

धार्मिक क्रियाओं में संलग्न तथा असंलग्न बुजुर्ग महिलाओं तथा पुरुषों के मानसिक स्वास्थ्य का तुलनात्मक अध्ययन

डॉ. अजय कुमार चौधरी¹, लक्ष्मी कुमावत²

¹ सह आचार्य, मनोविज्ञान विभाग, राजकीय मीरा कन्या महाविद्यालय, उदयपुर, राजस्थान, भारत

² शोधार्थी (मनोविज्ञान), मोहनलाल सुखाड़िया विश्वविद्यालय, उदयपुर, राजस्थान, भारत

सारांश

समाज में बुजुर्गों का महत्वपूर्ण योगदान होता है। बुजुर्ग अनुभवों से परिपूर्ण होने के कारण समाज को उन्नति की ओर ले जाने के लिए दिशा निर्देशित करते हैं। बुजुर्गों का मानसिक स्वास्थ्य शारीरिक स्वास्थ्य जितना ही महत्वपूर्ण होता है। बुजुर्ग अपना मानसिक स्वास्थ्य अच्छा रखने हेतु कई गतिविधियों में संलग्न रखने की चेष्टा करते हैं। उनमें से धार्मिक संलग्नता प्रमुख रूप से बुजुर्गों द्वारा उपयोग में ली जाती है। प्रस्तुत शोध पत्र धार्मिक संलग्नता, असंलग्नता का बुजुर्गों के मानसिक स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन करता है। अध्ययन हेतु उदयपुर शहर के 120 महिला व पुरुष बुजुर्ग जो धार्मिक क्रियाओं में संलग्न तथा असंलग्न होते हैं, को यादृच्छिक आधार पर न्यादर्श के रूप में चयनित किया गया। मानसिक स्वास्थ्य के अध्ययन हेतु जगदीश एवं श्रीवास्तव द्वारा निर्मित मेंटल हैल्थ इंडेक्सी का उपयोग किया गया। अध्ययन के परिणाम यह बताते हैं, कि धार्मिक क्रियाओं में संलग्न रहने वाले बुजुर्गों का मानसिक स्वास्थ्य धार्मिक क्रियाओं में असंलग्न रहने वाले बुजुर्गों की तुलना में अच्छा होता है।

मूल शब्द: बुजुर्गों का मानसिक स्वास्थ्य, धार्मिक क्रियाओं में संलग्न तथा असंलग्न बुजुर्ग

प्रस्तावना

मानसिक स्वास्थ्य

मानसिक स्वास्थ्य कल्याण एक ऐसी अवस्था होती है, जिससे व्यक्ति अपनी क्षमताओं को समझता है तथा सामान्य तनाव का सामना करते हुए समाज के विकास में महत्वपूर्ण योगदान प्रदान करता है।

मानसिक स्वास्थ्य हमारे भावनात्मक, मनोवैज्ञानिक तथा सामाजिक कल्याण को प्रेरित करता है। यह हमारे सोचने, महसूस करने और कार्य करने के तरीके को प्रभावित करने के साथ-साथ यह तनाव से सामना करने में भी मदद करता है। बचपन से लेकर वृद्धावस्था तक जीवन के प्रत्येक चरण में मानसिक स्वास्थ्य महत्वपूर्ण है।

मानसिक स्वास्थ्य दैनिक जीवन तथा शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकता है। मानसिक स्वास्थ्य सही होने पर व्यक्ति जीवन का सही आनंद ले सकता है। साथ ही जीवन की गतिविधियों तथा उत्तरदायित्वों के बीच संतुलन प्राप्त कर सकता है।

WHO इस बात पर जोर देता है कि मानसिक स्वास्थ्य "मानसिक विकारों या अक्षमताओं की अनुपस्थिति से कहीं अधिक है।" मानसिक स्वास्थ्य न केवल परिस्थितियों को विकसित करने में बल्कि कल्याण और खुशी को भी बनाए रखता है। WHO इस बात पर भी जोर देता है कि मानसिक स्वास्थ्य को बनाए रखना व्यक्तिगत आधार पर और साथ ही दुनिया के सभी समुदायों और समाजों में महत्वपूर्ण है। अमेरिका में, मानसिक बीमारी पर National Alliance का अनुमान है कि हर साल 5 में से 1 व्यक्ति मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं का अनुभव करता है।

WHO मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने हेतु सरकारों का समर्थन करता है। साथ ही स्वास्थ्य से संबंधित नीतियों और योजनाओं को प्रसारित करने हेतु सरकारों के साथ कार्य कर रहा है। WHO ने 2013 में, "2013-2020 के लिए व्यापक मानसिक स्वास्थ्य कार्य योजना" को मंजूरी दी। यह योजना WHO के सभी सदस्य राज्यों द्वारा मानसिक स्वास्थ्य में सुधार के लिए विशिष्ट कार्यवाही करने और वैश्विक लक्ष्यों के एक सेट की

