

MENTAL HEALTH PROMOTION AND SUICIDE PREVENTION

मानसिक स्वास्थ्य प्रोत्साहन और आत्महत्या रोकथाम



WORLD
MENTAL
HEALTH
DAY



TABLE OF CONTENTS

विषय सूची	Page
Message from the WFMH President, <i>Alberto Trimboli</i>	3
अध्यक्ष का संदेश	
Mental Illness and Suicide Prevention, <i>Gabriel Ivbijaro, LucjaKolkiewicz, Sir David Goldberg KBE, Michelle Riba, IsatouN'jie, Jeffrey Geller...</i>	4
मानसिक बीमारी और आत्महत्या रोकथाम	
The Warning Signs of Suicide, <i>Befrienders</i>	10
आत्महत्या के संकेत	
Suicide and Older Adults, <i>Carlos A de Monedoca Lima, D. De Leo, U. Arnautovska, et al</i>	12
आत्महत्या और वृद्ध वयस्क	
The Role of the Media in Promoting and Preventing Suicide, <i>International Association for Suicide Prevention</i>	19
आत्महत्या को बढ़ावा देने और रोकने में मीडिया की भूमिका	
Opening Minds, Opening Doors—Media Guidelines, <i>World Federation for Mental Health</i>	21
खोलिये दिमाग, खोलिये दरवाजे – मीडिया दिशानिर्देश	
Recommendations for Reporting on Suicide©, <i>In Collaboration with Several International Organizations</i>	
आत्महत्या की सूचना के लिए सिफारिशें, विविध अन्तर्राष्ट्रीय संगठनों के सहयोग से	23

The Impact of Suicide, <i>Susan Weinstein</i>	
आत्महत्या का प्रभाव	25
Beyond the Why, <i>Natasha Müller</i>	
क्यों से परे	27
A Caring Conversation: What Suicide Prevention Can Look Like, <i>Robert Olson/Centre for Suicide Prevention</i>	
एक परवाह भरी बातचीत, आत्महत्या रोकथाम किस तरह हो सकता है ।	29
National Suicide Prevention Strategies: Progress and Challenges at Global Level, <i>Ella Arensman, Murad Khan</i>	
आत्महत्या रोकथाम की राष्ट्रीय रणनीतियाँ : वैश्विक स्तर पर प्रगति और चुनौतियाँ	33
Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit, <i>World Health Organization and Mental Health Commission of Canada</i>	
आत्महत्या को रोकना : एक सामुदायिक जुड़ाव उपकरण	35
World of Thanks.....	39
धन्यवाद की दुनिया	

अध्यक्ष का संदेश — MESSAGE FROM THE PRESIDENT

प्रिय मित्रों,

This year, the World Federation for Mental Health (WFMH) has decided to make “suicide prevention” the main theme of World Mental Health Day.

इस वर्ष, विश्व मानसिक स्वास्थ्य महासंघ (WFMH) ने विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस पर “आत्महत्या की रोकथाम” को मुख्य विषय बनाने का निर्णय लिया है।

यद्यपि आत्घाती व्यवहार पूरे मनुष्य इतिहास में मौजूद रहा है, यह दुनिया के सभी हिस्सों में धीरे-धीरे बढ़ा है और पिछले कुछ दशकों में, खतरनाक आंकड़ों के स्तर पर पहुँच गया है।

यद्यपि विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ने कई वर्षों से आत्महत्या को प्राथमिकता का मुद्दा बनाया, इस बात पर जोर देना महत्वपूर्ण है कि यह एक ऐसा विषय है जिसने सदियों से अध्ययन के अधिकांश क्षेत्रों को आकर्षित किया है; दर्शन शास्त्र, धर्म, चिकित्सा, समाजशास्त्र, जैवविज्ञान, कानून और मनोविज्ञान द्वारा इसका पता लगाया गया है।

डब्ल्यूएचओ के अनुसार, आत्महत्या के कारण एक वर्ष में 8,00,000 से अधिक लोगों की मृत्यु हो जाती है, जिससे यह पन्द्रह से उन्तीस साल की उम्र के लोगों का भी मृत्यु का प्रमुख कारण बन जाता है। अक्सर यह माना जाता है कि केवल वयस्क ही आत्मघाती व्यवहार प्रदर्शित करते हैं, लेकिन इस बात पर भी जोर देना चाहिए कि बहुत से बच्चे और युवा इस तरह के व्यवहार को हिंसा, यौन शोषण, धमकाने और साइबर हमले के परिणामस्वरूप करते हैं।

आत्महत्या एक वैश्विक सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है जो वैज्ञानिक और पेशेवर संगठनों, मानसिक स्वास्थ्य उपयोगकर्ताओं और उनके परिवारों और विश्वविद्यालयों सहित मानसिक स्वास्थ्य के क्षेत्र में सभी अभिनेताओं के ध्यान योग्य है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य अधिकारियों का ध्यान आकर्षित करना विशेष रूप से महत्वपूर्ण है क्योंकि आत्महत्या को रोकने और जनता के मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए रणनीति स्थापित करने के उद्देश्य से सुझाव और निर्देशों को तैयार करना उनकी जिम्मेदारी है। प्रिन्ट और दृश्य श्रव्य माध्यम और सोशल मीडिया दोनों की भूमिक कम महत्वपूर्ण नहीं है, क्योंकि उनकी भागीदारी सकारात्मक होने के साथ साथ नकारात्मक प्रभाव भी डाल सकती है, क्योंकि यह इस बात पर निर्भर करता है कि वे इस विषय पर कैसे ध्यान देते हैं।

ऐसे कई जटिल कारक हैं जो एक आत्महत्या में योगदान देते हैं, लेकिन यह सबसे महत्वपूर्ण है कि हमारे प्रयासों को रोकथाम की ओर बढ़ाया जाए।

आत्महत्या भ्रामक, दर्दनाक और रहस्यमय है, लेकिन यह रोके जाने योग्य है। डब्लूएफएमएच आत्महत्याओं की संख्या में वृद्धि के बारे में चिंतित है पर इसकी रोकथाम के लिए संसाधनों, शिक्षा, संकट स्थिति संबंधित कोई कार्य योजना नहीं बना रहे हैं। यही कारण है कि हमने 2019 के अभियान में इस विषय को हमारा ध्यान केन्द्रित करने के लिए चुना है।

हमें उम्मीद है कि यह सामग्री आपको और आपके समुदाय को शिक्षित करने के लिए जानकारी देगी। हमें आशा है कि यह जानकारी आपको दूसरों की अधिक मदद करने, लक्षणों को पहचानने और आशा पूर्वक अधिक जान बचाने के लिए प्रेरित करेगी। लोगों को अंधेरे से दूर और उजाले में वापस लाने के लिए हमें अपनी लड़ाई को एक साथ जारी रखना चाहिए।

इस वर्ष हमसे जुड़े क्योंकि हम आत्महत्या की रोकथाम पर ध्यान केन्द्रित कर रहे हैं। हम इस सकारात्मक बदलाव को एक विचित्र वर्ष बनाने के लिए दुनिया भर के समूहों के साथ साझेदारी और सहयोग कर रहे हैं। आशा है कि आप हमारे प्रयासों का समर्थन करेंगे और आत्महत्या की रोकथाम पर लोकप्रियता बनाए रखेंगे। विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस पर आपके निरंतर समर्थन के लिए धन्यवाद !



Alberto Trimboli

WFMH Board President

मानसिक बीमारी और आत्महत्या रोकथाम – MENTAL ILLNESS AND SUICIDE PREVENTION

Gabriel Ivbijaro, Lucja Kolkiewicz, Sir David Goldberg KBE, Michelle Riba, Isatou N'jie, Jeffrey Geller

World Mental Health Day 2019 focuses on the major public concern of mental health promotion and suicide prevention.

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस 2019 मानसिक स्वास्थ्य संवर्धन की प्रमुख सार्वजनिक चिंताओं और आत्महत्या रोकथाम पर केन्द्रित है ।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार, हर साल 8,00,000 से अधिक लोग आत्महत्या करते हैं । उच्च आय वाले देशों में आत्महत्या को एक गंभीर समस्या माना जाता है और अमेरिका में मौत का दसवां प्रमुख कारण (अमेरिकन फाउंडेशन फॉर सुसाइड प्रिवेंशन 2017) है, चीन में यह भी मौत का पांचवा प्रमुख कारण है और 79% आत्महत्या निम्न और मध्यम आय वाले देशों में (WHO 2018) होती है ।

राष्ट्रों के अन्दर आत्महत्या और विभिन्न राष्ट्रों के बीच की दर भिन्न होती है । ब्रिटेन की आत्महत्या की दर 10.1/100000 जिसमें उच्चतम दर स्कॉटलैंड में उच्चतम दर के साथ (प्रति 1,00,000 जनसंख्या में 13.9% आत्महत्या) और इंग्लैण्ड में सबसे न्यूनतम (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 9.2 मृत्यु) है (राष्ट्रीय सांख्यिकी कार्यालय 2017) ।

दुनिया भर में वर्तमान में आत्महत्या की उच्चतम दर लिथुआनिया (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 31.9 आत्महत्या), रूस (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 31), गुआना (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 29.2), दक्षिण कोरिया (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 26.9) और बेलारूस (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 26.2) है । सबसे कम दर कैरेबियन में बारबाडोस (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 0.8 आत्महत्या) और बारबुडा (प्रत्येक 1,00,000 जनसंख्या में 0.5 आत्महत्या) (विश्व जनसंख्या समीक्षा 2019) है ।

कई अन्य देशों के विपरीत, चीन में आत्महत्या से मरने वालों में ज्यादातर महिलाएं हैं – संभवतः लाचारी और तनाव, गरीबी और मानसिक बीमारी से जुड़े कलंक के कारण है । जापान में, 20 – 44 वर्ष की आयु के पुरुषों में और 15 – 34 वर्ष की महिलाओं में मृत्यु का यह प्रमुख कारण है इस अतिसंवेदनशील आबादी (विश्व जनसंख्या समीक्षा 2019) के बीच जोखिम को कम करने के लिए सरकार के हस्तक्षेप के साथ संकट के स्तर पर पहुँच गया है ।

2019 विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस अभियान का एक प्रमुख उद्देश्य दुनिया भर में आत्महत्या की दर को कम करना है ।

इस लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए, निम्नलिखित उद्देश्य आवश्यक हैं – मानसिक बीमारी की रोकथाम, अच्छे स्वास्थ्य को बढ़ावा देना, मानसिक बीमारी से जुड़े कलंक में कमी और साक्ष्य आधारित मानसिक स्वास्थ्य देखभाल तक बेहतर पहुँच ।

नीचे वर्णित कहानी कुछ मुद्दों और पीड़ाओं को दर्शाती है जो तब हो सकती है जब लोग संकट में होते हैं और विश्वास करते हैं कि आत्महत्या ही एकमात्र रास्ता है ।

साराह 22 साल की एक पतली दुबली खूबसूरत थी जो एक छोटे शहर से मध्यम शहर में चली गई थी जहाँ उसे एक फैक्ट्री में नौकरी मिली। वह अपने नए स्थान पर किसी को भी नहीं जानती थी और अपने आप को वैसे ही रखती थी जैसा उसने हमेशा किया था । उसे डर था कि दूसरों को पता चल जायेगा कि उसे उसके दादा-दादी ने गरीबी में पाल कर बड़ा किया। वह उदास रहने लगी और शराब के साथ स्वयं चिकित्सा कर रही थी । उसके शराब पीने से उसका काम बिगड़ गया और उसे निकाल दिया गया । अपने किराए का भुगतान करने में असमर्थ होने के कारण, उसे जीवित रहने के लिए सड़कों पर निर्वासित होना पड़ा । एक रात वह एक बार में चली गई, शराब का आदेश दिया और बार के वेटर को बोला अभी वापस आती हूँ। साराह कभी भी बार में वापस नहीं लौटी । उसे मृत पाया गया, उसकी गर्दन के चारो ओर उसकी ब्रा के साथ बाथरूम स्टॉल के दरवाजे से लटकी हुई थी । उसके ब्लाउज पर पिन किया गया एक नोट था : “मेरी दादी को कहना, मुझे क्षमा करें” । इसके लिए हम सब को अपनी भूमिका निभाने की आवश्यकता है ।

आत्महत्या और मानसिक बीमारी – हम क्या जानते हैं ? – Suicide and Mental Illness—What Do We Know?

