

वृद्धजन और अकेलापन: सामाजिक अलगाव, मानसिक स्वास्थ्य और पारिवारिक संबंधों का अध्ययन

कंचन कुमारी

शोधार्थी,

विश्वविद्यालय समाजशास्त्र विभाग, ललित नारायण मिथिला विश्वविद्यालय, दरभंगा

सारांश

वृद्धावस्था में अकेलापन केवल व्यक्तिगत भावनात्मक स्थिति नहीं है, बल्कि यह परिवार, समुदाय, स्वास्थ्य-व्यवस्था, आर्थिक सुरक्षा और सामाजिक संरचना से जुड़ा हुआ गंभीर समाजशास्त्रीय प्रश्न है। भारतीय समाज में वृद्धजन परंपरागत रूप से परिवार, पड़ोस और समुदाय के भीतर सम्मानित और संरक्षित माने जाते रहे हैं, परंतु नगरीकरण, प्रवासन, एकल परिवार, डिजिटल दूरी, जीवन-शैली परिवर्तन और पीढ़ियों के बीच संवाद की कमी ने वृद्धों के सामाजिक संबंधों को कमजोर किया है। प्रस्तुत शोधपत्र द्वितीयक आँकड़ों पर आधारित है। इसमें वृद्धजन अकेलेपन को सामाजिक अलगाव, मानसिक स्वास्थ्य, पारिवारिक संबंध, स्वास्थ्यगत निर्भरता और नीतिगत हस्तक्षेपों के संदर्भ में विश्लेषित किया गया है। अध्ययन से स्पष्ट होता है कि अकेलापन वृद्धावस्था में अवसाद, निम्न जीवन-संतोष, स्वास्थ्यगत निर्भरता और देखभाल-संकट से गहराई से जुड़ा है। भारत में लगभग 30% वृद्धजनों में depressive symptoms की सूचना, 48% में IADL limitation, 24% में ADL limitation और केवल 18% में स्वास्थ्य बीमा कवरेज जैसे संकेतक यह स्पष्ट करते हैं कि वृद्धजन अकेलापन केवल भावनात्मक नहीं, बल्कि संरचनात्मक असुरक्षा का परिणाम है। निष्कर्षतः वृद्धजन अकेलेपन से निपटने के लिए परिवार-केंद्रित नैतिक आग्रह पर्याप्त नहीं है; समुदाय-आधारित देखभाल, मानसिक स्वास्थ्य परामर्श, डिजिटल समावेशन, वृद्धजन क्लब, स्थानीय निगरानी और जेरियाट्रिक स्वास्थ्य सेवाओं का समन्वित ढाँचा आवश्यक है।

मुख्य शब्द: वृद्धजन, अकेलापन, सामाजिक अलगाव, मानसिक स्वास्थ्य, पारिवारिक संबंध, वृद्धावस्था, भारतीय समाज

1. प्रस्तावना

भारतीय समाज में वृद्धावस्था का अर्थ लंबे समय तक अनुभव, परंपरा, आध्यात्मिकता और पारिवारिक मार्गदर्शन से जुड़ा रहा है। संयुक्त परिवार व्यवस्था में वृद्धजन परिवार के भीतर निर्णय, स्मृति, संस्कार और सामाजिक अनुशासन के प्रमुख स्रोत माने जाते थे। वे केवल आश्रित व्यक्ति नहीं थे, बल्कि परिवार की निरंतरता और सामाजिक पहचान के वाहक थे। परंतु आधुनिक भारत में वृद्धावस्था का यह पारंपरिक अर्थ तेजी से बदल रहा है। परिवार छोटे हो रहे हैं, बच्चे शिक्षा और रोजगार के लिए दूर जा रहे हैं, शहरी जीवन में पड़ोस संबंध कमजोर हो रहे हैं, और डिजिटल तकनीक ने सामाजिक संवाद के पुराने रूपों को बदल दिया है। इन परिवर्तनों के बीच वृद्धजन अकेलेपन और सामाजिक अलगाव का अनुभव अधिक तीव्र रूप से करने लगे हैं।

अकेलापन और सामाजिक अलगाव समानार्थी नहीं हैं। सामाजिक अलगाव बाहरी या वस्तुगत स्थिति है, जिसमें व्यक्ति के सामाजिक संपर्क, सहभागिता और संबंधों की संख्या कम हो जाती है। इसके विपरीत अकेलापन एक आंतरिक भावनात्मक अनुभव है, जिसमें व्यक्ति उपलब्ध संबंधों के बावजूद अपनापन, संवाद और भावनात्मक सुरक्षा की कमी अनुभव करता है। अतः कोई वृद्ध व्यक्ति परिवार के साथ रहते हुए भी अकेलापन अनुभव कर सकता है, और कोई अकेला रहने वाला वृद्ध व्यक्ति सामाजिक रूप से