प्राप्ति में योगदान करने की प्रतिबद्धता है। इस योजना का लक्ष्य मानसिक कल्याण को बढ़ावा देना, मानसिक विकारों को रोकना, देखभाल प्रदान करना, स्वास्थ्य लाभ में वृद्धि करना, मानव अधिकारों को बढ़ावा देना और मानसिक विकारों वाले व्यक्तियों के लिए मृत्यु दर, रुग्णता और विकलांगता को कम करना है।

यह चार प्रमुख उद्देश्यों पर ध्यान केंद्रित करता है—

- मानसिक स्वास्थ्य के लिए प्रभावी नेत्रत्व को मजबूत करना।
- समुदाय में व्यापक, एकीकृत और उत्तरदायी मानसिक स्वास्थ्य और सामाजिक देखभाल सेवाएँ प्रदान करना।
- मानसिक स्वास्थ्य का प्रचार करना।
- मानसिक व्याधियों के रोकथाम के लिए तरीकों को लागू करना।

मानसिक स्वास्थ्य के निर्धारक

व्यक्ति के मानसिक स्वास्थ्य के स्तर को अनेक सामाजिक, मनोवैज्ञानिक और जैविक कारक निर्धारित करते हैं। जैसे हिंसा और लगातार सामाजिक-आर्थिक दबाव मानसिक स्वास्थ्य को सबसे ज्यादा प्रभावित करते हैं। यौन हिंसा इसका सबसे बड़ा सबूत है। खराब मानसिक स्वास्थ्य सामाजिक परिवर्तन, तनावपूर्ण कार्य परिस्थितियों, लिंग भेदभाव, सामाजिक बहिष्कार, अस्वास्थ्यकर जीवनशैली, शारीरिक अस्वस्थता और मनवाधिकारों के उल्लंघन से भी जुड़ा है। कई मनोवैज्ञानिक, आनुवांशिक और व्यक्तित्व कारक भी हैं जो मानसिक स्वास्थ्य को संवेदनशील बनाते हैं।

बुजुर्गों का मानसिक स्वास्थ्य

वृद्ध वयस्क जो 60 वर्ष या उससे अधिक की उम्र के हैं, परिवार व समाज के लिए काफी महत्वपूर्ण योगदान प्रदान करते हैं। कुछ वृद्ध लोगों का मानसिक स्वास्थ्य अच्छा होता है। जिससे वे जीवन का आनंद ले पाते हैं। परंतु कुछ वृद्ध वयस्कों में मानसिक विकार, तंत्रिका संबंधी विकार तथा मादक द्रव्यों के सेवन की समस्याओं के साथ साथ मधुमेह रोग, सुनने में समस्या जैसी अन्य

स्वास्थ्य स्थितियों के विकसित होने का खतरा होता है। उम्र के इस पड़ाव में वृद्ध कई प्रकार की मानसिक परिस्थितियों का सामना करते हैं।

विश्व में तेजी से बढ़ रही आबादी में वृद्ध लोगों की संख्या भी बढ़ रही है तथा इनमें होने वाली शारीरिक व मानसिक समस्या भी विकसित हो रही है। वृद्ध लोगों को कई प्रकार की चुनौतियों का सामना करना पड़ता है जिन्हें पहचानने की आवश्यकता है। लगभग 20% से अधिक वृद्ध मानसिक या तंत्रिका संबंधी विकार से पीड़ित हैं और 6.6% वृद्धों की आबादी विकलांगता से पीड़ित है। वृद्ध लोगों में सबसे आम मानसिक और तंत्रिका संबंधी विकार मनोभ्रंश और अवसाद है जो दुनिया के लगभग 5% और 7% को प्रभावित करता है। चिंता विकार 3-8% वृद्ध आबादी को प्रभावित करता है। मादक द्रव्यों के सेवन की समस्या लगभग 1% को प्रभावित करती है।