दुनियां में हर चालीस सैकेंड में कही न कही कोई न कोई आत्महत्या से मरता है । इन व्यक्तियों में से नब्बे प्रतिशत लोगों को नैदानिक रूप से निदान योग्य मानसिक बीमारी (Hawton et al. 2001) होती है । अवसाद और शराब की लत प्रमुख जोखिम कारक है (Nock 2009)। आत्महत्या का तीसरा हिस्सा युवा लोगों है जो कि 15 वर्ष से 29 वर्ष की आयु के लोगों में मृत्यु का प्रमुख कारण होता है और में 15 और 19 साल के बीच की आयु की महिलाओं में मृत्यु का दूसरा सबसे प्रमुख कारण है ।

स्वास्थ्य सेवा स्थलों में आत्महत्या के खतरे की जांच और पहचान महत्वपूर्ण हैं क्योंकि कई लोग स्वास्थ्य सेवा स्थलों में पूर्ण आत्महत्या से पहले के महीनों में उपस्थित होते हैं (King CA et al. 2017) और वर्तमान साक्ष्य बताते हैं कि एक नैदानिक मानसिक विकार के कारण होने वाली कई

आत्महत्याएं रोकने योग्य (Strathdee et al. 2012) हैं । स्वास्थ्य सेवा स्थलों में आत्महत्या की जांच संभव है और बड़े हुए खतरे वाले लोगों की पहचान कर सकती है ताकि उचित कदम उठाए जा सकें (Boudreux et al. 2016; King et al. 2009) ।

किशोरों में आत्महत्या की घटनाओं में वृद्धि उन आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रमों के कार्यान्वयन के बावजूद बढ़ रही हैं जो युवा लोगों को लक्षित कर रहे हैं जो विशेष रूप से अतिसंवेदनशील हैं; किशोरों में मृत्यु का प्रमुख कारण आत्महत्या जारी है । इस आयु वर्ग को देखभाल करने और प्रकटीकरण करने के लिए देखभाल की पहुँच के मार्गदर्शन में कठिनाई होती है, खासकर कि जब वे मानसिक तनाव या मानसिक बीमारी के लक्षणों का अनुभव कर रहे हों (Cauce et al. 2002; Srebnik et al. 1996; Klimes-Dougan et al. 2013; Chen et al. 2012) ।

आत्महत्या के जोखिम में वृद्धि से किशोरों में आत्महत्या के विचार, चिंता, चिडचिडापन और नींद की गड़बड़ी, नई स्थितियों को अनुकूल बनाने में कठिनाई के साथ शराब और नशीली दवाओं के उपयोग, सहकर्मी के शिकार और यौन और शारीरिक आघात (King et al. in press) का प्रचलन बढ़ा है । यह किशोरों की आबादी में आत्महत्या की प्रवृत्ति की पहचान करने और प्रतिक्रिया देने के लिए एक समग्र दृष्टिकोण विकसित करने के लिए नीति निर्माताओं, स्कूलों, आवास और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के बीच सहयोग की आवश्यकता पर प्रकाश डालता है । सोशल मीडिया के सुरक्षित उपयोग और साइबर धमकियों से युवाओं की सुरक्षा के बारे में अनुचित और गलत सलाह के संपर्क का महत्व बढ़ता जा रहा है ।

बड़े वयस्क भी आत्महत्या की चपेट में आ जाते हैं और सामान्य आबादी में वृद्ध वयस्कों का अनुपात बढ़ रहा है (de Mendoça Lima & Ivbijaro 2019) । बड़े वयस्क अक्सर मनोभ्रंश सहित मानसिक और शारीरिक विकार का अनुभव करते हैं ।

2011 के एक सर्वसम्मत विशेषज्ञ पेनल ने उल्लेख किया है कि वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या पर ध्यान देने के लिए पर्याप्त प्रयास नहीं किये जा रहे थे और सिफारिश की गई कि आत्महत्या जोखिम सहित वृद्ध वयस्कों में मानसिक बीमारी और धोखाधड़ी की पहचान करने के लिए विशेष प्रयासों की आवश्यकता है ताकि प्रबंधन आत्महत्या के विचार पर ध्यान देकर लागू किया जा सके (Erlangsen et al. 2011; Rockwood K 2005) ।

वृद्ध व्यसकों में मानसिक बीमारी की बेहतर पहचान करने के लिए सुझाई गई सार्वभौमिक क्रियाओं में स्व-प्रशासित अवसाद जांच उपकरणों का प्रशासन, विकलांगता और सामाजिक अलगाव से निपटना शामिल हैं, जिसमें परिवार, दोस्त और देखभाल करने वालों को उनकी इच्छाओं का सम्मान करते हुए और परिवार के चिकित्सकों और सामाजिक सेवाओं के कर्मचारियों की विशिष्ट भूमिका को पहचानना शामिल है ।

आत्महत्या और परिवार के डाक्टर/ सामान्य चिकित्सक से संपर्क – Suicide and Contact with the Family Doctor/General Practitioner

गोल्डवर्ग और हक्सले (1992) के अनुसार, उनके जनरल प्रैक्टिशनर (जीपी) के पास आने वाले एक नैदानिक मानसिक विकार वाले अधिकांश लोगों को उनकी मानसिक बीमारी की पहचान नहीं हो पाती । उपलब्ध प्रतिबंधित समय में, स्वाभाविक रूप से डॉक्टर मरीज के लक्षणों के लिए शारीरिक कारणों की पहचान को उच्च प्राथमिकता देते हैं । मनोवैज्ञानिक संकट के साथ जो लक्षण सामने आते हैं, उनमें बहुत से दैहिक लक्षणों के साथ उपस्थित होते हैं और बाद की स्थिति में एक भावनात्मक विकार की संभावना में देरी हो सकती है ।

40 से अधिक वैश्विक अध्ययनों से पता चलता है कि आत्महत्या करने वाले 75% रोगियों ने पिछले 12 महीनों में अपने जीपी के साथ संपर्क किया (Luoma et al. 2002) । यूके की वयस्क कामकाजी आबादी के 81% से अधिक लोगों ने किसी भी 12 महीनों की अवधि में अपने जीपी के साथ संपर्क किया, और साक्ष्य बताते हैं कि इस प्रकार की प्रणाली में काम करने वाले जीपीs के लिए रोकथाम प्रशिक्षण भविष्य में आत्महत्या के जोखिम को 50% तक कम करने में प्रभावी हैं, विशेष रूप से उन लोगों में जो अवसाद का निदान कराते हैं क्योंकि फिर उन्हें मनोवैज्ञानिक उपचारों जैसे कि कॉग्नेटिव बिहेवियर थैरेपी (सीबीटी) (Bermingham S et al. 2010) के लिए भेजा जाता है ।

आत्महत्या की रोकथाम की रणनीति व्यक्ति और उससे संबंधित परिवार के लिए प्रभावी हो सकती है वो चिकित्सा की ओर अग्रसर हो सकते हैं और राज्य के लिए आर्थिक लाभ हो सकता है ।

आत्महत्या और भर्ती मरीजों में मानसिक स्वास्थ्य – Suicide and Mental Health In-Patient Admission

कई लोग, जिन्हें मानसिक बीमारी के उपचार के लिए अस्पताल में प्रवेश की आवश्यकता होती है, साथ ही उनके रिश्तेदारों का मानना है कि अस्पताल एक सुरक्षित स्थान है, यह चिकित्सा को बढ़ावा देता है । ऐसी स्थिति हर बार नहीं होती है ।

कभी कभी मानसिक स्वास्थ्य अंतरंग रोगी जो लोग खुद को नुकसान पहुँचाते हैं और मरीज को मानसिक स्वास्थ्य इकाई से छुट्टी देने के बाद पहले कुछ सप्ताह तक आत्महत्या के लिए उच्च जोखिम की अवधि होती है ।

1996 और 2000 (Meehan et al. 2006) के बीच आत्महत्या करने वाले लोगों के एक अंग्रेजी सर्वेक्षण से पता चला है कि उन 16% लोगों को, जो मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के संपर्क में थे, उनकी मृत्यु तब हुई जब वे एक मानसिक स्वास्थ्य इकाई के मरीज थे, लगभग 20% की मृत्यु प्रवेश के सात दिनों के भीतर और 23% की मृत्यु छुट्टी होने के 3 महीनों के भीतर हुई ।

जो लोग मानसिक स्वास्थ्य के अंतरंग मरीज होते हैं और आत्महत्या के परिणामस्वरूप मरते हैं, उनमें कई प्रकार के निदान होते हैं । एक तिहाई में स्किजोफ्रेनिया (Schizophrenia), एक तिहाई में अवसाद (Depression) विकार का निदान होता है और शेष में विभिन्न प्रकार के निदान होते हैं जिनमें दिध्रुवी भावात्मक विकार (Biopolar disorder), व्यक्तित्व विकार (Personality disorder), चिंता विकार (anxiety disorder), शराब निर्भरता (Alcohol dependence) शामिल हैं ।

भर्ती मरीज इकाइयों में आत्महत्या को रोकना

भर्ती-मरीजों के वार्डों में आत्महत्या की रोकथाम में अवलोकन और स्टाफिंग का स्तर बहुत महत्वपूर्ण हैं, और अवलोकन के स्तर और पूर्ण आत्महत्या के बीच एक संबंध है ।

इन-पेशेंट मानसिक स्वास्थ्य वार्डों में आत्महत्या के परिणामस्वरूप मरने वालों में से 70% को निम्न स्तर के अवलोकन पर उपचार किया जा रहा है और हर 30 मिनट या उससे अधिक समय तक जाँच की जा रही है । भर्ती मानसिक स्वास्थ्य वार्ड में आत्महत्या करने वाले 23% लोग मध्यम स्तर की देखरेख पर हैं और हर 5 से 25 मिनट तक जाँच की जा रही है और 3% उच्च स्तर पर एक से एक देखरेख वाले लोग पूर्ण आत्महत्या करते हैं (Meehan 2006) ।

चिकित्सा कर्मचारियों का मानना है कि निम्नलिखित उपायों को अपनाने से 30% से अधिक इन-पेशेंट आत्महत्याएँ रोका जा सकता है :

- अच्छी देखरेख ।
- मानसिक बीमारी के लक्षणों का अधिक प्रभावी ढंग से उपचार का अनुपालन ।
- उच्च स्तर के कर्मचारी ।
- बेहतर कर्मचारी प्रशिक्षण ।

मानसिक बीमारी और आत्महत्या रोकथाम में भविष्य के विकास – Future Developments in Mental Illness and Suicide Prevention

आत्महत्या और आत्महत्या की रोकथाम के अनुसंधान को वह तवज्जो नहीं मिलती जिसके वह हकदार हैं, आंशिक रूप से क्योंकि यह कई अलग – अलग मनोरोग निदानों से जुड़ा है और कुछ देशों में इसे अपराध माना जाता है ।

आत्महत्या की रोकथाम के लिए वित्त पोषण जब कि अन्य समस्याओं की रोकथाम की तुलना में जो युवा आबादी के उच्च अनुपात को प्रभावित करते हैं, बहुत कम है जैसे कि यातायात दुर्घटनायें ।

2002–2006 और 2013–2017 के बीच, स्काटिश आत्महत्या दर 20% तक गिर गई । पिछले 30 वर्षों में स्कॉटलैंड में आत्महत्या की दर डब्लूएचओ यूरोपीय क्षेत्र के 53 देशों में औसत से लगातार कम रही है । सफलता की मुख्य सामग्रियों में साधनों (कीटनाशक, आग्नेयास्त्र) तक पहुँच को प्रतिबंधित करना शामिल है; मानसिक विकारों को समाविष्ट करने के तरीकों को संशोधित करने के लिए मीडिया को प्रभावित करना; युवाओं की समस्याओं को सुलझाने, मुकाबला करने और जीवन कौशल और प्रारंभिक पहचान, मूल्यांकन और बाद की जाँच को बढ़ाना ताकि लोगों को आत्महत्या का खतरा न हो । यद्यपि, यह ज्ञात नहीं है कि आत्महत्या की दर को नीचे लाने में क्या इन उपायों में से कोई भी प्रभावी था ।

डब्लूएचओ ने तीन प्रमुख प्रकाशनों का निर्माण किया जो हमें यह समझने में मदद करते हैं कि आत्महत्या को कैसे रोका जाए । इन तीन प्रकाशनों में से पहले ने कई संभावित कारकों पर ध्यान आकर्षित किया जो कि आत्महत्या की दर को कम करने के लिए जिम्मेदार हो सकते हैं, और इनमें मेडीकल हस्तक्षेप जैसे कि लिथियम (**lithium**) या न्यूरोलेप्टिक्स(**Nueroleptics**) इलाज के साथ साथ समुदाय में हस्तक्षेप जैसे कि स्कूल आधारित रोकथाम कार्यक्रम, विविध आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रम और आग्नेयास्त्रों और जहरीले रसायनों (WHO 2012) जैसे घातक तरीकों तक पहुँच को प्रतिबंधित करना शामिल हैं ।