सक्रिय होने पर कम अकेलापन महसूस कर सकता है। समाजशास्त्रीय दृष्टि से यह अंतर अत्यंत महत्वपूर्ण है, क्योंकि वृद्धजन अकेलेपन का समाधान केवल सह-निवास से नहीं, बल्कि सार्थक संबंधों से जुड़ा है।

विश्व स्वास्थ्य संगठन ने स्पष्ट किया है कि वृद्धावस्था में अकेलापन और सामाजिक अलगाव मानसिक स्वास्थ्य के महत्वपूर्ण जोखिम कारक हैं; वैश्विक स्तर पर सामाजिक अलगाव और अकेलापन शारीरिक स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, जीवन-गुणवत्ता और दीर्घायु को प्रभावित करते हैं [1]। WHO के अनुसार लगभग 14% वयस्क, जिनकी आयु 70 वर्ष या उससे अधिक है, किसी मानसिक विकार के साथ जीवन जीते हैं, और अकेलापन तथा सामाजिक अलगाव बाद की आयु में मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के प्रमुख जोखिम कारक हैं [2]।

भारत में यह समस्या अधिक जटिल है, क्योंकि यहाँ वृद्धजन देखभाल का प्राथमिक आधार परिवार रहा है। जब परिवार-संरचना बदलती है, तो वृद्धजन की भावनात्मक, सामाजिक और स्वास्थ्यगत सुरक्षा प्रभावित होती है। UNFPA की India Ageing Report 2023 के अनुसार भारत में 60 वर्ष और उससे अधिक आयु की आबादी 2022 में लगभग 149 million थी, जो 2050 तक लगभग 347 million तक पहुँचने का अनुमान है; इससे वृद्धजन आबादी में लगभग 132.9% वृद्धि का संकेत मिलता है [3]। यह तीव्र जनसांख्यिकीय बदलाव बताता है कि वृद्ध अकेलेपन को निजी समस्या मानना पर्याप्त नहीं होगा; इसे सामाजिक नीति, परिवार व्यवस्था और सार्वजनिक स्वास्थ्य के संयुक्त प्रश्न के रूप में देखना होगा।

2. साहित्य समीक्षा

वृद्धजन अकेलेपन के समाजशास्त्रीय अध्ययन में social network theory, activity theory, disengagement theory और life course approach महत्वपूर्ण हैं। social network theory के अनुसार व्यक्ति का कल्याण उसके सामाजिक संबंधों की संख्या, गुणवत्ता, परस्परता और उपलब्ध सहयोग पर निर्भर करता है [4]। वृद्धावस्था में जब मित्रों की मृत्यु, जीवनसाथी का निधन, सेवानिवृत्ति, स्वास्थ्यगत सीमाएँ और बच्चों का प्रवासन होता है, तब सामाजिक नेटवर्क संकुचित होता है। यदि परिवार और समुदाय इस संकुचन की पूर्ति नहीं करते, तो अकेलापन बढ़ता है।

Cumming और Henry के disengagement theory में वृद्धावस्था को सामाजिक भूमिकाओं से क्रमिक अलगाव की अवस्था माना गया है [5]। परंतु भारतीय संदर्भ में यह सिद्धांत पूर्णतः पर्याप्त नहीं है, क्योंकि यहाँ वृद्धों की सामाजिक गरिमा उनकी पारिवारिक और सामुदायिक सक्रियता से जुड़ी रही है। Havighurst का activity theory दृष्टिकोण अधिक उपयोगी है, क्योंकि यह कहता है कि वृद्धावस्था में संतुष्टि सामाजिक सक्रियता, भूमिका-निरंतरता और सहभागिता से बढ़ती है [6]। जब वृद्धजन को परिवार, पूजा, पड़ोस, सामाजिक समारोह, स्थानीय सभा या निर्णय-प्रक्रिया से अलग किया जाता है, तब उनका अकेलापन बढ़ता है।

LASI यानी Longitudinal Ageing Study in India भारत में वृद्धावस्था पर उपलब्ध सबसे व्यापक राष्ट्रीय अध्ययनों में से एक है। यह अध्ययन वृद्धों के स्वास्थ्य, सामाजिक संबंध, आर्थिक स्थिति और जीवन-संतोष को एक साथ समझने का प्रयास करता है [7]। LASI आधारित निष्कर्षों के अनुसार भारत में वृद्धों की मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ शिक्षा, आयु, लिंग, निवास, विधवापन, रहने की व्यवस्था और कार्य-स्थिति से जुड़ी हैं [3]। UNFPA की रिपोर्ट में LASI के आधार पर उल्लेख है कि 60 वर्ष और उससे अधिक आयु के लगभग 30% वृद्धजनों में depressive symptoms पाए गए, और मानसिक स्वास्थ्य संबंधी समस्याएँ अक्सर स्वास्थ्यकर्मियों तथा स्वयं वृद्धों द्वारा भी पहचान में नहीं आतीं [3]।

