોય છે. જે દિશાસૂચક બને છે.

પ્રસ્તુત સંશોધન પાંચ પ્રકરણમાં વહેંચવામાં આવેલ છે જે નીચે પ્રમાણે છે.

## પ્રકરણ-1 : વિષય પ્રવેશ

પ્રથમ પ્રકરણમાં અધ્યયનની પૂર્વભૂમિકા, અધ્યયનની સમસ્યા, અધ્યયનની ઉત્કલ્પના, અધ્યયનની અગત્યતા, પરિવર્ત્યો, અગત્યના પદોની વ્યાખ્યા, આત્મવિશ્લેષણ એટલે શું ? હતાશા એટલે શું ? મૃત્યુચિંતા એટલે શું ? સંશોધનમાં ઉપયોગમાં લેવામાં આવેલ મહત્વની વિભાવનાઓ, પ્રસ્તુત અભ્યાસની મર્યાદાઓ, પછીના પ્રકરણોના સંયોજનનો સમાવેશ વગેરે બાબતોનો સમાવેશ કરવામાં આવે છે.

## પ્રકરણ-2 : સંશોધન સાહિત્યની સમીક્ષા :

પ્રસ્તુત પ્રકરણમાં ભૂતકાળમાં થયેલા અભ્યાસોનું વિહંગાવલોકન જેમાં આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા અંગે થયેલા પૂર્વેના અભ્યાસોની ચર્ચા કરવામાં આવેલ છે.

## પ્રકરણ-3 : અધ્યયનની યોજના હેતુઓ પ્રક્રિયા

આ પ્રકરણમાં પ્રસ્તાવના બાંધ્યા પછી સંશોધનની યોજના, સમષ્ટિ, નિદર્શ તેમજ વ્યક્તિગત માહિતીપત્રક, માહિતી એકત્રિતકરણના સાધનો, માહિતી એકત્રિકરણની પ્રક્રિયા તેમજ ઉપયોગમાં લેવાયેલ સાધનો, આંકડાશાસ્ત્રીય પ્રયુક્તિઓનો ઉપયોગ, પરિવર્ત્યોનું માપન તેમજ સંશોધન માહિતી એકત્રિકરણ વગેરે વિગતોનો સમાવેશ કરેલ છે.

#### પ્રકરણ-4 : સંશોધન પૃથક્કરણ, અર્થઘટન અને પરિણામ ચર્ચા

આ પ્રકરણમાં ત્રણેય અવલંબી પરિવર્ત્યો, આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતાના સંદર્ભમાં પ્રાપ્ત થયેલ માહિતીનું જુદી-જુદી આંકડાશાસ્ત્રીય પદ્ધતિઓ દ્વારા પૃથક્કરણ, અર્થઘટન અને અંતે પ્રાપ્ત થયેલા પરિણામોની ચર્ચા કરવામાં આવી છે, તેમજ નિષ્કર્ષ તારવવામાં આવ્યો છે.

#### પ્રકરણ-5 : સંશોધનના તારણો અને સૂચનો

આ પ્રકરણમાં પૂર્વભૂમિકા બાંધ્યા પછી સંશોધનનો સારાંશ અધ્યયનના તારણો તથા આગળ સંશોધન કરવા માટે સૂચનો કરવામાં આવ્યા છે.

અંતમાં સંદર્ભસૂચિ અને પરિશિષ્ટ રજૂ કરવામાં આવ્યા છે.

### **1.19 પ્રસ્તુત અભ્યાસની અગત્યતા :**

કોઈપણ સંશોધનકાર્ય હાથ ધરતા પહેલા એ વિષયની ઉપયોગિતા કે અગત્યતા વિશે વિચારી લેવું જરૂરી છે. સંશોધન કેટલું ઉપયોગી થશે તે જાણકારી મેળવી લેવી જોઈએ પ્રસ્તુત સંશોધન પણ આ બાબતે કેટલીક ખાસ અગત્યતા ધરાવે છે.

વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા (WHO) ના જણાવ્યા અનુસાર વિશ્વમાં દર ત્રણ વ્યક્તિએ એક વ્યક્તિ ક્ષય રોગથી પીડાય છે. અને વર્ષે દહાડે વિશ્વમાં ત્રણ કરોડ લોકો આ ચેપી રોગના ખપ્પરમાં હોમાય છે. જે પૈકી 80 ટકા મોતો તો 15 થી 19 વર્ષની સૌથી વધુ સર્જનાત્મક વયે થાય છે.

ટી.બી. નિયંત્રણ કાર્યક્રમ અંગેના વર્કશોપનો હેતુ સમજાવતા શ્રી એસ. નરેન્દ્રએ જણાવ્યું હતું કે, દુનિયાના ટી.બી.ના દર્દીઓની સરખામણીએ ત્રીજા ભાગના દર્દીઓની સંખ્યા ભારતમાં છે. ટી.બી.ના લીધે રોજના એક હજાર અને દર ત્રણ મિનિટે બે વ્યક્તિ ભારતમાં મૃત્યુ પામે છે. કેન્દ્રની આર.એન.ટી.સી. ની યોજના અમલી છે. ટી.બી. રોગની ચોક્કસ સારવાર થાય તો તેનાથી જીવન બચાવી શકાય છે. અને આ માટે "ડોટ્સ" સારવાર સમગ્ર દેશમાં અમલમાં છે. ટી.બી.ની સારવાર આપતા ડોક્ટરોનું માનવું છે કે ટી.બી.ના દર્દીઓને ડોટ્સ (DOTS) ની સારવાર સાથે-સાથે મનોવૈજ્ઞાનિક વાતાવરણ મળવું પણ એટલું જ આવશ્યક છે. આથી સંશોધકે ટી.બી.ના દર્દીઓના આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને મૃત્યુચિંતા વગેરે વિષે માહિતી મેળવવાનું નક્કી કર્યું છે.