दूसरे प्रमुख प्रकाशन ने उपयोग किए गए मॉडल को स्पष्ट किया, इस तथ्य पर जोर दिया कि उच्च आय वाले देशों (WHO 2014) में अधिक उम्र के व्यक्ति आत्महत्या ज्यादा करते हैं इसके विपरीत LAMI देशों में युवा वयस्कों में आत्महत्या एक शिखर पर है ।

तीसरा प्रमुख प्रकाशन हस्तक्षेप के लिए एक पांच सूत्री योजना पेश करता है : पहला, आत्महत्या के तरीकों तक पहुँच को प्रतिबंधित करना; दूसरा समाचार माध्यमों के साथ बातचीत करने के लिए कि किस तरह से मानसिक विकारों को जनता के सामने प्रस्तुत किया जाता है; तीसरा, युवाओं की समस्या सुलझाने के कौशल, सामना करना और जीवन कौशल को प्रभावित करना; चौथा, उन लोगों की शुरुआती पहचान जो आत्महत्या के उच्च जोखिम में हैं, जैसे कि रोगी जिन्हें मनोचिकित्सा देखभाल से छुट्टी दे दी गई हो । यह पेपर कर्मचारियों के प्रशिक्षण और निरंतर गतिविधियों (WHO 2018) का समर्थन करने के लिए बजट की आवश्यकता पर ध्यान आकर्षित है ।

इन पत्रों के परिणामस्वरूप कई देशों ने आत्महत्या की रोकथाम के लिए राष्ट्रीय नीति का गठन किया है और उनकी सफलता का विस्तृत विवरण अगले कुछ वर्षों में उपलब्ध होना चाहिए और हम सिफारिश करेंगे कि परिणाम उपलब्ध होने पर लोग आत्महत्या की रोकथाम के लिए अपने दृष्टिकोण की समीक्षा करेंगे ।

इस बात की समस्या है कि शुरुआती स्वास्थ्य की देखभाल करने के बाद मानसिक स्वास्थ्य देखभाल के रक्षकों को प्रशिक्षण नहीं दिया जा सकता है । गेटकीपर प्रशिक्षण को सैन्यकर्मियों सहित कई आबादी, पब्लिक स्कूल के कर्मचारियों, सहकर्मी सहायक, चिकित्सक और आदिवासी लोगों (Isaac et al. 2009) में लागू और अध्ययन किया गया ।

इस प्रकार के प्रशिक्षण को आत्महत्या की रोकथाम के बारे में प्रशिक्षुओं के ज्ञान, कौशल और व्यवहार को सकारात्मक रूप से प्रभावित करने के लिए देखा गया है । सैन्य कर्मियों और चिकित्सकों में बड़े पैमाने पर कोहार्ट अध्ययन ने आत्महत्या के विचार, आत्महत्या के प्रयासों और आत्महत्या से होने वाली मौतों में महत्वपूर्ण कमी के साथ आशाजनक परिणामों के बारे में सूचित किया है । व्यापक आगे की कार्यवाही (extensive follow up) ने आत्महत्या के खतरे को कम कर दिया है (Inagki et al. 2005) ।

डब्लूएचओ द्वारा विकसित रोकथाम प्रशिक्षण को 'संक्षिप्त हस्तक्षेप और संपर्क' (बीआईसी) कहा जाता है और इसमें अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद अगले 18 महीनों में नियमित जांच के बाद एक घंटे का साक्षात्कार शामिल होता है । रिबल्ट और उनके सहयोगियों (2017)

ने आत्महत्या की रोकथाम के बारे में 72 आरसीटी और 6 पूल विश्लेषण सहित 8,647 उद्धरणों की पहचान करने में सफलता हासिल की है और निष्कर्ष निकाला है कि विश्व स्वास्थ्य संगठन का 'संक्षिप्त हस्तक्षेप और संपर्क' (Fleishman et al. 2008) कार्य करता है ।

सिफारिशें – Recommendations

- समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य साक्षरता में सुधार करना ताकि लोगों को मानसिक कष्ट और मानसिक बीमारी की पहचान हो सके और प्रभावी सहायता प्रदान हो सके ।
- सामुदायिक और प्राथमिक देखभाल स्वास्थ्य पेशेवरों के कौशल में और पहले संपर्क में मानसिक बीमारी और आत्महत्या के संकेतों की पहचान में सुधार करना ।
- यह सुनिश्चित करने के लिए कि सामान्य अस्पताल और माध्यमिक मानसिक स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारियों के पास आत्महत्या के बढ़ते खतरे में उन लोगों की पहचान करने के लिए पर्याप्त प्रशिक्षण और कर्मचारी हैं ताकि एक उपयुक्त रोकथाम योजना को लागू किया जा सके, विशेष रूप से प्रवेश के पहले दो सप्ताह के दौरान और छुट्टी के बाद के पहले दो सप्ताह जब आत्महत्या का खतरा अपने उच्चतम स्तर पर हो ।
- सरकारों द्वारा रोकथाम को बेहतर बनाने के लिए आत्महत्या अनुसंधान और सार्वजनिक स्वास्थ्य उपायों में अपने वित्त पोषण को बढ़ाना ।
- नीति निर्माता, डब्लूएचओ और अंतर्राष्ट्रीय पेशेवर कालेज द्वारा आत्महत्या खतरे की दर के लिए बेहतर उपकरण विकसित करने और आत्महत्या रोकथाम के लिए प्रभावी प्रबंधन योजनाओं को विकसित करने के लिए सहयोग के लिए काम करें ।
- मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के बारे में जागरूकता बढ़ाने और मानसिक स्वास्थ्य संकट और समस्याओं की पहचान करने के लिए आत्मविश्वास और कौशल के साथ आम जनता को प्रदान करने और प्रारंभिक सहायता प्राप्त करने के लिए सभी प्राथमिक चिकित्सा प्रशिक्षण पाठ्यक्रमों में मनोवैज्ञानिक प्राथमिक चिकित्सा शामिल की जाए ।

- मानसिक स्वास्थ्य वर्गीकरण प्रणालियों को विकसित करने और प्रभावित करने वाले लोगों के बीच सहयोगात्मक कार्य करना, ताकि मानसिक स्वास्थ्य निदान में आत्महत्या पर अधिक विचार किया जा सके ताकि खतरे को कम करने वालों की प्रारंभिक पहचान हो सके और निवारण कार्यवाई का समर्थन करने के लिए उपचार योजनाओं का विकास हो सके ।
- मानसिक स्वास्थ्य प्रमुख प्रदर्शन संकेतकों के हिस्से के रूप में आत्महत्या की रोकथाम के संकेतक और आत्महत्या की दर को शामिल करने के लिए नियंत्रक ।
- आत्महत्या की रोकथाम की रणनीतियों में मानसिक स्वास्थ्य कलंक से निपटने के लिए एक वैश्विक एजेंडा और सर्वसम्मति विकसित करना ।
- संक्षिप्त हस्तक्षेप और संपर्क (बीआईसी) काम करता है ।

REFERENCES

- American Foundation for Suicide Prevention. 2017. Suicide Statistics. [Online]. [26 June 2019]. Available from: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
- World Health Organisation. 2018. Suicide: key facts. [Online]. [26 June 2019]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Office for National Statistics. 2017. Suicides in the UK: 2017 registrations. [Online]. [26 June 2019]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2017registrations>
- World population review. 2019. Suicide Rate by Country, 2019. [Online]. [26 June 2019]. Available from: <http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country/>
- Hawton K, van Heeringen K: Suicide. *Lancet* 2009; 373:1372–1381
- Nock MK et al. *PLOS Med* 6 e1000 123 (2009)
- King CA, Horowitz A, Czyz E, Lindsay R. Suicide risk screening in healthcare settings: identifying males and females at risk. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2017; 24(1): 8-20.
Doi:10.1007/s10880-017-9486-y
- Strathdee G, Ghosh P, Gunn S, Ivbijaro G, Kolkiewicz L. Risk assessment and the management of suicidality in primary care mental health pp178–202. In. *Companion to Primary Care Mental Health* Editor Ivbijaro G: Radcliffe. 2012
- Boudreaux ED, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Miller IW. Improving suicide risk screening and detection in the emergency department. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016; 50(4): 445-453. DOI: 10.1016/j.amepre.2015.09.029
- King CA, O'Mara RM, Hayward CN, Cunningham RM. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2009; 16(11): 1234-1241. Doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00500
- Cauce AM, Domenech-Rodriguez M, Paradise M, Cochran B, Srebnik D, Baydar N. Cultural and contextual issues in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(1); 44-55
- Srebnik D, Cauce AM, Baydar N. Help-seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*. 1996; 4; 210-220
- Klimes-Dougan B, Klingbeil DA, Meller SJ. The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis*. 2013; 34(2); 82-97
- Chen VC-H, Huang S-H, Lee M-C. Adolescent mental health in primary care. pp 553–570. In. *Companion to Primary Care Mental Health* Editor Ivbijaro G: Radcliffe. 2012
- de Mendonça Lima CA, Ivbijaro G (eds) *Primary Care Mental Health in Older People*, Springer, Cham. 2019

King CA, Grupp-Phelan J, Brent D, Dean JM, Webb M, Bridge JA, Spirito A, Chernick L, Mahabee-Gittens EM, Mistry RK, Rea M, Keller A, Rogers A, Sheriol R, Cwik M, Busby D, Casper TC and the Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Predicting 3-month risk for adolescent suicide attempts among pediatric emergency department patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* in press

Erlangsen A, Nordentoft M, Conwell Y, Waern M, De Leo D, Lindner R, Oyama H, Sakashita T, Andersen-Ranberg K, Quinnett P, Draper B, Lapierre S & International Research Group on Suicide Among the Elderly. Key considerations for preventing suicide in older adults. Consensus opinions of an expert panel. *Crisis*. 2011; 3(2); 106-109

Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? *Age and Ageing*. 2005; 34; 432-434

Goldberg & Huxley .Common Mental Disorders: A Bio-social Model. London: Tavistock/Routledge: London: Tavistock/Routledge 1992

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159; 909-916

Bermingham S, Cohen A, Hague J, Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008/09. *Mental Health in Family Medicine*. 2010; 7(2): 71-84

McDaid D, Park A-L, Bonin E-M. Population level suicide awareness training and intervention pp 26-28. In: *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case* Editors Knapp M, McDaid D, Parsonage M: Department of Health, London. 2011

Meehan J, Kapur N, Hunt IM, Turnbull P, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Flynn S, Burns J, Amos T, Shaw J & Appleby L. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 188; 129-134

WHO. For Which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Geneva: World Health Organization 2012. ISSN 2227-4316

WHO. Preventing suicide—a global imperative. Geneva: World Health Organization 2014. ISBN 978 92 4 156477 9

WHO. National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018

Isaac M., Elias R, Katz YK et al. Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(4):260–268.

Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2015; 175: 66–78

Riblet NBV, Shiner B, Young-Xu Y et al. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry* (2017) 210, 396–402. doi: 10.1192

Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries *WHO Bulletin* 2008, 86 (9), 657–736.

Gabriel Ivbijaro

Past President WFMH; Visiting Professor, NOVA University, Lisbon, Portugal; Visiting Fellow Faculty of Management, Law & Social Sciences, University of Bradford, UK; President, The World Dignity Project
Corresponding author e-mail: gabriel.ivbijaro@gmail.com

Lucja Kolkiewicz

Visiting Professor, NOVA University, Lisbon, Portugal; Consultant Psychiatrist East London NHS Foundation Trust, London, UK
E-mail: lucja.kolkiewicz@nhs.net

Sir David Goldberg KBE

Emeritus Professor Kings College, London, UK
E-mail: davidpgoldberg98@gmail.com

Michelle Riba

Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of Michigan, USA

Past President, American Psychiatric Association

E-mail: mriba@umich.edu

Isatou N'jie

Assistant Librarian Systems, MCLIP Knowledge and Library Services Barts Health NHS Trust Whipps Cross University Hospital, London, UK

E-mail: isatou.njie@nhs.net

Jeffrey Geller

Director WFMH; President Elect APA; Professor of Psychiatry, University of Massachusetts Medical School

E-mail: Jeffrey.Geller@umassmed.edu

Acknowledgements

Thanks to our peer reviewers particularly, Cheryl A King, at the University of Michigan for her helpful feedback.