NITI Aayog की Senior Care Reforms in India रिपोर्ट ने भी वृद्ध देखभाल को केवल बीमारी-उपचार तक सीमित नहीं रखा, बल्कि मानसिक स्वास्थ्य, सामाजिक सुरक्षा, स्वास्थ्य बीमा, long-term care और community-based care से जोड़ा है [8]। रिपोर्ट के आधार पर यह स्पष्ट होता है कि 60+

आयु समूह में केवल 18% वृद्धजन स्वास्थ्य बीमा से आच्छादित हैं, 24% में कम-से-कम एक ADL limitation और 48% में कम-से-कम एक IADL limitation है [8]। ऐसे संकेतक वृद्धों की दैनिक स्वायत्तता को प्रभावित करते हैं और उन्हें सामाजिक अलगाव की ओर धकेल सकते हैं।

भारत में अकेलेपन पर हालिया अध्ययनों से यह भी संकेत मिलता है कि अकेलापन विधवापन, अकेले रहना, कम शिक्षा, कम आय, खराब स्वास्थ्य और सीमित सामाजिक भागीदारी से जुड़ा है। एक LASI-आधारित अध्ययन में 14.95% वृद्धजनों ने अकेलापन बताया, जिसमें महिलाओं में दर 17.5% और पुरुषों में 12.08% रही; अकेले रहने वालों में यह अनुपात अधिक था [9]। यह लैंगिक अंतर भारतीय वृद्धावस्था में विधवापन, निर्भरता और सामाजिक भूमिकाओं के असमान वितरण को समझने में सहायक है।

3. अध्ययन के उद्देश्य

इस शोधपत्र के प्रमुख उद्देश्य निम्नलिखित हैं—

वृद्धजन अकेलेपन को सामाजिक अलगाव, मानसिक स्वास्थ्य और पारिवारिक संबंधों के संदर्भ में समझना।

भारत में वृद्धजन आबादी, मानसिक स्वास्थ्य, स्वास्थ्यगत निर्भरता और सामाजिक सुरक्षा से जुड़े द्वितीयक आँकड़ों का विश्लेषण करना।

परिवार-संरचना, विधवापन, प्रवासन, डिजिटल दूरी और सामाजिक सहभागिता की कमी को अकेलेपन के कारणों से जोड़कर देखना।

4. शोध प्रविधि

यह शोधपत्र द्वितीयक आँकड़ों पर आधारित वर्णनात्मक और विश्लेषणात्मक अध्ययन है। अध्ययन में WHO, UNFPA, LASI, NITI Aayog, MOSPI, HelpAge India और सामाजिक न्याय एवं अधिकारिता मंत्रालय से उपलब्ध रिपोर्टों, शोध-पत्रों और नीति दस्तावेजों का उपयोग किया गया है। शोध का स्वरूप समाजशास्त्रीय है, इसलिए आँकड़ों को केवल संख्यात्मक रूप में नहीं, बल्कि सामाजिक संबंधों, परिवार-संरचना, लैंगिक स्थिति और मानसिक स्वास्थ्य के संदर्भ में व्याख्यायित किया गया है।

सांख्यिकीय विश्लेषण में प्रतिशत परिवर्तन, चक्रवृद्धि वार्षिक वृद्धि दर, अनुपातीय तुलना, gender gap और risk-ratio जैसे संकेतकों का उपयोग किया गया। उदाहरण के लिए, भारत की वृद्धजन आबादी 2022 में 149 million से 2050 में 347 million होने का अनुमान है। इस आधार पर 2022–2050 की अनुमानित CAGR लगभग 3.07% निकलती है। इसी प्रकार अकेलेपन की दर महिलाओं में 17.5% और पुरुषों में 12.08% होने पर gender gap 5.42 percentage points तथा महिला-पुरुष loneliness ratio लगभग 1.45 निकलता है। यह संकेत देता है कि वृद्ध महिलाओं में अकेलेपन का जोखिम पुरुषों की तुलना में अधिक है।

5. परिणाम एवं विश्लेषण

वृद्धजन आबादी का विस्तार और अकेलेपन का सामाजिक संदर्भ

भारत में वृद्धजन आबादी का विस्तार वृद्ध अकेलेपन की पृष्ठभूमि को समझने के लिए महत्वपूर्ण है। जैसे-जैसे वृद्धजन आबादी बढ़ेगी, वैसे-वैसे अकेले रहने वाले, विधवा, स्वास्थ्यगत रूप से निर्भर, संतान से दूर और सामाजिक सुरक्षा से वंचित वृद्धों की संख्या भी बढ़ सकती है।

तालिका 1: भारत में वृद्धजन आबादी की अनुमानित वृद्धि

संकेतक	मान
2022 में 60+ आबादी	149 million
2050 में अनुमानित 60+ आबादी	347 million
कुल वृद्धि	198 million
प्रतिशत वृद्धि	132.89%
अनुमानित CAGR, 2022-2050	3.07%
2050 में वृद्धजन आबादी का अनुमानित हिस्सा	20% से अधिक