बुजुर्गों में मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के कारक

मानसिक स्वास्थ्य की समस्या जीवन के किसी भी समय हो सकती है। वृद्ध लोगों में उनकी क्षमताओं में निरंतर हानि और कार्यात्मक क्षमता में गिरावट होने पर उनमें तनाव का अनुभव होने लगता है। वृद्ध लोगों में उनकी कम गतिशीलता, पुराना दर्द, कमजोरी या अन्य स्वास्थ्य समस्याओं का अनुभव होता है तब उन्हें दीर्घकालीन देखभाल की आवश्यकता होती है। इसके अलावा वृद्ध लोगों के जीवन साथी की मृत्यु, सेवानिवृत्ति के साथ सामाजिक आर्थिक स्थिति में गिरावट जैसी घटनाओं का अनुभव होने की अधिक संभावना होती है। इन सभी तनावों के परिणामस्वरूप वृद्ध लोगों में अलगाव, अकेलापन या मनोवैज्ञानिक संकट हो सकता है। मानसिक स्वास्थ्य का शारीरिक स्वास्थ्य पर भी विपरीत प्रभाव पड़ता है। जैसे हृदय रोगियों में स्वस्थ लोगों की तुलना में अवसाद की मात्रा अधिक पाई जाती है।

बुजुर्ग महिलाओं का मानसिक स्वास्थ्य

बुजुर्ग वयस्क महिलाओं में मानसिक स्वास्थ्य अक्सर उनके शारीरिक स्वास्थ्य के नीचे छिपा होता है, जिसमें हार्मोनल परिवर्तन, पुरानी बीमारियों का विकास या अल्जाइमर या अन्य मनोभ्रंश जैसे संज्ञानात्मक विकारों की शुरुआत शामिल है। जब मानसिक स्वास्थ्य को संबोधित करने की बात आती है, तो वृद्ध वयस्कों के मानसिक स्वास्थ्य को किसी भी अन्य आयु वर्ग की तुलना में अधिक अनदेखा किया जाता है। हम अक्सर यह भूल जाते हैं कि वृद्धावस्था में जाना भी एक सतत यात्रा है जो कई लोगों को कठिन लगती है। इस विकासात्मक चरण में कई जीवन परिवर्तन, दुरुख और शोक, प्रवर्धित आत्म-प्रतिबिंब और उपलब्धियों की समीक्षा, और जीवन के इस चरण की आशा शामिल है। महिलाओं द्वारा अनुभव किए जाने वाले जीवन तनाव उम्र के साथ अवसाद या चिंता विकसित करने की संभावना में योगदान करते हैं। वृद्ध वयस्क महिलाओं में देखी जाने वाली सबसे आम मानसिक स्वास्थ्य स्थितियां चिंता और अवसाद हैं। वृद्ध वयस्क सहायक में रहने वाले व्यक्ति के बीच अवसाद की अनुमान दर 10 से 30% है और कम आय वाली वृद्ध वयस्क महिलाओं और सामाजिक समर्थन की कमी वाले लोगों में सबसे अधिक है।

बुजुर्ग पुरुषों का मानसिक स्वास्थ्य

महिलाओं की तुलना में तीन गुना अधिक पुरुष आत्महत्या से मरते हैं। ब्रिटेन में 40-49 आयु वर्ग के पुरुषों में आत्महत्या की दर सबसे अधिक है। सरकार के राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अनुसार पुरुष महिलाओं की तुलना में जीवन संतुष्टि के निम्न स्तर की रिपोर्ट करते हैं। महिलाओं की तुलना में पुरुषों के मनोवैज्ञानिक उपचारों तक पहुंचने की संभावना कम है। इसके

अलावा, पुरुषों के महिलाओं की तुलना में लापता होने, खराब नींद लेने, शराब पर निर्भर होने और अक्सर नशीली दवाओं का उपयोग करने की संभावना अधिक होती है।

कुछ शोध यह भी बताते हैं कि जो पुरुष अपनी भावनाओं के बारे में खुलकर बात नहीं कर सकते, वे अपने आप में मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के लक्षणों को पहचानने में कम सक्षम हो सकते हैं, और समर्थन के लिए पहुंचने की संभावना कम हो सकती है।

पुरुष संभावित रूप से हानिकारक तरीकों जैसे कि ड्रग्स या अल्कोहल का उपयोग करने की अधिक संभावना रखते हैं, और अपने मानसिक स्वास्थ्य के बारे में परिवार या दोस्तों से बात करने की कम संभावना रखते हैं। हालांकि, शोध से पता चलता है कि पुरुष मदद तक पहुंचेंगे जो उनकी प्राथमिकताओं को पूरा करती है, और पहुंच में आसान, सार्थक और आकर्षक है।

साहित्य की समीक्षा

मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ पुरुषों की तुलना में महिलाओं को अधिक प्रभावित करती है। दुर्व्यवहार अक्सर महिलाओं की मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं का एक कारक होता है। विभिन्न सामाजिक कारक पुरुषों की तुलना में महिलाओं को खराब मानसिक स्वास्थ्य के अधिक जोखिम में डालते हैं। महिलाओं में उपचारों को संवेदनशील होना चाहिए और लिंग भेद को प्रतिबिम्बित करना चाहिए।