आत्महत्या के चेतावनी लक्षण – THE WARNING SIGNS OF SUICIDE

दोस्त बनो ।

Suicide is rarely a spur of the moment decision. In the days and hours before people kill themselves, there are usually clues and warning signs.

आत्महत्या शायद ही कभी एक क्षणिक निर्णय हो । लोगों को खुद को मारने से पहले के दिनों और घंटों में, आमतौर पर सुराग और चेतावनी के संकेत मिलते हैं ।

सबसे मजबूत और सबसे परेशान संकेत है – “मैं नहीं जा सकता”, “कुछ भी मायने नहीं रखता” और यहां तक कि “मैं यह सब खत्म करने के बारे में सोच रहा हूँ ।” इस प्रकार की टिप्पणियों को हमेशा गंभीरता से लिया जाना चाहिए ।

अन्य चेतावनी संकेतों में शामिल हैं : – Other common warning signs include:

- उदास रहना या अपने आप में रहना ।
- लापरवाही भरा व्यवहार करना ।
- कामकाज को कम में लाना और मूल्यवान संपत्ति को देना ।
- व्यवहार, दृष्टिकोण या दिखावट में एक उल्लेखनीय परिवर्तन दिखाना ।
- नशीली दवाओं या शराब का दुरुपयोग ।
- एक बड़ा नुकसान होना या जीवन में बदलाव आना ।

निम्नलिखित सूची अधिक उदाहरण देती है, जिनमें से सभी संकेत हो सकते हैं कि कोई व्यक्ति आत्महत्या पर विचार कर रहा है । निस्सन्देह, ज्यादातर मामलों में ये स्थितियां आत्महत्या की ओर नहीं ले जाती हैं । लेकिन, आम तौर पर, एक व्यक्ति जितना अधिक संकेत देता है, आत्महत्या का खतरा उतना ही अधिक होता है ।

परिस्थितियां – Situations

- आत्महत्या या हिंसा का पारिवारिक इतिहास ।
- यौन या शारीरिक शोषण ।
- एक करीबी दोस्त या परिवार के सदस्य की मृत्यु ।
- तलाक या अलगाव, एक रिश्ते का समाप्त होना ।
- असफल शैक्षणिक प्रदर्शन, नजदीक परीक्षा, परीक्षा परिणाम ।
- नौकरी छूटना, कार्यस्थल पर समस्याएं ।
- आगामी कानूनी कार्यवाही ।
- हाल ही में कैद या आगामी रिहाई ।

व्यवहार – Behaviors

- रोना ।
- मारपीट करना ।
- कानून तोड़ना ।
- आवेग ।
- आत्म विकृति ।
- मृत्यु और आत्महत्या के बारे में लिखना ।
- पिछला आत्मघाती व्यवहार ।
- व्यवहार का चरम ।
- व्यवहार में परिवर्तन ।

शारीरिक बदलाव – Physical Changes

- शक्ति की कमी ।
- नींद की गड़बड़ी – बहुत अधिक या बहुत कम सोना ।
- भूख में कमी ।
- अचानक वजन बढ़ना या कम होना ।
- छोटी बीमारियों में वृद्धि ।
- यौन रुचि का बदलना ।
- दिखने में अचानक बदलाव ।
- उपस्थिति में रुचि की कमी ।

विचार और भावनाएँ – Thoughts and Emotions

- आत्महत्या के विचार ।
- अकेलापन – दोस्तों और परिवार से समर्थन में कमी ।
- अस्वीकृति, अधिकारहीन महसूस करना ।
- अधिक उदासी या अपराधबोध ।
- एक संकीर्ण मुद्दे से परे देखने में असमर्थता ।
- दिन में सपने देखना ।
- चिंता और तनाव ।
- बेबसी ।
- आत्म-मूल्य की हानि ।

This factsheet is available in 16 different languages on the Befrienders Worldwide website: www.befrienders.org

यह तथ्यपत्र दुनिया भर की वेदसाइट्स पर 16 अलग अलग भाषाओं में उपलब्ध है ।

आत्महत्या और वृद्ध वयस्क – SUICIDE AND OLDER ADULTS

C.A. de Monedoca Lima, D. De Leo and U. Arnautovska

This article is adapted from the chapter titled “Suicidal Behaviour in Older Adults,” by D. De Leo and U. Arnautovska, in the book *Primary Care Mental Health in Older People: A Global Perspective*, edited by Carlos Augusta de Mendonça Lima and Gabriel Ivbijaro. Springer, 2019.

इस लेख को डी.डे. लियो और यू. अरनौतौवस्का द्वारा दिये “सुसाइडल बिहेवियर इन ओल्डर एडल्ड्स” नामक अध्याय से लिया गया है जो कि कार्लोस अगस्ता डे मेंडोका लीमा और गेब्रियल इवबिजारा, स्प्रिंगर, 2019 द्वारा संपादित पुस्तक *प्राइमरी केयर मेंटल हैल्थ इन ओल्डर पीपल : एक ग्लोबल पर्सपेक्टिव* लिया गया है ।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के (WHO) अनुसार, “आत्महत्या किसी व्यक्ति द्वारा जानबूझकर शुरू किए गए और घातक परिणाम के बारे में पूरी जानकारी या अपेक्षा से की गई कार्यवाई का परिणाम है”। यह एक प्रमुख सार्वजनिक मानसिक स्वास्थ्य समस्या है । आत्महत्या एक मानव घटना है जो सभी संस्कृतियों में, दोनों लिंगों में, सभी उम्र और पूरे इतिहास में पाई जाती है । मनुष्य के जीवन के संदर्भ के अनुसार इसके अलग अलग अर्थ हैं, परन्तु आत्महत्या के सभी मामलों में आम विशेषता एक भविष्य की अनिश्चितता से अधिक मृत्यु की स्थिति को चुनने के निर्णय के पीछे एक दुख की उपस्थिति है । बड़े वयस्क युवा वयस्कों की तुलना में अलग अलग कारणों से आत्महत्या कर सकते हैं । आमतौर पर उन्हें अपनी पीढ़ी के बच्चे हुए के रूप में माना जाता है । इन अंतरों को पहचानना महत्वपूर्ण है क्योंकि ये जीवन में बाद में आत्महत्या को रोकने के लिए विशिष्ट रणनीति विकसित करने में मदद कर सकते हैं ।

यद्यपि पिछले तीस वर्षों² में दुनिया के कई हिस्सों में गिरावट आई है, 65 वर्ष और उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों में आत्महत्या की दर अभी भी दुनिया के लगभग सभी क्षेत्रों³ में पुरुषों और महिलाओं दोनों के लिए उच्चतम हैं । इसके अलावा, जीवन प्रत्याशा में वृद्धि और मृत्यु के कारणों में कमी आत्महत्या की अपेक्षा मृत्यु के कारणों के कारण होती है जो वृद्ध वयस्कों की आत्महत्या की संपूर्ण संख्या में बढ़ रही हो सकती है । महिलाओं की तुलना में पुरुषों में टेंड लाइन अत्यधिक वक्र के साथ आत्महत्या की दर चरम उम्र⁴ तक बढ़ती रहती है । यद्यपि, वृद्ध वयस्कों को सामान्य

स्वास्थ्य सहायता और जीवन की गुणवत्ता में सुधार से अन्य आयु समूहों की तुलना में अधिक लाभ हुआ है जो हाल के वर्षों में कई देशों में देखा गया है, इस तथ्य से प्रमाणित किया गया है उनकी दरों में युवा व्यक्तियों^{2,3} की तुलना में अधिक गिरावट आई है ।

आत्महत्या की दर की तुलना में बढ़ती उम्र⁵ के साथ गैर-घातक आत्मघाती व्यवहार आनुपातिक रूप से कम हो जाता है । युवा व्यक्तियों की तुलना में, घातक और गैर-घातक आत्मघाती व्यवहार के बीच का अनुपात बुढ़ापे में बहुत कम, 1 से 2⁶ हो सकता है (युवाओं में, यदि हम गैर-आत्मघाती स्वयं हानि के प्रकरणों पर विचार करते हैं तो यह 1 से 5,000⁷ तक पहुँच सकता है ।) जबकि गैर-घातक व्यवहार विशेष रूप से कम आयु वर्ग की महिलाओं में अक्सर होता है, प्रचलन का रुझान प्रगतिशील आयु⁸ में बराबर होता है । आत्महत्या की दरों में लिंग विरोधाभास को अक्सर महिलाओं में अधिक नियमित मदद लेने वाले व्यवहार और पुरुषों^{9,10,11} में अधिक हिंसक तरीकों के उपयोग किया जाता है ।

आम धारणाओं के विपरीत, जीवन के प्राकृतिक अंत के करीब पहुँचना आत्महत्या के विचार या इच्छा मृत्यु की बढ़ती आवृत्ति के साथ नहीं है : दोनों प्रकार के विचार युवा और युवा वयस्कों में अधिक प्रचलित हैं¹² ।

वृद्धावस्था के साथ साथ सामान्य जनसंख्या^{13,14} में आत्महत्या मृत्यु दर की वैधता के संबंध में एक सावधानी नोट व्यक्त किया जाना चाहिए । वास्तव में वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या की मृत्यु दर के आंकड़ों को कम रिपोर्ट किया जाता है : “*दुर्घटना*”, जीवन-निर्वाह करने वाली दवाओं को लेने से इन्कार या दवाओं जैसे कि इन्सुलिन या ओपिओइड की अधिक मात्रा लेना, सभी को गैर-आत्महत्या के मामलों में दर्ज किया जा सकता है¹⁵ ।

वृद्धावस्था में आत्महत्या को तर्कसंगत निर्णय का परिणाम माना जा सकता है । सकारात्मक अपेक्षाओं की कमी, कमजोरी, दूसरों पर निर्भरता, जीवन साथी की कमी और एकांतवाद को अक्सर ऐसी प्रेरणाएं माना जाता है जो आत्महत्या के मामलों की व्याख्या कर सकती है । विभिन्न कारकों का एकत्रीकरण, उदाहरण के लिए एक आश्रित और कमजोर व्यक्ति में साथी की मृत्यु, तर्कसंगत विकल्पों के प्रतिमान को मजबूत कर सकता है । इसी तरह, आत्महत्या की व्याख्या जीवन से “*वैधानिक निकास*” के रूप में की जा सकती है जब प्रतिष्ठा, गरिमा या सामाजिक स्थिति में नाटकीय परिवर्तन का अनुभव होता है ।

अवसाद सभी उम्र¹⁶ में आत्मघाती व्यवहार के लिए एक महत्वपूर्ण जोखिम कारक है, लेकिन यह संभव है कि इसकी भूमिका को अधिक महत्व दिया गया हो। उदासीनता, मोहभंग, निराशा, असंतोष और सकारात्मक अपेक्षाओं की कमी हर व्यक्ति की जीवन यात्रा में अक्सर यात्रा के साथी हैं और जरूरी नहीं हैं कि अवसाद के लक्षण हों^{17,18}।

वृद्धावस्था में आत्महत्या के तरीके भिन्न देशों और लिंग में भिन्न होते हैं लेकिन दुनिया भर में वृद्ध वयस्कों द्वारा चुनी गई विधियों की बढ़ी हुई घातकता देखी जाती है। मरने के लिए अधिक दृढ़ संकल्प और इस घटना^{6,19,20,21,22} के साथ तीसरे पक्ष द्वारा बचाए जाने से बचने के लिए होता है।

जोखिम कारकों में, जिनका मानसिक विकारों, मनोसामाजिक संदर्भ और शारीरिक बीमारी का प्रतिनिधित्व किया जाता है, सबसे अधिक अध्ययन किए जाते हैं।

मानसिक विकार – Mental Disorders

एक मनोरोग निदान 71% और 95% पुराने वयस्कों के आत्महत्या के मामलों के बीच मौजूद बताया गया है। सबसे आम निदान भावात्मक विकार है, जो इन मामलों^{23,24} में 54% से 87% तक मौजूद है और बीते जीवन²⁵ में आत्महत्या के लिए उच्चतम जनसंख्या के कारण जोखिम के साथ जुड़ा हुआ है। **अवसाद** – पुराने अवसादग्रस्त लक्षणों के रूप में और बुढ़ापे में प्रथम बार अवसाद आत्महत्या के लिए सबसे शक्तिशाली स्वतंत्र जोखिम कारक के रूप में पहचाना गया है।²⁶