આ માટે "સુધારેલ ક્ષય નિયંત્રણ કાર્યક્રમ" હેઠળ ટી.બી. ના દર્દીઓનો મુલાકાત રીપોર્ટ ટી.બી.ના નિષ્ણાંત ડોક્ટરના નિરીક્ષણ હેઠળ તાલીમ પામેલ ડોટ્સ વર્કર દ્વારા દવાઓ આપવામાં આવે છે. રૂબરૂ મુલાકાત દરમિયાન નિયત સમયે દવા દર્દીને આપીને તેનું આત્મવિશ્લેષણ વધારવામાં આવે છે. આવા દર્દીની હતાશા ઓછી કરવા માટે તેમજ મૃત્યુચિંતાનું પ્રમાણ ઘટાડવા માટે મનોવૈજ્ઞાનિક ઢબે હુંફ આપવામાં આવે છે. આવા 50 દર્દીઓના મુલાકાત રીપોર્ટ આ થીસીસમાં પરિશિષ્ટમાં આપવામાં આવેલ છે. આવા દર્દીઓની ડોટ્સ વર્કર દ્વારા મળેલી હુંફ અને દવાની સંયુક્ત અસરથી દર્દીના રોગના પ્રમાણમાં વિધાયક અસર જોવા મળે છે.

પ્રસ્તુત અભ્યાસ દ્વારા ટી.બી.ના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા અને તેમની મૃત્યુચિંતાનું પ્રમાણ પણ જાણી શકાશે.

ટી.બી.ના દર્દીઓનું આત્મવિશ્લેષણ અને હતાશા વચ્ચેનો સંબંધ જાણવામાં તેમજ ટી.બી.ના દર્દીઓમાં હતાશા અને મૃત્યુચિંતા વચ્ચેનો કેવો સંબંધ છે. તેની જાણકારી પ્રાપ્ત કરવામાં પણ ઉપયોગી થશે.

ખાસ તો ટી.બી. જેવા વિશ્વવ્યાપી બનેલા રોગનો મનોવૈજ્ઞાનિક ઘટકો સાથેના સંબંધને જાણવા માટે અને તે જાણીને એ પ્રમાણે રોગની સારવાર કરવા બાબતે માર્ગદર્શન આપવામાં પ્રસ્તુત અભ્યાસની ખરી અગત્યતા રહેલી છે. તેવું સંશોધક નમ્રપણે માને છે.

## 1.20 પ્રસ્તુત અભ્યાસની મર્યાદાઓ :

મનોવિજ્ઞાન એ વિજ્ઞાન છે. વાર્તાનિક વિજ્ઞાનોના સંશોધનમાં હંમેશા ભૌતિક વિજ્ઞાનો જેટલી યુસ્ત વસ્તુલક્ષીતા, એટલે કે ચોક્કસતા સંભવી શકતી નથી. કોઈપણ સંશોધન સર્વજ્ઞપૂર્ણ ભાગ્યેજ હોય છે. તેમાં કંઈકને કંઈક મર્યાદા તો રહી જતી હોય છે. સંપૂર્ણ મર્યાદા રહિત સંશોધન ભાગ્યે જ સંભવી શકે. આ સંશોધનમાં પણ અમુક મર્યાદાઓ રહેલી છે. જેનો નિર્દેશ નીચે મુજબ કરવામાં આવ્યો છે.

- (1) પ્રસ્તુત અધ્યયનમાં પસંદ કરાયેલો નિર્દેશ માત્ર સૌરાષ્ટ્રની ટી.બી. હોસ્પિટલના ટી.બી.ના દર્દીઓ પૂરતો સિમિત હતો. તેથી પ્રાપ્ત થયેલ પરિણામોનું વ્યાપક સામાન્યીકરણ થઈ શકે નહિ.
- (2) માહિતી એકત્રિકરણ માટે ઉપયોગમાં લીધેલ આત્મવિશ્લેષણ, હતાશા, મૃત્યુચિંતા વગેરે પ્રશ્નાવલી ઉપર તેમના ઘટકવાર જુદા-જુદા ગુણાંકો પણ મળ્યા છે. પણ અહિં પ્રશ્નાવલી પર મળતા સમગ્ર અંકને ધ્યાનમાં

લઈને અભ્યાસ કરવામાં આવે છે. ઘટકના પ્રાપ્તાંકોને લક્ષમાં રાખીને આંકડાશાસ્ત્રીય પૃથ્થકરણ કરેલ નથી.

- (3) પ્રસ્તુત અભ્યાસમાં જે માહિતી મળી છે તે દર્દીઓના અભિપ્રાયો તેમનું પોતાની જાતનું અને અન્યનું પ્રત્યક્ષીકરણ, સામાજિક અને કૌટુંબિક વાતાવરણ અને સંશોધક અને તેની પ્રવૃત્તિ પ્રયત્નેના વલણો પર આધારિત છે.
- (4) પ્રસ્તુત માહિતીનો આધાર દર્દીના પ્રત્યાઘાતો એટલે કે ઉત્તરો વ્યક્તિગત પ્રત્યક્ષીકરણ પર આધારિત છે.

પ્રકરણ આયોજનમાં દર્શાવ્યા પ્રમાણે હવે પ્રકરણ નં. 2 માં સંશોધનની ઐતિહાસિક ભૂમિકા, પૂર્વ અભ્યાસો વગેરેની વિગતે ચર્ચા કરી છે.

□