Joan S- Girgus] Kaite Yang *et al* (2017) के अनुसार कई महामारी विज्ञान रिपोर्टों में पाया गया कि किशोर, युवा वयस्क और मध्यम आयु वर्ग की वयस्क लड़कियों और महिलाओं में unipolar depression का निदान होने की संभावना अधिक होती है और समान उम्र के लड़कों और पुरुषों की तुलना में अवसाद के अधिक लक्षण पाये जाते हैं। उनके अध्ययन का उद्देश्य था कि क्या यह अंतर वृद्धावस्था में भी बना रहता है। उन्होंने परिणाम में पाया कि यह अंतर वृद्धावस्था में भी अंतर बना रहता है।

Maria Victoria Zunzunegui] Nadia Minicuci *et al* (2007) के अध्ययन का उद्देश्य क्या इज़राइल और यूरोपियन देशों में अवसादग्रस्तता के लक्षण वृद्ध महिलाओं व पुरुषों में भिन्न होते हैं। अध्ययन करने पर पाया गया कि स्वीडन को छोड़कर हर देश में पुरुषों की तुलना में महिलाओं में अवसाद के लक्षणों की व्यापकता अधिक थी।

Maria Victoria Zunzunegui] Beatriz & Eugenia Alvarado *et al* (2009) के अध्ययन का उद्देश्य वृद्ध महिलाओं तथा पुरुषों के बीच स्वास्थ्य और कार्यात्मक स्थिति में अंतर का पता लगाना था। यह अध्ययन अमेरिका और कैरिबियाई शहरों के 60 वर्ष और उससे अधिक उम्र के वृद्धों पर किया गया। परिणाम में पाया गया कि पुरुषों की तुलना में महिलाओं में अधिक खराब स्वास्थ्य पाया गया।

Nancy A Pachana] Deirdre McLaughlin *et al* (2012) का उद्देश्य यह पता लगाना था कि क्या महिलाएं पुरुषों की तुलना में अवसाद होने की अधिक शिकायत करती हैं। और यह लिंग अंतर वृद्धावस्था में भी जारी रहता है। यह अध्ययन 78 पुरुष तथा 111 महिलाओं जिनकी उम्र 82-87 वर्ष थी पर किया गया। यह अध्ययन करने हेतु महिलाओं तथा पुरुषों द्वारा चिंता के लिए ढमतपंजतपब AnUxiety Inventory, अवसाद के लिए Patient Health Questionnaire; PHQ9, सामान्य मनोवैज्ञानिक कल्याण के लिए Mental Health subscale of SF&36, सामान्य स्वास्थ्य के लिए general health item of SF&36 तथा संज्ञानात्मक स्थिति के लिए Telephone Interview for Cognitive Status (TICS) भरवाया गया। परिणाम में पाया गया कि संज्ञानात्मक स्थिति, सामान्य स्वास्थ्य और शिक्षा को नियंत्रित करने के बाद किसी भी मनोवैज्ञानिक कारक पर कोई महत्वपूर्ण लिंग अंतर नहीं पाया गया।

Luca padua] Patrizio Pasqualetti *et al* (2018) के अध्ययन का उद्देश्य वृद्ध लोगों के कल्याण पर लिंग के प्रभाव की जांच करना था। यह अध्ययन मुगलों क्षेत्र में रहने वाले सामान्य लोगों के जीवन की गुणवत्ता का मूल्यांकन Survey Scoring SF&12 द्वारा किया गया। The 15&item Geriatric Depression Scale तथा Basic and Instrumental Activity of Daily Living scale का भी आकलन किया गया। परिणाम में पाया गया कि महिलाएं पुरुषों की तुलना में अधिक समय तक जीवित रहती हैं, लेकिन खराब जीवन गुणवत्ता के साथ।

Kim M Kiely] Brooke Brady *et al* (2019) के अनुसार वृद्ध पुरुषों की तुलना में, वृद्ध महिलाओं में अवसाद और चिंता जैसी सामान्य मानसिक विकारों के होने की संभावना अधिक होती है। इसके विपरीत, वृद्ध पुरुषों में आत्महत्या सहित खराब मानसिक स्वास्थ्य के मृत्यु संबंधी प्रभाव अधिक पाये जाते हैं। यह लिंग विभिन्नता देश और समाजों में अलग-अलग पाई जाती है।