स्रोत: UNFPA India Ageing Report 2023 पर आधारित गणना [3]।

इस वृद्धि का समाजशास्त्रीय अर्थ यह है कि वृद्धावस्था अब परिवारों का सीमित निजी दायित्व नहीं रह सकती। यदि परिवार छोटे होंगे, बच्चे दूर रहेंगे और सामुदायिक संबंध कमजोर होंगे, तो वृद्धों का भावनात्मक और सामाजिक जीवन अधिक असुरक्षित होगा। वृद्धजन अकेलेपन का विस्तार भारत के लिए सार्वजनिक स्वास्थ्य और सामाजिक नीति दोनों की चुनौती बनेगा।

अकेलापन, लिंग और रहने की व्यवस्था

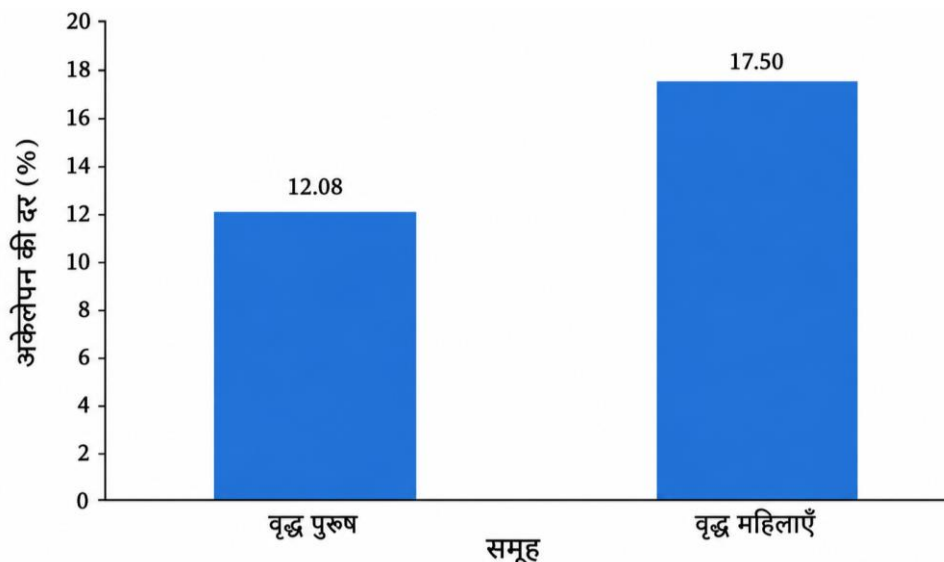
अकेलापन वृद्ध पुरुषों और महिलाओं को समान रूप से प्रभावित नहीं करता। महिलाओं में विधवापन की संभावना अधिक होती है, जीवन प्रत्याशा अधिक होती है, और कई महिलाओं के पास स्वतंत्र आय या संपत्ति पर नियंत्रण कम होता है। उपलब्ध LASI-आधारित निष्कर्षों में वृद्ध महिलाओं में अकेलेपन की दर 17.5% और वृद्ध पुरुषों में 12.08% बताई गई है [9]। इससे gender gap 5.42 percentage points तथा female-to-male loneliness ratio 1.45 प्राप्त होता है। इसका अर्थ है कि वृद्ध महिलाओं में अकेलेपन की रिपोर्टिंग पुरुषों की तुलना में लगभग 45% अधिक है।

तालिका 2: वृद्धों में अकेलेपन का लैंगिक अंतर

समूह	अकेलेपन की दर
वृद्ध पुरुष	12.08%
वृद्ध महिलाएँ	17.50%
कुल वृद्धजन	14.95%
लैंगिक अंतर	5.42 percentage points

महिला-पुरुष अनुपात	1.45
--------------------	------

स्रोत: LASI-आधारित अध्ययन पर आधारित गणना [9]।



चित्र 1: वृद्ध पुरुषों और महिलाओं में अकेलेपन की दर

रहने की व्यवस्था भी अकेलेपन से गहराई से जुड़ी है। अकेले रहने वाले वृद्धों में प्रत्यक्ष सामाजिक संपर्क कम होता है। परंतु यह भी ध्यान रखना चाहिए कि परिवार के साथ रहने पर भी अकेलापन समाप्त नहीं हो जाता। यदि वृद्धजन निर्णयों से बाहर हों, उनसे संवाद कम हो, उन्हें केवल देखभाल-प्राप्त करने वाला आश्रित माना जाए, या उनकी स्मृति और अनुभव को महत्त्व न दिया जाए, तो पारिवारिक सह-निवास भी भावनात्मक अकेलेपन को रोक नहीं पाता।