कई आयु-संबंधी चिकित्सा स्थितियां (जैसे हृदय संबंधी विकार, स्ट्रोक, पुराना दर्द आदि) अक्सर अवसाद²⁷ के साथ जुड़े होते हैं। यह सहरुग्णताएँ कभी कभी अवसाद की पहचान को मुश्किल बना देती हैं, या इसकी पहचान और उपचार में देरी कर देती हैं; इस प्रकार, एक दैहिक स्थिति लिए निष्फल या द्वितीयक के रूप में अवसाद को समाप्त किया जा सकता है।

इसके अलावा, वृद्ध वयस्कों में अवसाद अक्सर चिंता या पूर्ण विकसित चिंता विकार के लक्षणों के साथ होता है। ये स्थितियां अक्सर आत्महत्या^{28,29} के खतरे को बढ़ा सकती हैं।

शराब का दुरुपयोग वृद्ध वयस्कों की तुलना में आत्महत्या के लिए एक कम सामान्य जोखिम कारक का प्रतिनिधित्व करता है जो कि युवा वयस्कों³⁰ में पाया जाता है, लेकिन यह दोनों लिंगों के लिए जोखिम का एक महत्वपूर्ण संकेतक बना हुआ है । इसी तरह के विचार आत्महत्या और मानसिक विकारों के बीच संबंध पर लागू होते हैं जो कि कम उम्र^{25,31} के लोगों की तुलना में बड़ी उम्र के लोगों के आत्महत्या के मामलों में बहुत कम प्रतिनिधित्व करते हैं ।

यहाँ तक कि व्यक्तित्व विकार वृद्ध वयस्कों में युवा व्यक्तियों की तुलना में आत्महत्या के मामलों से कम जुड़े हुए दिखाई देते हैं । आत्महत्या करने वाले वृद्ध व्यस्कों में विशिष्ट व्यक्तित्व लक्षणों की उपस्थिति के लिए संज्ञानात्मक कठोरता, आशंका और अनैच्छिक लक्षण वृद्ध वयस्कों^{25,33} में आत्महत्या के बीच विशेष रूप से सामान्य प्रतीत होते हैं ।

बड़ी उम्र में मनोभ्रंश निदान के उच्च फैलाव के बावजूद, यह स्थिति आत्महत्या³⁵ के एक बढ़े हुए जोखिम के साथ महत्वपूर्ण रूप से संबंध नहीं लगती है ।

मनोसामाजिक कारक — Psychosocial Factors

कई मनोसामाजिक कारक (जैसे कि दरिद्रता, अलगाव, एक नर्सिंग होम के लिए स्थानांतरण और शोक) की उपस्थिति से अवसाद की संभावना बढ़ सकती है । हालांकि, एक भावात्मक विकार की अनुपस्थिति में ये कारण स्पष्ट रूप से किसी व्यक्ति के जीवन को परेशान कर सकते हैं, अक्सर रहन सहन की स्थिति को स्वीकार करने के लिए असहनीय बना देते हैं, और बहुत ही उन्नत उम्र में आत्महत्या का खतरा बढ़ जाता है । पुरुष, विशेष रूप से जब एकल, विधुर या तलाकशुदा होते हैं, तो अक्सर आत्महत्या का खतरा³⁷ बढ़ जाता है । वित्तीय समस्याएं, शिक्षा का निम्न स्तर, सामाजिक और/धार्मिक सहायता नेटवर्क की कमी³⁸, और अकेलेपन की भावनाओं³⁹ से आत्महत्या का खतरा बढ़ सकता है । विशेष रूप से, अलगाव और सामाजिक बातचीत की कमी मनोदशा विकारों के प्रभाव के लिए समाधान के बाद भी वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या के लिए महत्वपूर्ण जोखिम कारक हैं । परिवार में रिश्तों की समस्याओं का अस्तित्व या बहुत तनावपूर्ण वातावरण या कलह की उपस्थिति भी भावनात्मक अलगाव की

भावना को बढ़ाकर महत्वपूर्ण तनावों का प्रतिनिधित्व कर सकती है, फिर आत्मघाती व्यवहारों²² से जुड़ जाती है। वास्तव में, अकेलापन एक महत्वपूर्ण घनिष्ठ संबंध या एक सामाजिक भूमिका के नुकसान के परिणामस्वरूप हो सकता है जिसने पहले किसी व्यक्ति के आत्मसम्मान और

गरिमा की भावना को संरक्षित करने में मदद की थी। प्रारंभिक दर्दनाक अनुभव बाद के जीवन को प्रभावित कर सकते हैं और और आत्मघाती व्यवहार^{33,40} की बढ़ती संभावना के साथ जुड़े हुए हैं।

आमतौर पर, मृत्यु एक बहुत ही तनावपूर्ण घटना का प्रतिनिधित्व करती है, खासकर अगर इसमें एक बच्चे की हानि या नजदीकी रिश्तेदार⁴¹ शामिल हैं। बड़े बूढ़ों (80+वर्ष) के लिए एक साथी की हानि से मृत्यु के बाद विशेष रूप से प्रथम वर्ष में आत्महत्या का खतरा बढ़ जाता है, पुरुषों में महिलाओं³⁸ की तुलना में इस तनावपूर्ण जीवन घटना का अधिक दृढ़ता से प्रभाव होता है। वृद्ध वयस्कों के बीच आत्महत्याओं में एकान्त प्रकृति भी अकेलापन भी दर्शाती है, जो अक्सर घर³¹ में किये जाते हैं। यहाँ तक कि एक पालतू जानवर का नुकसान आत्मघाती संकट⁴¹ के लिए एक महत्वपूर्ण कारण हो सकता है।

सेवा निवृत्ति बढ़ती उम्र की एक प्रक्रिया से संबंधित घटना है जो एक वृद्ध वयस्क के मानसिक स्वास्थ्य पर संभावित नकारात्मक प्रभावों के साथ होती है। रोजगार¹⁷ की समाप्ति के बाद पहले 2–3 वर्षों में आत्महत्या का खतरा विशेष रूप से अधिक होता है। इस संदर्भ में मुख्य प्रासंगिकता आय में परिवर्तन, सामाजिक स्थिति और सामाजिक और पारिवारिक भूमिकाएं हैं। इन परिवर्तनों से जीवन में मूल्यहीनता और आत्मसम्मान और जीवन के उद्देश्य²² की हानि हो सकती है।

नर्सिंग होम में हाल ही में भेजे जाने या इस तरह की एक घटना की आशंका^{42,43} या मजबूरन पुर्नवास, वृद्ध वयस्कों के बीच आत्मघाती व्यवहार के लिए एक अनपेक्षित कारक है।

यद्यपि हत्या–आत्महत्या एक अपेक्षाकृत दुर्लभ घटना है, वृद्ध वयस्कों को अपराधियों और घरेलू नर हत्या–आत्महत्या^{45,46,47} दोनों के पीड़ितों के बीच अनुपातहीन प्रतिनिधित्व किया जाता है। हत्या–आत्महत्या के मामलों का अधिकांश हिस्सा पुरुषों द्वारा एक पत्नी के खिलाफ आग्नेयास्त्रों^{46,47} द्वारा किया जाता है। 40% अभिनेता लंबे समय तक बीमारी या विकलांगता⁴⁶ के साथ जीवनसाथी को सहायता प्रदान करने में शामिल थे।

शारीरिक बीमारी – Physical Illness

दैहिक और कार्यात्मक-असमर्थता की स्थिति पूरे जीवन काल के दौरान आत्महत्या के खतरे को काफी बढ़ा देती है । गंभीर शारीरिक बीमारियों को स्वतंत्र रूप से पुरुषों^{49,50} के बीच आत्महत्या के साथ जोड़ा गया था ।

अस्पताल में भर्ती होना वृद्ध वयस्कों⁴⁴ में आत्महत्या का एक जोखिम कारक हो सकता है । दिलचस्प बात है कि अस्पताल में भर्ती होने के दौरान दिए गये लगभग 80% निदान गैर-मनोरोग थे ।

डॉक्टर के पर्चे की दवाओं का दुरुपयोग या अनुचित उपयोग, विशेष रूप से दर्द निवारक और जो मनोरोग संबंधी विकारों का इलाज करते थे, वे आत्महत्या के खतरे में बड़े वयस्कों को भी डाल सकते हैं ।

शारीरिक अक्षमताओं के साथ मनोरोग संबंधी विकारों की सह-रुग्णता विशेष रूप से वृद्ध वयस्कों⁵¹ में आत्महत्या के खतरे को बढ़ाती हुई दिखाई देती है जिसमें अकेलापन उस खतरे³⁸ को जोड़ रहा है ।

सुरक्षात्मक कारक – Protective Factors

सुरक्षात्मक कारकों में उच्च स्तर की शिक्षा और सामाजिक आर्थिक स्थिति, मूल्यवान गतिविधियों में संलग्नता और धार्मिक भागीदारी⁵² शामिल हो सकते हैं । धार्मिक प्रभाव से जुड़ी सामाजिक गतिविधियों में विश्वास और भागीदारी की तीव्रता इस प्रभाव⁵³ के लिए सबसे महत्वपूर्ण स्पष्टीकरण लगती । इसके अलावा, सामाजिक समर्थन के महत्वपूर्ण स्तरों की उपस्थिति, या तो घनिष्ठ मित्रों या रिश्तेदारों द्वारा प्रतिनिधित्व की जाती है, एक महत्वपूर्ण सुरक्षात्मक कारक का गठन कर सकती है । विशेष रूप से वयस्क पुरुषों⁵⁴ के लिए, शादी एक सुरक्षात्मक कारक का गठन करती प्रतीत होती है ।

हस्तक्षेप और मूल्यांकन – Interventions and Assessment

आत्मघाती व्यवहार का इलाज करने के लिए हस्तक्षेप को जोखिम और सुरक्षात्मक कारकों को संतुलित करने की आवश्यकता है, यह ध्यान में रखते हुए कि सांस्कृतिक और सामाजिक संदर्भ⁵⁵ के आधार पर ये अलग-अलग महत्व के होंगे ।

पुराने रोगियों²² में आत्महत्या के खतरे को अक्सर मान्यता नहीं दी जाती है । वास्तव में, अपने जीवन को समाप्त करने वाले कई वृद्ध वयस्कों ने अपनी मृत्यु से कुछ समय पहले अपने जनरल प्रैक्टिशनर (जीपी) से परामर्श किया है । उन लोगों की तुलना में जो अन्य कारणों से अचानक मर जाते हैं, आत्महत्या से मरने वाले व्यक्तियों के मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ लगातार संबंध थे । प्राथमिक देखभाल चिकित्सक युवा रोगियों की तुलना में आत्महत्या करने वाले वृद्ध वयस्कों का इलाज करने में कम इच्छुक होंगे और यह विश्वास करने की अधिक संभावना होगी कि वृद्ध व्यक्ति में आत्महत्या करने का विचार अक्सर ‘तर्कसंगत’^{56,57} है ।

वास्तव में, आत्महत्या के विचारों का संचार पुरुषों और वृद्ध वयस्कों की तुलना में कम आम होता है, जो आत्महत्या से मरते हैं और यह महिलाओं और युवा लोगों में से है जो इसे करते⁵⁸ हैं । इसके अलावा, वृद्ध लोग उनकी मनोवैज्ञानिक समस्याओं पर कम ध्यान देते हैं और उन्हें शारीरिक बीमारी से संबंधित कानते हैं । परिणामस्वरूप, परिवार और मित्र सबसे पहले ध्यान देने योग्य हो सकते हैं कि एक वृद्ध वयस्क को आत्महत्या का खतरा^{59,60} है ।

वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या का आकलन अकेलेपन, जटिल दर्द और गंभीर विकलांगता जैसे पुराने तनाव कारकों के प्रभाव को नजरअंदाज नहीं करना चाहिए । ये आत्मघाती प्रवृत्ति को, विशेष रूप से सामाजिक समर्थन²² की अनुपस्थिति में, सक्रिय कर सकते हैं,

एक वृद्ध व्यक्ति अपने युवा समकक्षों की तुलना में मरने के लिए दृढ़ संकल्प को प्रस्तुत सकता है । वास्तव में, वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या के पिछले प्रयासों की उपस्थिति दृढ़ता से बार बार आत्महत्या के प्रयासों और घातक आत्मघाती व्यवहार⁶¹ के खतरे का संकेत देती है ।

निराशा, जिसे सबसे महत्वपूर्ण मनोवैज्ञानिक स्थिति माना जाता है, जो विभिन्न मनोरोग स्थितियों के रोगियों में देखी जा सकती है, आत्महत्या के विचार और व्यवहार से जुड़ी हुई है । इसे मनोभ्रंश और आत्मघाती व्यवहार में संज्ञानात्मक कार्य के बीच मध्यस्थ के रूप में भी पहचाना गया जिसे मनोभ्रंश से पीड़ित रोगियों में आत्महत्या के कुछ मामलों में देखा गया ।

आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रम के आनुभविक मूल्यांकन पर अधिकांश अध्ययन जोखिम कारकों को कम करने पर ध्यान केंद्रित किया गया था और उन्हें लगता था कि पुरुषों⁶² की तुलना में महिलाओं में आत्महत्या के खतरे को अधिक सफलतापूर्वक कम किया जा सकता है। इस समूह ने वरिष्ठ नागरिकों को आत्महत्या के खतरे से⁶³ निपटने के लिए बहुत सी सिफारिशों को प्रस्तावित किया। उन्होंने बहु-वैज्ञानिक दृष्टिकोण की आवश्यकता

पर जोर दिया जो उपलब्ध वैज्ञानिक प्रमाणों पर आधारित हों और विभिन्न स्तरों के माध्यम से प्रयासों का समर्थन करने वाले प्रत्येक हस्तक्षेप की प्रभावशीलता की निगरानी करते हुए संसाधनों के वितरण की एक संगठित प्रणाली हो सकती है।

सामान्य रोकथाम के स्तर पर, आत्महत्या के साधनों तक पहुँच को सीमित करना दुनिया में⁶⁴ आत्महत्या की दर को कम करने के लिए सबसे प्रभावी सार्वभौमिक रणनीतियों में से एक है। हालांकि, इस बात का कोई पक्का साक्ष्य नहीं है कि प्रवेश निषेध वृद्ध वयस्कों की आबादी के साथ प्रभावी हो सकता है।

वृद्ध वयस्कों में मदद के लिए विशेषज्ञ मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं²³ के बजाय अपने जनरल प्रैक्टिशनर से संपर्क करने की संभावना अधिक लगती है। सामाजिक सेवाएं और समुदाय संभावित द्वारपालों²⁵ का प्रतिनिधित्व कर सकते हैं। आत्महत्या के लिए²⁵ जोखिम वाले वृद्ध व्यक्तियों की पहचान करने के लिए सामुदायिक स्तर पर द्वारपालों के प्रशिक्षण को संभावित उपयोग विधि के रूप में प्रस्तावित किया गया था। हालांकि, यह स्पष्ट है कि सामाजिक समूहों और समुदायों (धार्मिक और गैर-धार्मिक) में वृद्ध लोगों के एकीकरण को बढ़ावा देने के लिए हर संभव प्रयास करने की आवश्यकता है। एक सामाजिक समर्थन नेटवर्क प्रदान करके, संबद्धता अलगाव और अकेलेपन को कम करने और संबंधित और आत्मसम्मान⁶⁵ की भावनाओं को बढ़ावा देने में मदद कर सकते हैं।

वृद्ध वयस्कों के लिए आत्महत्या की रोकथाम के लिए हस्तक्षेप की प्रभावशीलता के प्रमाण सीमित हैं। इस बात पर आम सहमति है कि एक बहु-तथ्यात्मक दृष्टिकोण और आत्महत्या की रोकथाम के कई स्तर वृद्ध वयस्कों⁶³ में आत्महत्या को कम कर सकते हैं। दूसरी ओर, राष्ट्रीय रोकथाम रणनीतियों के तत्व जो बाद के जीवन में आत्महत्या के लिए भी प्रासंगिक हो सकते हैं – 1) आत्महत्या की जागरूकता और इसके सामान्य स्वास्थ्य आयाम; 2) आत्महत्या के खतरे वाले कारकों को पहचानना और उन्हें नियंत्रित करना जो परिवर्तनीय हैं; 3) मानसिक स्वास्थ्य और मादक

पदार्थों के सेवन नियंत्रण कार्यक्रमों का समन्वय ; 4) मानसिक बीमारी और आत्मघाती व्यवहार से जुड़े कलंक को कम करने के लिए रणनीतियों का विकास और कार्यान्वयन; 5) विशेष रूप से पुरुषों के बीच³ मदद करने वाले व्यवहार में सुधार के लिए कार्यक्रम बनाना ।

65 वर्ष से अधिक उम्र वाले व्यक्तियों³ को लक्षित करने वाली रणनीतियां आमतौर पर मानसिक स्वास्थ्य को, विशेष रूप से अवसाद की प्रारंभिक पहचान और उपचार पर जोर देने को, बढ़ावा देती हैं । इन उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए, एकीकृत मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच और वृद्ध वयस्कों और उनके देखभालकर्ताओं के लिए पर्याप्त उपचार और सहायता अक्सर प्रदान की जाती है¹⁵ ।

निष्कर्ष – Conclusion

अंत में, भले ही वे सबसे अधिक रहें, वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या की दर सबसे अधिक पश्चिमी देशों^{2,3} में गिर रही है । यह संभव है कि बड़े वयस्कों को, किसी अन्य आयु वर्ग की तुलना में स्वास्थ्य देखभाल के समग्र स्तर और जीवन की गुणवत्ता में सुधार से विशेष रूप से लाभ हुआ हो । सबसे अधिक नुकसान पहुँचाने वाला जनसांख्यिकीय क्षेत्र रहा है, वृद्ध वयस्कों में अन्य की तुलना में² अधिक आनुपातिक आकार में सुधार हुआ है । उम्मीद है, यह घटना उसी गति से जारी रह सकती है, लेकिन प्रवृत्ति रेखा में एक अत्यधिक कमी को प्राप्त करने के लिए लक्षित कार्यवाई की आवश्यकता होगी ।

सामाजिक सहायता में सुधार और भावात्मक विकारों का निदान व उपचार आत्महत्या के जोखिम को कम करने के लिए उपचार महत्वपूर्ण हस्तक्षेप हैं । सामुदायिक कार्यों और रक्षकों के प्रशिक्षण के आधार पर रोकथाम महत्वपूर्ण रणनीति लगती है । विशेष रूप से, सामुदायिक कार्यक्रम जो उपयोगिता की भावना को बढ़ावा देते हैं और सामाजिक एकीकरण और सामाजिक संरक्षण को संरक्षित करते हैं और सामाजिक स्थिति को सख्ती से अमल में लाया जाना चाहिए । सरकारों को सेवानिवृत्ति कार्यक्रमों में सुधार, सामान्य स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच को आसान बनाने और समर्थन प्रणालियों को विकसित करने पर ध्यान देना जारी रखना चाहिए । पूरे किए गए कार्यों की वैधता का परीक्षण करना और विभिन्न सांस्कृतिक संदर्भों के लिए उनकी उपयुक्तता को सत्यापित करना अनिवार्य है ।

कलक और वृद्धों के प्रति अनुचित दृष्टिकोणों का मुकाबला बड़े दृढ़ निश्चय के साथ करना चाहिए । इसी दौरान, जीवन के विभिन्न चरणों में अनुकूलन की संस्कृति को सक्रिय रूप से बढ़ावा देना और उम्र के आगे बढ़ने से होने वाले परिवर्तनों को बेहतर सफल उम्र बढ़ने के रास्ते में लाने की प्रक्रिया का आवश्यक हिस्सा बनना चाहिए ।

वृद्ध वयस्कों में आत्महत्या की रोकथाम के विस्तार पर अपना ध्यान केन्द्रित करना चाहिए और कई सामाजिक-पर्यावरणीय परिस्थितियों पर ध्यान देना चाहिए जो कि वृद्धावस्था, विशेष रूप से सामाजिक अलगाव, वित्तीय सुरक्षा और शारीरिक स्वास्थ्य में प्रासंगिक हो सकती हैं । यह निश्चित रूप से जीवन के इस कठिन दौर में आत्महत्या के विचार और व्यवहार का बेहतर ढंग से मुकाबला करने में मदद करेगा ।

References

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, OMS, 2001.
2. Bertolote, J. & De Leo, D. (2012). Global suicide mortality rates—a light at the end of the tunnel? *Crisis*, 33, 249-253
3. WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, Geneva.
4. Shah, A., Zarate-Escudero, S., Bhat, R., De Leo, D. & Erlangsen, A. (2014). Suicide in centenarians: the international landscape. *International Psychogeriatrics*, 26, 1703-1708.
5. De Leo, D. & Scocco, P. (2000). Treatment and prevention of suicidal behaviour in the elderly. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 555-570). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
6. De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P. et al. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 300-310.
7. Shaffer D, Jacobson C. (2009). Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20DSM-5%20NSSI%20Proposal.pdf>
8. Shah, A., Bhat, R., MacKenzie, S. et al. (2008). Elderly suicide rates: Cross/national comparison of trends over a 10-year period. *International Psychogeriatrics*, 20, 673-686.
9. Karch, D. (2011). Sex differences in suicide incident characteristics and circumstances among older adults: surveillance data from the National Violent Death Reporting System—17 US States, 2007-2009. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3479-3496.
10. Kolves K, Potts B, De Leo D (2015). Ten year of suicide mortality in Australia: Socio-economic and psychiatric factors in Queensland. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 36:136-143.
11. Schriivers DL, Bollen J, Sabbe BG (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138: 19-26.
12. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian Community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 86: 215-225.
13. De Leo D. (2015). Can we rely on suicide mortality data? *Crisis*, 36:1-3.
14. Williams RF, Doessel DP, Svetlicic J, De Leo D (2010). Accuracy of official suicide mortality data in Queensland. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44: 815-22.
15. De Leo D, Arnautovska U (2016). Prevention and Treatment of Suicidality in Older Adults. In R O'Connor & J Pirakis (eds), *International Handbook of Suicide Prevention. Research, Policy and Practice*. Wiley Blackwell, Chichester, in press.
16. Rabheru, K. (2004). Special issues in the management of depression in older patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 41-50.
17. De Leo, D. & Diekstra, R.F.W. (1990). *Depression and suicide in late life*. Goettingen: Hogrefe & Huber.
18. Maj M (2011). When does depression become a mental disorder? *British Journal of Psychiatry*, 199: 85-86.
19. Shah A, Buckley L. (2011). The current status of methods used by the elderly for suicides in England and Wales. *Journal of Injury Violence Research*, 3:68-73.
20. Chia B-H, Chia A, Ng W-Y, Tai B-C. (2011). Suicide methods in Singapore (2000-2004): type and associations. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41: 574-583.
21. Dombrowski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. (2008). Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16:905-913.
22. De Leo, D., Draper, B. & Kryszynska, K. (2009a). Suicidal elderly people in clinical and community settings. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 703-719). New York: Oxford University Press.
23. Conwell, Y. & Thomson, C. (2008). Suicidal behaviour in elders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31, 333-356.
24. Shah, A.K. & De, T. (1998). Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2, 3-17.
25. Conwell, Y. (2014). Suicide later in life. Challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47, S244-S250.

26. Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology, Series A*, 58, 249–265.
27. Reynolds III, C.F. & Kupfer, D.J. (1999). Depression and Aging: A look to the Future. *Psychiatric services*, 50, 1167–1172.
28. Montano, C.B. (1999). Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 45–51.
29. Diefenbach, G.J., Woolley S.B. & Goethe, J.V. (2009). The association between self-reported anxiety-symptoms and suicidality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 92–99.
30. Fawcett, J. (2009). Severe anxiety and agitation as treatment modifiable risk factors for suicide. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 407–411). New York: Oxford University Press.
31. Kryszynska, K., Heller, T.S. & De Leo, D. (2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 95–101.
32. Harwood, D. & Jacoby, R. (2000). Suicidal behaviour among the elderly. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.) (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 275–292). Chichester: John Wiley & Sons.
33. Neulinger, K. & De Leo, D. (2001). Suicide in elderly and youth population: How do they differ? In D. De Leo (Ed.), *Suicide and Euthanasia in Older Adults* (pp. 137-154). Hogrefe & Huber Publishers, Göttingen.
34. Draper, B., Kölves K., De Leo D., Snowdon J. (2014a). A controlled study of suicide in middle-aged and older people: personality traits, age, and psychiatric disorders. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44, 130-138.
35. Schneider B, Maurer K, Frolich L (2001). Dementia and suicide. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69, 164–173.
36. Haw, C., Harwood, D. & Hawton, K. (2009). Dementia and suicidal behaviour: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 21, 440–453.
37. Capurso, A., Capurso, C., Solfrizzi, V. et al. (2007). Depression in old age: A diagnostic and therapeutic challenge. *Recenti Progressi in Medicina*, 98, 43–52.
38. Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. & Vaupel, J. (2004). Loss of a partner and suicide risk among oldest old: A population-based register study. *Age and Ageing*, 33, 378–383.
39. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, et al. (2002). Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 398–407.
40. Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K. et al. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides—a case-control study. *Psychological Medicine*, 31, 1193–1202.
41. De Leo, D., Padoani, W., Lonnqvist, J. et al. (2002a). Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 72:291-295, 2002.
42. De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O., Andriessen, K. (2013b). Bereavement after traumatic death: Helping the survivors. Hogrefe, Göttingen.
43. Loebel, J.P., Loebel, J.S., Dager, S.R. et al. (1991). Anticipation of nursing home placement may be a precipitant of suicide among the elderly. *Journal of the American Geriatric Society*, 91, 407–415.
44. Torresani, S., Toffol, E., Scocco, P. & Fanolla, A. (2014). Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study. *Psychogeriatrics*, 14, 101-109.
45. O'Dwyer, S. & De Leo, D. (2016). Older adults and suicide. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death*, 11nd Edition, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 215-227.
46. Bell CC, McBride DF (2010). Commentary: homicide-suicide in older adults—cultural and contextual perspectives. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 38:312–317.
47. Malphurs JE, Cohen D. (2005). A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 211–217.
48. Bourget D, Gagne P, Whitehurst L. (2010). Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, 305–311.
49. Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C. et al. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193–204.
50. De Leo D., Hickey P., Meneghel G. et al. (1999). Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics*, 40, 339–344.
51. Waern, M., Rubenowitz, E., Runeson, B. et al. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *British Medical Journal*, 324, 1355.
52. Kaplan, M.S., McFarland, B.H., Huguet, N. et al. (2007). Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 56-60.
53. Fiske, A., Wetherell, J.L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 369–389.
54. De Leo, D. (2002). Struggling against suicide. *Crisis*, 23, 23–31.
55. Harwood, D.M.J., Hawton, K., Hope T. et al. (2000). Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 736–743.
56. De Leo, D. (1999). Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 20, 53–55.
57. De Leo, D., Draper, B.M., Snowdon, J. et al. (2013c). Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1117-1123.
58. Uncapher, H. & Arean, P.A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 188–192.
59. Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C. et al. (1998). Age differences in behaviours leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 122–126.
60. Dombrowski, A.Y. & Szanto, K. (2005). Prevention of suicide in the elderly. *Annals of Long-Term Care*, 13, 52–32.
61. Waern, M., Beskow, J., Runeson, B. et al. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *British Medical Journal*, 354, 917–918.
62. Hawton, K. & Harriss, L. (2006). Deliberate self-harm in people aged 60 and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 572–581.
63. Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M. et al. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32, 88-98. 88. Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y. et al. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults. *Crisis*, 32, 106-109.
64. Erlangsen, A., Nordentoft, M., Conwell, Y. et al. (2011). Key considerations for preventing suicide in older adults. *Crisis*, 32, 106-109.
65. Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064–2074.
66. Krause, N. (2006). Church-based social support and mortality. *Journal of Gerontology*, 61B, 140–146.

This article is adapted from the following chapter: De Leo, D., Arnautovska, U. Suicidal Behaviour in Older Adults. In: de Mendonça Lima, C.A., Ivbijaro, G. *Primary Care Mental Health in Older People: A Global Perspective*. Springer, 2019.

आत्महत्या को बढ़ावा देने और रोकने में मीडिया की भूमिका – THE ROLE OF THE MEDIA IN PROMOTING AND PREVENTING SUICIDE

International Association for Suicide Prevention

The media—in all its forms—is extremely influential. Journalists and editors know this, advertisers and campaigners know this, and bloggers and influencers know this. Many suicide prevention experts also know this. They are acutely aware of the media's impact on the community's attitudes towards suicide and on the way vulnerable individuals think about suicide as a course of action.

मीडिया अपने सभी रूपों में बेहद प्रभावशाली है । पत्रकारों और संपदकों को यह पता है, विज्ञापनदाताओं और प्रचारकों को यह पता है और ब्लॉगर्स और प्रेरकों को यह पता है । कई आत्महत्या रोकथाम विशेषज्ञ भी यह जानते हैं । वे आत्महत्या के प्रति समुदाय के दृष्टिकोणों पर मीडिया के प्रभाव के बारे में और जिस तरह कमजोर व्यक्ति आत्महत्या के बारे में कार्यवाही के दौरान सोचता है, गहराई से जानते हैं ।

आत्महत्या पर शुरुआती काम और मीडिया ने अखबारों और टेलिविजन जैसे पारंपरिक मीडिया और इसके नुकसान की संभावनाओं पर ध्यान केंद्रित किया । 1960 के दशक के बाद से किए गए कई अध्ययनों से पता चला है कि जब आत्महत्या के बारे में खबरें सामने आती हैं, तो आत्महत्या की दर¹ में 'परिवर्तन' दिखाई देते हैं । यह विशेष रूप से तब होता है जब आत्महत्या की मीडिया की रिपोर्ट प्रमुख या पुनरावृत्तीय^{2,3} होती है, ऐसे सेलेब्रिटी जो अपनी जान⁴ ले चुके होते हैं या आत्महत्या के तरीकों का स्पष्ट विवरण^{2,3,5,6} देते हैं । सौभाग्य से, कुछ इस प्रकार की रिपोर्टें भी हैं जो आत्महत्या की दर में गिरावट¹ के साथ जुड़ी हुई हैं । विशेष रूप से ऐसी रिपोर्टें जो आत्महत्या संकट से उभरने वाले लोगों का वर्णन करती हैं, का लाभकारी प्रभाव⁷ हो सकता है ।

हाल ही में आत्महत्या को बढ़ावा देने और रोकने में सोशल मीडिया की भूमिका की जांच करने का काम शुरू हुआ है। यह समझ में आता है कि पारंपरिक मीडिया का कोई भी प्रभाव इसकी व्यापक पहुँच और प्रसारण की गति के कारण सोशल मीडिया के मामले में बढ़ सकता है और क्योंकि सोशल मीडिया सामग्री में प्राप्तकर्ता और योगदानकर्ता दोनों होते हैं। आत्महत्या पर सोशल मीडिया के प्रभाव के अध्ययन से मिश्रित परिणाम निकाले गये हैं। कुछ ने संकेत दिया है कि सोशल मीडिया उन लोगों के लिए जोखिम बढ़ा हो सकता है जो पहले से ही संघर्ष कर रहे हैं, उदाहरण के लिए, उन्हें घातक तरीकों के बारे में जानकारी प्राप्त करने और उन्हें दूसरों से परिचित कराने में सक्षम बनाना जो उन्हें उनके जीवन¹⁰ को समाप्त करने के लिए प्रोत्साहित कर सकते हैं। अन्य अध्ययनों ने अधिक सकारात्मक प्रभावों की पहचान की है, ज्यादातर ऐसे ही संकटों से गुजरने वाले लोगों की मदद और वास्तविक सहायक समुदायों स्रोत खोजने वाले व्यक्तियों के साथ करना है जो ऐसे संकटों से गुजरने वाले लोगों की मदद और सहायता प्राप्त कर रहे हैं।

कुछ आत्महत्या रोकथाम विशेषज्ञों ने हस्तक्षेपों के बारे में भी सोचना शुरू कर दिया है जो कि मीडिया को नुकसान पहुँचाने के बजाय अच्छा करने की क्षमता को बढ़ा सकते हैं। इन हस्तक्षेपों में से सबसे अधिक स्थापित प्रिंट और प्रसारण मीडिया पेशेवरों को लक्षित करते हैं, जो आत्महत्या पर रिपोर्ट करने के तरीकों के बारे में सिफारिशें प्रस्तुत करते हैं। इंटरनेशनल एसोसिएशन फॉर सुसाइड प्रिवेंशन एंड द वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गनाइजेशन ने पत्रकारों और संपादकों¹¹ के लिए दिशा निर्देश तैयार किए हैं और नवीनीकरण किए हैं और कई देशों में सरकारों और गैर-सरकारी संगठनों ने भी ऐसा किया है¹², अक्सर उन्हें स्थानीय अंदाज दिया जाता है। इन दिशानिर्देशों का सार समान है; कोई भी सेंसरशिप के बारे में नहीं है, लेकिन सभी सावधान रिपोर्टिंग के बारे में हैं। वे सभी रिपोर्टिंग की प्रमुखता को कम से कम करने, आत्महत्या से संबंधित भाषा का ध्यान रखने, आत्महत्या के तरीकों और स्थानों की चर्चा से बचने और लोगों को सहायता प्राप्त करने के बारे में जानकारी प्रदान करने की सिफारिश करते हैं। इन दिशानिर्देशों के मूल्यांकन से पता चला है कि वे पत्रकारिता प्रथाओं पर सकारात्मक प्रभाव डाल सकते हैं।

अब ध्यान हस्तक्षेपों की ओर परिवर्तित हो गया है जो सोशल मीडिया के संदर्भ में उपयोगी हो सकते हैं। इस तथ्य की मान्यता में कि किशोर और युवा वयस्क सोशल मीडिया के सबसे बड़े उपयोगकर्ता हैं और शायद इसके प्रभाव के प्रति अधिक संवेदनशील हैं, यदि वे ऐसा ऑनलाइन¹⁵ कर रहे हैं तो आत्महत्या के बारे में सुरक्षित रूप से बात करने के लिए युवा लोगों को समर्थ बनाने के लिए दिशानिर्देश विकसित किए गये हैं। सोशल मीडिया के आर्किटेक्चर का लाभ उठाने वाले अन्य अनोखे हस्तक्षेप भी विकसित किए जा रहे हैं, जिनमें कुछ ऐसे भी हैं जो वास्तविक समय की पहचान की अनुमति देते हैं और उन पोस्टों पर प्रतिक्रियाएं देते हैं जो दर्शाता है कि एक व्यक्ति बड़े या निकटस्थ जोखिम¹⁶ पर है। ये नये तरह के हस्तक्षेप वादे करते हैं लेकिन अभी तक उनका औपचारिक रूप से मूल्यांकन नहीं किया गया है।

उपरोक्त हस्तक्षेप काफी हद तक नुकसान को रोकने के बारे में हैं, लेकिन ऐसे हस्तक्षेप भी हैं जिन्हें विकसित और कार्यान्वित किया जा रहा है जो मीडिया को आत्महत्या की रोकथाम में अच्छे के लिए एक बल के रूप में उपयोग करने के बारे में हैं। विशेष रूप से, आत्महत्या रोकथाम मीडिया अभियान बनाए गए हैं जो आत्महत्या करने वाले व्यक्तियों को या उन लोगों को लक्षित करते हैं जो चिंतित हैं कि उनका कोई करीबी जोखिम^{17,18} में हो सकता है। आमतौर पर इन अभियानों में किसी न किसी तरह की संक्षिप्त सार्वजनिक सेवा, अक्सर आकर्षक टैग-लाइन¹⁹ के साथ, की घोषणा होती है। हालांकि, वे अपने सटीक संदेश के संदर्भ में और अलग अलग मीडिया के संदर्भ में भिन्न होते हैं, जो संदेश को बाहर निकालने

के लिए उपयोग करते हैं। अक्सर वे प्रिंट और प्रसारण प्रारूपों के मिश्रण का उपयोग करते हैं, और तेजी से वे पारंपरिक और डिजिटल दोनों चैनलों¹⁹ का उपयोग करते हैं। इस हस्तक्षेप पर भिन्नताओं में वृत्तचित्र जैसे लंबे प्रारूप शामिल हैं। इस प्रकार के हस्तक्षेपों के आसपास के मूल्यांकन के प्रमाण मिश्रित होते हैं, लेकिन कुछ को मदद की मांग को प्रोत्साहित करने, आत्महत्या के प्रति दृष्टिकोण बदलने और यहां तक कि आत्महत्या की दर^{17,18} को कम करने के लिए प्रभावी दिखाया गया है।

आत्महत्या जटिल है और इसके कई कारण हैं, और इसके प्रचार और इसकी रोकथाम में मीडिया की महत्वपूर्ण भूमिका है। यदि हमें आत्महत्या की दर को कम करने पर धावा बोलना है तो आत्महत्या की रोकथाम के विशेषज्ञों को मीडिया पेशेवरों और अन्य लोगों के साथ साझेदारी करनी चाहिए जिनकी मीडिया सामग्री को बनाने और प्रसारित करने में भूमिका है।

References

1. Pirkis J, Blood RW, Sutherland G, Currier D. Suicide and the News and Information Media: A Critical Review. Newcastle: Everymind, 2018.
2. Chen, Y-Y., Chen F, Gunnell D, Yip P. The impact of media reporting on the emergence of charcoal burning suicide in Taiwan. PLOS One 2013; 8(1): e55000.
3. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution. Archives of Suicide Research 2004; 8(2): 137-45.
4. Niederkrotenthaler T, Fu K-W, Yip P, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. Journal of Epidemiology and Community Health 2012; 66(11): 1037-42.
5. Ladwig K, Kunrath S, Lukaschek K, Baumert J. The railway suicide death of a famous German football player: Impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. Journal of Affective Disorders 2012; 136((1-2)): 194-8.
6. Nakamura M, Yasunaga H, Toda A, Sugihara T, Imamura T. The impact of media reports on the 2008 outbreak of hydrogen sulphide suicides in Japan. International Journal of Psychiatry in Medicine 2012; 44(2): 133-40.
7. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. British Journal of Psychiatry 2010; 197: 234-43.
8. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people. PLOS ONE 2013; 8(10): e77555.
9. Mok K, Jorm A, Pirkis J. Suicide-related internet use: A review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2015; 49(8): 697-705.
10. O'Connor R, Rasmussen S, Hawton K. Adolescents who self-harm: A school-based study in Northern Ireland. Journal of Affective Disorders 2014; 159: 46-52.
11. World Health Organization and International Association for Suicide Prevention. Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. Geneva: World Health Organization, 2017.