Soraya Seedat] Kate Margaret Scott *et al* (2009) के अध्ययन का उद्देश्य था कि विश्व स्वास्थ्य संगठन विश्व मानसिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण पहल में 15 देशों के समूह में DSM&IV मानसिक विकारों के जीवनकाल में लिंग अंतर में समय-स्थान (समूह-देश) भिन्नता का अध्ययन करना और यह निर्धारित करना कि यह भिन्नता समय-स्थान भिन्नता से महत्वपूर्ण रूप से संबन्धित है। यह अध्ययन अफ्रीका, अमेरिका, एशिया, यूरोप, मध्य पूर्व और प्रशांत में समुदायों में रहने वाले 72,933 वयस्कों पर Face & to & face household survey द्वारा किया गया। परिणाम में पाया गया कि सभी समूहों और देशों में, महिलाओं को पुरुषों की तुलना में अधिक चिंता और मनोदशा संबन्धित विकार थे, और पुरुषों में महिलाओं की तुलना में अधिक बाहरी और मादक द्रव्य विकार थे।

Lihong Eao] Guanghong Han *et al* (2020) के अनुसार पुरुषों की तुलना में, महिलाओं में अवसाद के रोगियों का एक बड़ा हिस्सा होता है। व्यवहार आनुवंशिकी अनुसंधान अवसाद के आनुवंशिक आधार में लिंग अंतर पाते हैं। इन्होंने अपने अध्ययन में पाया कि प्रासंगिक शोध की समीक्षा के बाद आनुवंशिकता और अवसाद से जुड़े जीन में लिंग अंतर होता है।

Research Methodology (कार्य-प्रणाली)

प्रतिदर्श

इस शोध के लिए प्रतिदर्श चयन के लिए सुविधानुसार प्रतिदर्श (Convenience Sampling) का प्रयोग किया गया। प्रतिदर्श चयन के लिए राजस्थान के उदयपुर, जिले से यादृच्छिक आधार पर कुल 120 प्रतिदर्श का चयन किया गया जो कि न्यादर्श परिकल्प (Sample Design) के अनुसार है। यह प्रतिदर्श 60-80 वर्ष के 2 प्रकार के बुजुर्गों से लिया गया। इनमें से 30 बुजुर्ग धार्मिक क्रियाओं में संलग्न तथा 30 धार्मिक क्रियाओं में असंलग्न थे। उसी प्रकार 30 महिला बुजुर्ग तथा 30 पुरुष बुजुर्ग थे।

शोध परिकल्प

इस शोध के लिए 2x2 कारक डिजाइन (Factorial design) का उपयोग किया गया।

	महिला बुजुर्ग (B1)	महिला बुजुर्ग (B1)
संलग्नता - (A ₁)	समूह I (A ₁ B ₁) N=30	समूह II (A ₁ B ₂) N=30
असंलग्नता - (A ₂)	समूह III (A ₂ B ₁) N=30	समूह IV (A ₂ B ₂) N=30

स्वतंत्र चर

धार्मिक क्रिया कलाप (संलग्नता/असंलग्नता)
बुजुर्गों का प्रकार (महिला/पुरुष)

आश्रित चर

मानसिक स्वास्थ्य उपकरण विवरण

इस शोध हेतु एक पर्सनल बायो डाटा इवेंट्री बनाया गया जिसमें न्यादर्श के व्यक्तिगत प्रश्नों की सूची बनाई गई। जिसमें नाम, पता, आयु, लिंग, उम्र, धार्मिक क्रियाओं में संलग्नता तथा असंलग्नता से संबन्धित प्रश्न हैं। मानसिक स्वास्थ्य कारकों के मापन हेतु डॉ जगदीश तथा डॉ ए.के. श्रीवास्तव द्वारा निर्मित मेंटल हैल्थ इवेंट्री (M-H-I-) का भी प्रयोग किया गया। यह सूची कुल 6 मानसिक स्वास्थ्य कारकों (सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन (PSE), वास्तविकता का प्रत्यक्षण (PR), व्यक्तित्व का एकीकरण (IP), स्वायत्तता (AUTNY), समूह उन्मुख अभिवृत्ति (GOA), पर्यावरणीय दक्षता (म्ड)) का मापन करता है। इसमें कुल 56 प्रश्न हैं, जो मानसिक स्वास्थ्य के 6 क्षेत्रों का मापन करते हैं। इस सूची की विश्वसनीयता (0.73) है, तथा वैधता (0.54) है।

आकड़ों का संग्रहण

आकड़ों के संग्रहण हेतु सर्वे शोध विधि का प्रयोग किया गया। सबसे पहले 120 बुजुर्गों से व्यक्तिगत रूप से संपर्क किया गया, तथा उनसे पर्सनल बायो डाटा इवेंट्री भरवाई गई। उसके बाद उनसे मेंटल हैल्थ इवेंट्री (M-H-I-) भी भरवाई गई तथा प्राप्त आंकड़ों का 2 Way ANOVA तथा t test द्वारा सांख्यिकीय विश्लेषण किया गया।