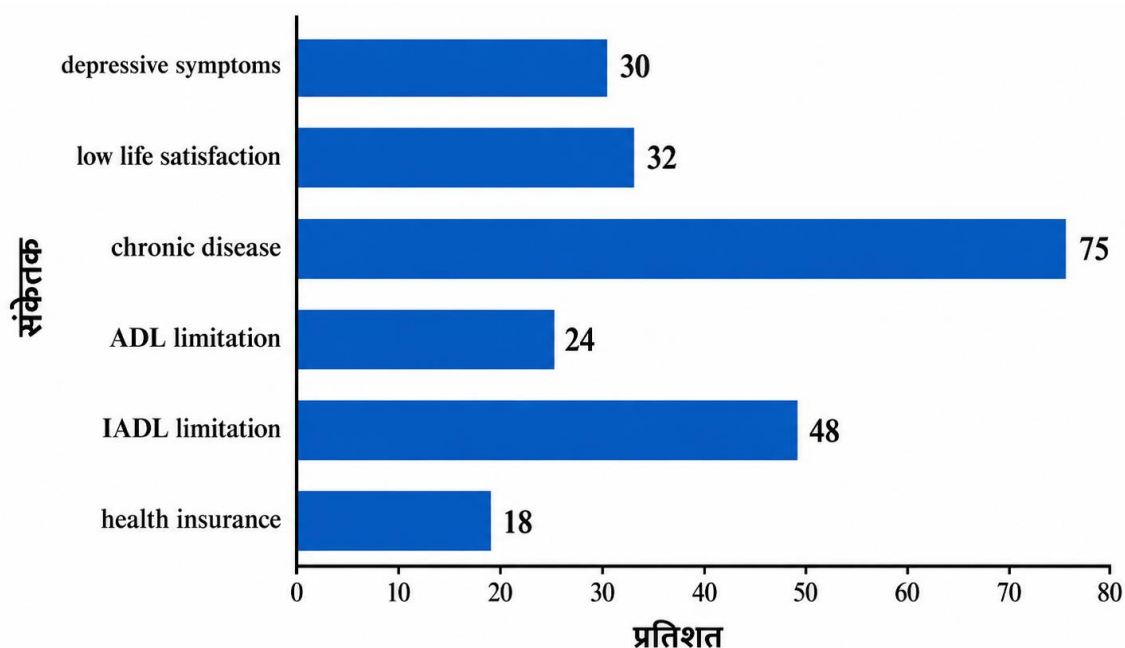
मानसिक स्वास्थ्य: अवसाद, निम्न जीवन-संतोष और सामाजिक अलगाव

वृद्धजन अकेलेपन का सबसे स्पष्ट परिणाम मानसिक स्वास्थ्य पर दिखाई देता है। UNFPA की रिपोर्ट में LASI के आधार पर उल्लेख है कि 60 वर्ष और उससे अधिक आयु के लगभग 30% वृद्धजनों में depressive symptoms पाए गए [3]। स्वतंत्र नीति विश्लेषणों में भी एक-तिहाई वृद्धों में depressive symptoms और 32% में low life satisfaction की सूचना दी गई है [10]।

तालिका 3: वृद्ध मानसिक स्वास्थ्य और जीवन-गुणवत्ता संकेतक

संकेतक	प्रतिशत
depressive symptoms वाले वृद्धजन	लगभग 30%
low life satisfaction	32%
chronic disease	75%
कम-से-कम एक ADL limitation	24%
कम-से-कम एक IADL limitation	48%
स्वास्थ्य बीमा कवरेज	18%

स्रोत: LASI, UNFPA और NITI Aayog आधारित संकलन [3], [8], [10]।



चित्र 2: वृद्ध मानसिक स्वास्थ्य और कार्यात्मक निर्भरता के संकेतक

अवसाद को केवल चिकित्सकीय समस्या मानना पर्याप्त नहीं है। वृद्धजन अवसाद कई बार सामाजिक संबंधों की क्षति, जीवनसाथी की मृत्यु, उपयोगिता-बोध की कमी, आर्थिक निर्भरता, परिवार में संवाद की कमी और शारीरिक अक्षमता के कारण विकसित होता है। जब वृद्ध व्यक्ति को लगता है कि उसके अनुभव, विचार और भावनाएँ परिवार के लिए महत्वहीन हो गई हैं, तो मानसिक स्वास्थ्य पर गहरा प्रभाव पड़ता है। समाजशास्त्रीय रूप से यह स्थिति "संबंधों के होते हुए भी संबंधहीनता" की स्थिति है।