आकड़ों का विश्लेषण

द्विवर्गीय प्रसरण द्वारा संलग्नता, लिंग व इनकी पारस्परिक क्रियाओं का मानसिक स्वास्थ्य के विभिन्न क्षेत्रों पर पड़ने वाले प्रभाव को सारणी 1 में दर्शाया गया है।

सारणी संख्या 1: मानसिक स्वास्थ्य पर धार्मिकता एवं लिंग के प्रभाव हेतु द्विवर्गीय प्रसरण द्वारा प्राप्त परिणाम

मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र	मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र (A)	लिंग (B)	परस्परिक क्रिया (A x B)	
सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन	F अनुपात	1078.01	148.06	65.24
	P मान	0.01	0.01	0.01
वास्तविकता का प्रत्यक्षण	F अनुपात	882.42	483.43	11.57
	P मान	0.01	0.01	0.01
व्यक्तित्व का एकीकरण	F अनुपात	2101.63	391.00	5.57
	P मान	0.01	0.01	0.02
स्वायत्तता	F अनुपात	626.80	285.17	2.47

	P मान	0.01	0.01	0.47
समूह उन्मुख अभिवृत्ति	F अनुपात	3311.51	15.30	135.32
	P मान	0.01	0.01	0.01
पर्यावरणीय दक्षता	F अनुपात	187.77	265.77	16.83
	P मान	0.01	0.01	0.01
कुल मानसिक स्वास्थ्य	F अनुपात	8109.49	22.68	15.52
	P मान	0.01	0.01	0.01

उपरोक्त सारणी को देखने पर यह स्पष्ट होता है, कि धार्मिक क्रियाओं में संलग्नता व असंलग्नता हेतु मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन (F अनुपात= 1078.01, P <0.01), वास्तविकता का प्रत्यक्षण (F अनुपात= 882.42, P <0.01), व्यक्तित्व का एकीकरण (F अनुपात= 2101.63, P <0.01), स्वायत्तता (F अनुपात= 626.80, P <0.01), समूह उन्मुख अभिवृत्ति (F अनुपात= 3311.51, P <0.01), पर्यावरणीय दक्षता (F अनुपात= 1877.77, P <0.01), Total (F अनुपात= 8109.49, P <0.01) प्राप्त हुआ जो कि यह दर्शाता है, कि धार्मिक क्रियाओं में संलग्नता व असंलग्नता वाले बुजुर्गों के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन, वास्तविकता का प्रत्यक्षण, व्यक्तित्व का एकीकरण, स्वायत्तता, समूह उन्मुख अभिवृत्ति, पर्यावरणीय दक्षता, कुल मानसिक स्वास्थ्य में सार्थक अंतर होता है।

उपरोक्त सारणी को देखने पर यह स्पष्ट होता है, कि धार्मिक क्रियाओं में संलग्न व असंलग्न बुजुर्गों के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन, वास्तविकता का प्रत्यक्षण, व्यक्तित्व का एकीकरण, स्वायत्तता, समूह उन्मुख अभिवृत्ति, पर्यावरणीय दक्षता, कुल मानसिक स्वास्थ्य में सार्थक अंतर होता है।

उपरोक्त सारणी को देखने पर यह स्पष्ट होता है, कि लिंग (महिला/पुरुष) हेतु मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन (F अनुपात= 148.06, P <0.01), वास्तविकता का प्रत्यक्षण (F अनुपात= 1483.43, P <0.01), व्यक्तित्व का एकीकरण (F अनुपात= 391.00, P <0.01), स्वायत्तता (F अनुपात= 285.17, P <0.01), समूह उन्मुख अभिवृत्ति (F अनुपात= 15.30, P <0.01), (F अनुपात= 265.77, P <0.01), Total (F अनुपात= 22.68, P <0.01) प्राप्त हुआ जो कि यह दर्शाता है, कि महिला व पुरुष बुजुर्गों के सकारात्मक

आत्म-मूल्यांकन, वास्तविकता का प्रत्यक्षण, व्यक्तित्व का एकीकरण, स्वायत्तता, समूह उन्मुख अभिवृत्ति, पर्यावरणीय दक्षता, कुल में सार्थक अंतर होता है।

उपरोक्त सारणी को देखने पर यह स्पष्ट होता है, कि महिला व पुरुष बुजुर्गों के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन, वास्तविकता का प्रत्यक्षण, व्यक्तित्व का एकीकरण, स्वायत्तता, समूह उन्मुख अभिवृत्ति, पर्यावरणीय दक्षता, कुल मानसिक स्वास्थ्य में सार्थक अंतर होता है।

उपरोक्त सारणी को देखने पर यह स्पष्ट होता है, कि पारस्परिक क्रिया हेतु मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन (F अनुपात= 65.24, P <0.01), वास्तविकता का प्रत्यक्षण (F अनुपात= 11.57, P <0.01), व्यक्तित्व का एकीकरण (F अनुपात= 5.57, P <0.02), समूह उन्मुख अभिवृत्ति (F अनुपात= 135.32, P <0.01), (F अनुपात= 16.83, P <0.01), TOTAL (F अनुपात= 15.52, P <0.01) प्राप्त हुआ जो कि यह दर्शाता है, कि इनकी पारस्परिक क्रियाओं के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन, वास्तविकता का प्रत्यक्षण, व्यक्तित्व का एकीकरण, समूह उन्मुख अभिवृत्ति, पर्यावरणीय दक्षता, कुल में सार्थक अंतर होता है।

उपरोक्त सारणी को देखने पर यह स्पष्ट होता है, कि धार्मिक क्रियाओं में संलग्न व असंलग्न महिला व पुरुष बुजुर्गों के पारस्परिक क्रिया में सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन, वास्तविकता का प्रत्यक्षण, व्यक्तित्व का एकीकरण, स्वायत्तता, समूह उन्मुख अभिवृत्ति, पर्यावरणीय दक्षता, कुल मानसिक स्वास्थ्य में सार्थक अंतर होता है।

धार्मिक कार्यों में संलग्न तथा असंलग्न बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य के विभिन्न क्षेत्रों की तुलना सारणी संख्या 2 में दर्शाया गया है।

सारणी संख्या 2: धार्मिक क्रियाओं में संलग्न तथा असंलग्न बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य की तुलना

		N	माध्य	मानक विचलन	औसत अंतर	't'	p मान
सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन	संलग्न	60	35.417	1.835	10.433	19.654	0.000
	असंलग्न	60	24.983	3.680			
वास्तविकता का प्रत्यक्षण	संलग्न	60	29.817	3.572	9.750	13.054	0.000
	असंलग्न	60	20.067	4.551			
व्यक्तित्व का एकीकरण	संलग्न	60	43.950	3.505	15.533	21.996	0.000
	असंलग्न	60	28.417	4.200			
स्वायत्तता	संलग्न	60	22.600	3.264	8.500	13.537	0.000
	असंलग्न	60	14.100	3.606			
समूह उन्मुख अभिवृत्ति	संलग्न	60	42.483	3.067	18.633	38.283	0.000
	असंलग्न	60	23.850	2.193			
पर्यावरणीय दक्षता	संलग्न	60	34.567	3.689	13.733	23.577	0.000
	असंलग्न	60	20.833	2.598			

	महिला	60	30.283	7.783			
कुल	पुरुष	60	168.517	37.213	4.050	0.570	0.570
	महिला	60	172.567	40.568			

उपरोक्त सारणी को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन का मध्यमान 28.267 तथा महिला बुजुर्गों के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन का मध्यमान 32.133 प्राप्त हुआ। 't' का मान 3.726 प्राप्त हुआ जो कि 0.01 स्तर पर सार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष बुजुर्गों व महिला बुजुर्गों के सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन में सार्थक अंतर होता है। मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि महिला बुजुर्गों का सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन, पुरुष बुजुर्गों की तुलना में अधिक होता है।

सारणी को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों के वास्तविकता का प्रत्यक्षण का मध्यमान 28.550 तथा महिला बुजुर्गों के वास्तविकता का प्रत्यक्षण का मध्यमान 21.333 प्राप्त हुआ। 't' का मान 7.515 प्राप्त हुआ जो कि 0.01 स्तर पर सार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष बुजुर्गों व महिला बुजुर्गों के वास्तविकता का प्रत्यक्षण में सार्थक अंतर होता है। मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों का वास्तविकता का प्रत्यक्षण, महिला बुजुर्गों की तुलना में अधिक होता है।

सारणी को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों के व्यक्तित्व का एकीकरण का मध्यमान 32.833 तथा महिला बुजुर्गों के व्यक्तित्व का एकीकरण का मध्यमान 39.533 प्राप्त हुआ। 'ज' का मान 4.556 प्राप्त हुआ जो कि 0.01 स्तर पर सार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष बुजुर्गों व महिला बुजुर्गों के व्यक्तित्व का एकीकरण में सार्थक अंतर होता है। मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि महिला बुजुर्गों के व्यक्तित्व का एकीकरण, पुरुष बुजुर्गों की तुलना में अधिक होता है।

सारणी को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों की स्वायत्तता का मध्यमान 21.217 तथा महिला बुजुर्गों की स्वायत्तता का मध्यमान 15.483 प्राप्त हुआ। 't' का मान 6.720 प्राप्त हुआ जो कि 0.01 स्तर पर सार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष बुजुर्गों व महिला बुजुर्गों की स्वायत्तता में सार्थक अंतर होता है।

मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों की स्वायत्तता, महिला बुजुर्गों की तुलना में अधिक होती है। सारणी को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों की समूह उन्मुख अभिवृत्ति का मध्यमान 32.533 तथा महिला बुजुर्गों की समूह उन्मुख अभिवृत्ति का मध्यमान 33.800 प्राप्त हुआ। 't' का मान 0.712 प्राप्त हुआ जो कि 0.478 स्तर पर असार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष बुजुर्गों व महिला बुजुर्गों की समूह उन्मुख अभिवृत्ति में अंतर नहीं होता है। मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष व महिला बुजुर्गों की समूह उन्मुख अभिवृत्ति समान होती है।

सारणी को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष बुजुर्गों के पर्यावरणीय दक्षता का मध्यमान 25.117 तथा महिला बुजुर्गों की पर्यावरणीय दक्षता का मध्यमान 30.283 प्राप्त हुआ। 't' का मान 3.949 प्राप्त हुआ जो कि 0.01 स्तर पर सार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष बुजुर्गों व महिला बुजुर्गों की पर्यावरणीय दक्षता में सार्थक अंतर होता है। मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि महिला बुजुर्गों की पर्यावरणीय दक्षता, पुरुष बुजुर्गों की तुलना में अधिक होती है।

पुरुष बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य के सभी कारकों के कुल योग का मध्यमान 168.517 तथा महिला बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य के सभी कारकों के कुल योग का मध्यमान 172.567 प्राप्त हुआ। 't' का मान 0.570 प्राप्त हुआ जो कि 0.570 स्तर पर असार्थक है। इसका तात्पर्य यह है, कि पुरुष तथा महिला बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य में सार्थक अंतर नहीं होता है। मध्यमान अंकों को देखने पर स्पष्ट होता है, कि पुरुष तथा महिला बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य समान होता है।

धार्मिक क्रियाओं में संलग्न महिला तथा पुरुष बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य के विभिन्न क्षेत्रों की तुलना सारणी संख्या 4 में दर्शाया गया है।

सारणी संख्या 4: धार्मिक क्रियाओं में संलग्न महिला तथा पुरुष बुजुर्गों की मानसिक स्वास्थ्य की तुलना

		N	माध्य	मानक विचलन	औसत अंतर	't'	p मान
सकारात्मक आत्म-मूल्यांकन	संलग्न पुरुष	30	34.767	1.736	1.300	2.913	0.005
	संलग्न महिला	30	36.067	1.721			
वास्तविकता का प्रत्यक्षण	संलग्न पुरुष	30	32.867	1.737	6.100	12.890	0.000
	संलग्न महिला	30	26.767	1.924			
व्यक्तित्व का एकीकरण	संलग्न पुरुष	30	41.000	1.930	5.900	12.223	0.000
	संलग्न महिला	30	46.900	1.807			
स्वायत्तता	संलग्न पुरुष	30	25.200	2.091	5.200	10.276	0.000
	संलग्न महिला	30	20.000	1.819			
समूह उन्मुख अभिवृत्ति	संलग्न पुरुष	30	39.967	1.712	5.033	11.224	0.000
	संलग्न महिला	30	45.000	1.762			
पर्यावरणीय दक्षता	संलग्न पुरुष	30	31.333	1.749	6.467	14.399	0.000
	संलग्न महिला	30	37.800	1.730			
कुल	संलग्न पुरुष	30	205.133	4.688	7.400	6.278	0.000
	संलग्न महिला	30	212.533	4.439			

5. <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health> retrieved on 12/10/2021
6. <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/m/men-and-mental-health> retrieved on 6/07/2021
7. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> retrieved on 08/08/2021
8. Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing, *Maturitas*, 2019, 76-84.
9. Pachana NA, McLaughlin D, Leung J. Anxiety and depression in adults in their eighties: do gender differences remain?, *International psychogeriatrics*,2012;24(1):145-150.
10. Padua L, Pasqualetti P, Coraci D. Gender effect on well-being of the oldest old: a survey of nonagenarians living in Tuscany: the Mugello study, *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*,2018;39(3):209-517.
11. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys, *Archives of general Psychiatry*,2009;66(7):785-795.
12. Zhao L, Han G, Zhao Y. Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics, *Frontiers in Genetics*, 2020. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33193645/> on 6/07/2021
13. Zunzunegui MV, Alvarado BE, Beland F. Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean, *Social Science & Medicine*, 2009, 1982:68(2):235-2342.
14. Zunzunegui MV, Minicuci N, Blumstein T. Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison: the CLESA project, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,2007;42(3):198-207.