स्वास्थ्यगत निर्भरता और अकेलेपन का चक्र

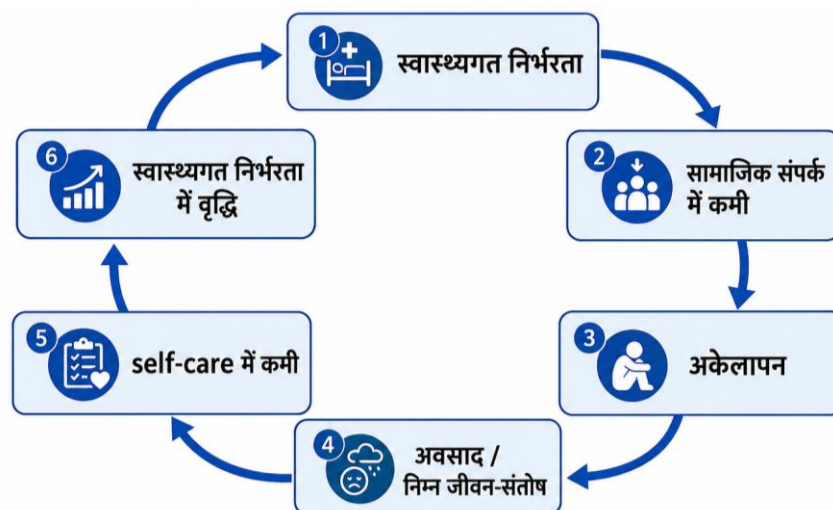
वृद्धावस्था में अकेलापन और स्वास्थ्यगत निर्भरता एक-दूसरे को बढ़ाते हैं। chronic disease या IADL limitation वाले वृद्ध व्यक्ति बाहर जाने, मित्रों से मिलने, धार्मिक या सामाजिक कार्यक्रमों में भाग लेने, बैंक या बाजार जाने और समुदाय से जुड़ने में कठिनाई अनुभव करते हैं। इससे सामाजिक संपर्क कम होता है। सामाजिक संपर्क कम होने पर मनोबल, जीवन-संतोष और आत्म-देखभाल में कमी आती है, जिससे स्वास्थ्य और खराब हो सकता है।

NITI Aayog के अनुसार 48% वृद्धों में IADL limitation है, जिसका अर्थ है कि वे दवा प्रबंधन, वित्तीय कार्य, परिवहन, फोन उपयोग, खरीदारी या घरेलू प्रबंधन जैसे कार्यों में कठिनाई अनुभव कर सकते हैं [8]। यदि परिवार सहायता देता है तो यह निर्भरता संभल सकती है; परंतु यदि संतान दूर हो या परिवार में समय और संवेदनशीलता की कमी हो, तो यही निर्भरता अकेलेपन और असुरक्षा का कारण बनती है।

तालिका 4: अकेलेपन और स्वास्थ्यगत निर्भरता का समाजशास्त्रीय चक्र

चरण	प्रभाव
chronic disease या गतिशीलता की कमी	घर से बाहर निकलना घटता है

सामाजिक कार्यक्रमों में कमी	सामाजिक नेटवर्क कमजोर होता है
परिवार पर निर्भरता बढ़ना	आत्मसम्मान और स्वायत्तता घटती है
संवाद और सहभागिता में कमी	अकेलापन और अवसाद बढ़ते हैं
मानसिक स्वास्थ्य में गिरावट	self-care और treatment adherence घटता है



चित्र 3: वृद्ध अकेलेपन और स्वास्थ्यगत निर्भरता का चक्रीय मॉडल

पारिवारिक संबंध: सह-निवास से भावनात्मक निकटता तक

भारतीय परिवार व्यवस्था में वृद्धजन अकेलेपन का समाधान अक्सर “बच्चों के साथ रहना” माना जाता है। परंतु अध्ययन से स्पष्ट होता है कि सह-निवास अकेलेपन को कम करने की आवश्यक शर्त हो सकता है, पर पर्याप्त शर्त नहीं है। वृद्धजन के लिए केवल भोजन, दवा और आवास उपलब्ध होना पर्याप्त नहीं है। उन्हें सम्मान, संवाद, निर्णयों में सहभागिता, स्मृति-साझेदारी, धार्मिक-सांस्कृतिक सक्रियता और भावनात्मक स्वीकार्यता की आवश्यकता होती है।

परिवार के भीतर अकेलेपन की स्थिति कई रूपों में दिखाई देती है। वृद्धजन से कम बात करना, उनकी बात को दोहराव मानकर अनसुना करना, डिजिटल उपकरणों के कारण परिवार में प्रत्यक्ष संवाद कम होना, बच्चों का व्यस्त रहना, आर्थिक मामलों में वृद्धों को अलग रखना, स्वास्थ्य शिकायतों को “सामान्य बुढ़ापा” कहकर टाल देना, और पारिवारिक निर्णयों में वृद्धों को शामिल न करना—ये सभी सामाजिक अलगाव के घरेलू रूप हैं। इस प्रकार अकेलापन घर के बाहर नहीं, घर के भीतर भी पैदा हो सकता है।

UNFPA की रिपोर्ट में उल्लेख है कि बच्चों के रोजगार-प्रवास के कारण कई वृद्धजन अपने पैतृक घरों में सीमित या बिना समर्थन के रह जाते हैं, जिससे उनके मानसिक स्वास्थ्य पर गहरा प्रभाव पड़ता है [3]। यह तथ्य भारतीय परिवार व्यवस्था के संक्रमण को रेखांकित करता है। परिवार भावनात्मक रूप से जुड़ा रह सकता है, परंतु भौगोलिक दूरी, समय की कमी और डिजिटल संवाद की सीमाएँ वृद्धों की दैनिक अकेलेपन की अनुभूति को कम नहीं कर पातीं।

6. चर्चा

वृद्धजन अकेलेपन को समझने के लिए इसे केवल व्यक्तिगत कमजोरी, भावुकता या मनोवैज्ञानिक समस्या के रूप में नहीं देखना चाहिए। यह सामाजिक संरचना में हो रहे बदलावों का परिणाम है। भारत में परिवार अभी भी वृद्ध देखभाल की प्रमुख संस्था है, लेकिन परिवार के भीतर भूमिका, समय, संवाद और देखभाल की संरचना बदल चुकी है। एकल परिवार, प्रवासन और शहरी जीवन ने वृद्धों के सामाजिक नेटवर्क को सीमित किया है। पहले वृद्धजन पड़ोस, खेत, मंदिर, पंचायत, रिश्तेदारी और विस्तृत परिवार से नियमित रूप से जुड़े रहते थे; अब वृद्ध जीवन कई बार घर, टीवी, दवा और मोबाइल कॉल तक सीमित हो जाता है।

अकेलेपन का पहला समाजशास्त्रीय कारण भूमिका-हानि है। सेवानिवृत्ति के बाद व्यक्ति की कार्यगत पहचान कम होती है। यदि परिवार और समुदाय उसे नई भूमिका नहीं देते, तो आत्म-निरर्थकता-बोध बढ़ता है। दूसरा कारण संबंधों की गुणवत्ता में कमी है। परिवार में साथ रहना संबंध का प्रमाण नहीं है; संबंध तब जीवित होता है जब संवाद, सम्मान और सहभागिता हो। तीसरा कारण लैंगिक असमानता है। वृद्ध महिलाएँ विधवापन, आय की कमी, संपत्ति पर कम नियंत्रण और सामाजिक निर्भरता के कारण अधिक अकेलापन अनुभव कर सकती हैं। चौथा कारण स्वास्थ्यगत निर्भरता है। बीमारी व्यक्ति को घर में सीमित करती है, और घर में सीमितता सामाजिक अलगाव को बढ़ाती है।

मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी भी समस्या को तीव्र करती है। भारत में वृद्धजन अवसाद को अक्सर "उम्र का असर" या "स्वभाव का परिवर्तन" मान लिया जाता है। परिवार कई बार उदासी, चिड़चिड़ापन, नींद की कमी, भूख में कमी और सामाजिक दूरी को चिकित्सकीय संकेत नहीं मानता। परिणामस्वरूप वृद्ध मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ पहचान में नहीं आतीं। UNFPA की रिपोर्ट में भी यह उल्लेख है कि वृद्धों की मानसिक स्वास्थ्य चिंताएँ स्वास्थ्यकर्मियों और स्वयं वृद्धों द्वारा अक्सर पहचानी नहीं जातीं [3]।

वृद्ध अकेलेपन का समाधान केवल वृद्धाश्रम या संस्थागत देखभाल नहीं हो सकता। भारत जैसे समाज में परिवार की भूमिका अब भी केंद्रीय है। लेकिन परिवार को अकेले जिम्मेदार मान लेना भी उचित नहीं है। आज के परिवारों पर आर्थिक, व्यावसायिक, शैक्षिक और समयगत दबाव अधिक हैं। इसलिए राज्य और समुदाय को पूरक भूमिका निभानी होगी। वृद्धजन क्लब, day-care centres, community health workers, नियमित tele-counselling, स्थानीय स्वयंसेवक, digital literacy, धार्मिक-सांस्कृतिक सहभागिता, senior citizen helpline और mental health screening जैसे उपाय अकेलेपन को कम कर सकते हैं।

7. निष्कर्ष

वृद्धजन और अकेलेपन का प्रश्न आधुनिक भारतीय समाज की गहरी संरचनात्मक चुनौती को सामने लाता है। वृद्धावस्था में अकेलापन केवल अकेले रहने से उत्पन्न नहीं होता, बल्कि यह संबंधों की गुणवत्ता, सामाजिक भूमिका, स्वास्थ्यगत स्वायत्तता, आर्थिक सुरक्षा, परिवार में सम्मान, समुदाय से जुड़ाव और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता से निर्मित होता है। भारत में वृद्धजन आबादी तेजी से बढ़ रही है; अतः अकेलापन भविष्य में एक बड़े सार्वजनिक स्वास्थ्य और सामाजिक नीति संकट का रूप ले सकता है।

अध्ययन से स्पष्ट है कि वृद्ध महिलाओं में अकेलेपन का जोखिम अधिक है, depressive symptoms वृद्धावस्था में व्यापक हैं, IADL और ADL limitations सामाजिक भागीदारी को सीमित करती हैं, और स्वास्थ्य बीमा की कम पहुँच वृद्धों की असुरक्षा बढ़ाती है। परिवार अभी भी सबसे महत्वपूर्ण सहारा है, परंतु परिवार के साथ रहना तभी उपयोगी है जब उसमें संवाद, सम्मान और सहभागिता हो। वृद्धजन को केवल देखभाल पाने वाला आश्रित नहीं, बल्कि अनुभव, स्मृति, संस्कृति और सामाजिक निरंतरता के वाहक के रूप में देखना आवश्यक है।

इसलिए वृद्ध अकेलेपन को कम करने के लिए बहु-स्तरीय दृष्टिकोण आवश्यक है। परिवार को संवेदनशील बनाना, समुदाय को सक्रिय करना, प्राथमिक स्वास्थ्य व्यवस्था में मानसिक स्वास्थ्य जाँच जोड़ना, वृद्ध महिलाओं और अकेले रहने वाले वृद्धों की विशेष पहचान करना, डिजिटल समावेशन बढ़ाना और स्थानीय स्तर पर वरिष्ठ नागरिक सहभागिता मंच बनाना जरूरी है। अकेलेपन का समाधान केवल साथ रहने में नहीं, बल्कि सार्थक संबंध बनाने में है।

8. सुझाव

प्रत्येक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र में वृद्धजन मानसिक स्वास्थ्य screening को नियमित सेवा बनाया जाना चाहिए।

अकेले रहने वाले वृद्धों, विधवाओं और 80+ आयु वर्ग के लिए स्थानीय स्तर पर नियमित संपर्क व्यवस्था विकसित की जानी चाहिए।

परिवारों में intergenerational संवाद कार्यक्रम चलाए जाने चाहिए ताकि युवा पीढ़ी वृद्धों की भावनात्मक जरूरतों को समझ सके।

प्रत्येक वार्ड या पंचायत स्तर पर senior citizen club, day-care centre या सामुदायिक मिलन-केंद्र स्थापित किए जाने चाहिए।

वृद्ध महिलाओं के लिए पेंशन, स्वास्थ्य बीमा और सामाजिक सहभागिता कार्यक्रमों को प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

डिजिटल साक्षरता कार्यक्रमों के माध्यम से वृद्धों को वीडियो कॉल, ऑनलाइन बैंकिंग, स्वास्थ्य परामर्श और सरकारी सेवाओं से जोड़ा जाना चाहिए।

वृद्ध अकेलेपन को सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या मानते हुए जेरियाट्रिक मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तार किया जाना चाहिए।

धार्मिक, सांस्कृतिक और नागरिक संगठनों को वृद्धजन संवाद, परामर्श और सामाजिक सहभागिता कार्यक्रमों में जोड़ा जाना चाहिए।

संदर्भ

1. विश्व स्वास्थ्य संगठन। "सामाजिक अलगाव और अकेलापन।" डब्ल्यूएचओ, जिनेवा, 2025।
2. विश्व स्वास्थ्य संगठन। "वृद्ध वयस्कों का मानसिक स्वास्थ्य।" डब्ल्यूएचओ, जिनेवा, 2025।
3. संयुक्त राष्ट्र जनसंख्या कोष। इंडिया एजिंग रिपोर्ट 2023. नई दिल्ली: यूएनएफपीए इंडिया, 2023।
4. बार्न्स, जे. ए. "नॉर्वे के एक द्वीपीय पैरिश में वर्ग और समितियाँ।" ह्यूमन रिलेशन्स, खंड 7, अंक 1, पृ. 39-58, 1954।

5. कमिंग, ई., और हेनरी, डब्ल्यू. ई. ग्रोइंग ओल्ड: द प्रोसेस ऑफ डिसएंगेजमेंट. न्यूयॉर्क: बेसिक बुक्स, 1961।
6. हैविघस्ट, आर. जे. "सक्सेसफुल एजिंग।" द जेरोटोलॉजिस्ट, खंड 1, अंक 1, पृ. 8-13, 1961।
7. इंटरनेशनल इंस्टिट्यूट फॉर पॉपुलेशन साइंसेज। लॉन्गिट्यूडिनल एजिंग स्टडी इन इंडिया वेव 1: इंडिया रिपोर्ट. मुंबई: आईआईपीएस, 2020।
8. नीति आयोग। सीनियर केयर रिफॉर्म्स इन इंडिया: रीडमैजनिंग द सीनियर केयर पैराडाइम. नई दिल्ली: भारत सरकार, 2024।
9. गुप्ता, एस., पटेल, आर., और सिंह, ए. "वृद्ध व्यक्तियों में अकेलेपन पर लॉन्गिट्यूडिनल एजिंग स्टडी इन इंडिया से प्राप्त लिंग-आधारित साक्ष्य।" इंटरनेशनल जर्नल ऑफ कम्युनिटी मेडिसिन एंड पब्लिक हेल्थ, 2026।
10. मराठे, वी. इंडियाज शिफ्टिंग डेमोग्राफिक्स एंड चैलेंज ऑफ एल्डरली केयर. नई दिल्ली: सोशल पॉलिसी रिसर्च फाउंडेशन, 2025।
11. सांख्यिकी एवं कार्यक्रम कार्यान्वयन मंत्रालय। एल्डरली इन इंडिया 2021. नई दिल्ली: भारत सरकार, 2021।
12. हेल्पएज इंडिया। वार्षिक रिपोर्ट 2023-24. नई दिल्ली: हेल्पएज इंडिया, 2024।