12. Maloney J, Pfuhrmann B, Arensman E, et al. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behaviour to new media developments. Archives of Suicide Research 2014; 18(2): 156-69.
13. Pirkis J, Blood RW, Beautrais A, Burgess P, Skehan J. Media guidelines on the reporting of suicide. Crisis 2006; 27: 82-7.
14. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide: A review of effectiveness. Crisis 2012; 33(4): 190-8.
15. Robinson J, Hill N, Thorn P, et al. The #chatsafe project. Developing guidelines to help young people communicate safely about suicide on social media: A Delphi study. PLOS One 2018; 13(11): e0206584.
16. Reidenberg D. Personal communication. 2019.
17. Pirkis J, Rossetto A, Nicholas A, Ftanou M. Advancing knowledge about suicide prevention media campaigns. Crisis 2016; 37(5): 319-22.
18. Pirkis J, Rossetto A, Nicholas A, Ftanou M, Robinson J, Reavley N. Suicide prevention media campaigns: A systematic literature review. Health Communication 2019; 34(4): 402-14.
19. Ftanou M, Cox G, Nicholas A, et al. Suicide prevention public service announcements (PSAs): Examples from around the world. Health Communication 2017; 32(4): 493-501.
20. King K, Schlichthorst M, Spittal M, Phelps A, Pirkis J. Can a documentary increase help-seeking intentions in men? A randomised controlled trial. Journal of Epidemiology and Community Health 2018; 72(1): 92-8.

International Association of Suicide Prevention: www.iasp.info

खोलिये दिमाग, खोलिये दरवाजे – मीडिया दिशानिर्देश – OPENING MINDS, OPENING DOORS—MEDIA GUIDELINES

World Federation for Mental Health

“मानसिक स्वास्थ्य के मामलों के बारे में जनता की समझ में सुधार लाने और मानसिक बीमारियों वाले लोगों के खिलाफ कलंक और भेदभाव को कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने के लिए पत्रकारों में जबरदस्त क्षमता है।” पूर्व अमेरिकी प्रथम महिला रोजलिन सिन्टर

विश्व मानसिक स्वास्थ्य संगठन जनता को शिक्षित करने और परिवर्तन को सशक्त बनाने के लिए समर्पित है। इस लेख से पत्रकारों और संवाददाताओं को मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक बीमारी से पीड़ित लोगों में बेहतर समझ बनाने में मदद मिलेगी। यह उन स्थितियों पर सूचना देने वालों की क्षमता को बढ़ाने का काम कर सकता है। यह मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक बीमारियों से संबंधित स्थितियों पर सूचना देने की क्षमता को बढ़ाने के लिए काम कर सकता है जो उनके समुदाय में उत्पन्न होती हैं और विषय पर निष्पक्ष और सटीक सूचना को प्रोत्साहित करते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य और मानसिक बीमारियों की सूचनार्थ रिपोर्ट पर विचार करने के मुद्दे

- तथ्यों को जानें और उनका उपयोग करें – मानसिक स्वास्थ्य समस्याएं और मानसिक बीमारियां लोगों के जीवन के सभी पहलुओं, जिनमें परिवार, कार्य, स्कूल और सामाजिक जीवन शामिल हैं, को प्रभावित कर सकती हैं। एक ऐसा समुदाय जो इन विकारों को नहीं समझता, उसमें व्यक्तियों को सहायता प्राप्त करने और उपयोगी और संतोषजनक जीवन जीने में कठिनाई होगी।
- आपकी रिपोर्टिंग जीवन पर असर डालती है – अपने समुदाय में समझ को बढ़ावा देने से मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं वाले अधिक लोगों को अपने साथियों और पड़ोसियों द्वारा स्वीकार किए जाने और समर्थन करने के परिणाम को बढ़ावा मिल सकता है।
- मीडिया दिशानिर्देश और आचार संहिता गोपनीयता के अधिकार को प्रदान करते हैं। इस बात पर विचार करें कि आपकी कहानी व्यक्ति के जीवन को कैसे प्रभावित कर सकती है। विकलांग लोगों के साक्षात्कार पर अपने मीडिया अभिव्यक्ति की आचार संहिता का पालन करें।
- एक व्यक्ति के लिए उसकी मानसिक बीमारी किसी भी स्थिति की तुलना में कहीं अधिक है। यदि यह आपकी कहानी के लिए प्रासंगिक नहीं है, तो इसका उल्लेख न करें।
- उपयुक्त, गैर-निर्णयात्मक भाषा और शब्दावली का प्रयोग करें जो व्यक्ति के लिए सम्मानजनक हो।

उपयुक्त शब्दावली और भाषा का उपयोग – Appropriate Terminology and Use of Language

अपमानजनक और अनुचित शब्दों का उपयोग मानसिक विकलांग लोगों में गलतफहमी, भेदभाव और झूठे चित्रणों को बढ़ावा देता है। समानता और समझ को बढ़ावा देने के लिए कुछ पसंदीदा शब्दावली निम्न है। इस भाषा को अपने भाषण में, अपने लेखन में और अपने विवरण में शामिल करें।

“मानसिक बीमार” या “मानसिक रुग्णता वाला व्यक्ति” या “स्किजोफ्रेनिया” के स्थान पर “मनोरोग विकलांगता वाला व्यक्ति” का उपयोग करें। शब्द जैसे कि “पागल”, “विक्षिप्त”, “साइकिक” बहुत आक्रामक होते हैं और इसका उपयोग किसी मानसिक स्वास्थ्य समस्या वाले व्यक्ति का वर्णन करने के लिए कभी नहीं किया जाना चाहिए।

जब भी संभव हो, “अभिशाप (stigma)” के बजाय “भेदभाव” का उपयोग करें। वर्षों के दौरान, शब्द “अभिशाप (stigma)” कभी कभी अधिक अलगाव और दुर्व्यवहार का कारण बन गया है। शब्द “भेदभाव” लोगों के व्यवहार के तरीकों में अंतर को दर्शाता है।

कहें कि “व्यक्ति को अवसाद है” बजाय इसके कि “बोझ के साथ पीड़ित”, “व्यथित”, “का शिकार है”। बाद की शब्दावली का उपयोग करना कमजोरी की भावना को बढ़ावा देता है; वास्तव में, मानसिक स्वास्थ्य समस्या वाले लोग उन लोगों की तुलना में जो मधुमेह, हृदय रोग और कैंसर जैसी अन्य गंभीर स्वास्थ्य समस्याओं का अनुभव करते हैं “कमजोर” नहीं होते।

“आत्महत्या करली” के स्थान पर कहें “व्यक्ति आत्महत्या से मर गया” । “आत्महत्या करली” उनकी इच्छा के विरुद्ध सोचने के बारे में प्रेरित करता है । आत्महत्या एक बहुत ही महत्वपूर्ण स्वास्थ्य मामला है और इसे एक पापी या आपराधिक व्यवहार के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए ।

“विकलांग” के बजाय “विकलांगता वाला व्यक्ति” कहें । किसी बीमारी या चोट से पूरी तरह प्रभावित होना आमतौर पर स्थिति से प्रभावित नहीं होता है । विकलांग व्यक्ति के लिए बहुत कुछ है – उनका व्यक्तित्व, उनका काम और उनका परिवार । विकलांगता के साथ एक व्यक्ति को चिन्हित करना, जैसे कि “एक विकलांग व्यक्ति” कुछ हद तक लाल बालों वाले व्यक्ति का वर्णन करने जैसा है – आप यह नहीं कहेंगे “लाल-बाल व्यक्ति” बल्कि “व्यक्ति जिसके लाल बाल हैं” ।

आत्महत्या पर समाचार-लेखन के लिए सिफारिशें | – RECOMMENDATIONS FOR REPORTING ON SUICIDE©

Developed in collaboration with: American Association of Suicidology, American Foundation for Suicide Prevention, Annenberg Public Policy Center, Associated Press Managing Editors, Canterbury Suicide Project—University of Otago, Christchurch, New Zealand, Columbia University Department of Psychiatry, ConnectSafely.org, Emotion Technology, International Association for Suicide Prevention Task Force on Media and Suicide, Medical University of Vienna, National Alliance on Mental Illness, National Institute of Mental Health, National Press Photographers Association, New York State Psychiatric Institute, SAMHSA, Suicide Awareness Voices of Education, Suicide Prevention Resource Center, The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and UCLA School of Public Health, Community Health Sciences.

आत्महत्या पर लिखने के लिए महत्वपूर्ण बिंदु – Important Points for Covering Suicide

- दुनियां भर में 50 से अधिक शोध अध्ययनों में पाया गया कि कुछ विशेष प्रकार के समाचार कवरेज से कमजोर वयक्तियों में आत्महत्या की संभावना बढ़ सकती है । ये बढ़ावा मात्रा, अवधि और कवरेज की प्रमुखता से संबंधित है ।
- अतिरिक्त आत्महत्याओं का जोखिम तब बढ़ जाता है जब कहानी स्पष्ट रूप से आत्महत्या विधि का वर्णन करती है, नाटकीय/ग्राफिक सुखियां या छवियों का उपयोग करती हैं और पुनरावृत्ति/व्यापक सनसनीखेज कवरेज या मौत को ग्लैमराइज करती है ।
- आत्महत्या को ध्यान से कवर करना, यहां तक कि संक्षेप में, सार्वजनिक गलतफहमियों और मिथकों को सही कर सकता है, जो मदद लेने के लिए अतिसंवेदनशील या जोखिम वाले लोगों को प्रोत्साहित कर सकता है ।

इसके बजाय	यह करें
बड़ी या सनसनीखेज सुखियां, या प्रमुख स्थान (जैसे कर्ट कोबेन ने आत्महत्या के लिए शॉटगन का प्रयोग किया ।)	आत्महत्या को सनसनीखेज बनाए बिना दर्शकों को सूचित करें और प्रमुखता को कम करें। (जैसे “कर्ट कोबेन डेड एट 27” ।)
मृत्यु के स्थान या तरीके, शोकाकुल परिवार, मित्रों, स्मारकों या शवदाह स्थान के फोटो/वीडियो को शामिल करना ।	स्कूल/कार्य या परिवार के फोटो का उपयोग करें; हॉटलाइन लोगो या स्थानीय संकट फोन नं. शामिल करें (Helpline) ।
हाल की आत्महत्याओं को “महामारी”, “आसमान छूती”, या अन्य मजबूत शब्दों द्वारा वर्णन करना ।	सीडीसी डॉटा की सावधानीपूर्वक जांच करें और “वृद्धि” या “उच्च” जैसे गैर-सनसनीखेज शब्दों का उपयोग करें ।
आत्महत्या को अकथनीय या “बिना चेतावनी” जैसे वर्णित करना ।	अधिकांश, लेकिन सभी नहीं, जो लोग आत्महत्या करके मरते हैं वे “चेतावनी के संकेतों” को प्रदर्शित करते हैं। यदि संभव हो तो अपने लेख में “चेतावनी के संकेतों” को और “क्या करना चाहिए” को शामिल करें ।
“जॉन डो ने एक आत्महत्या नोट छोड़ा है” ।	“मृतक के पास से एक नोट मिला और उसका मेडीकल परीक्षक द्वारा अवलोकन किया जा रहा है।”

अपराधों पर रिपोर्टिंग करने के समान आत्महत्या पर जांच और रिपोर्टिंग करना ।	एक सार्वजनिक स्वास्थ्य मुद्दे के रूप में आत्महत्या पर रिपोर्ट ।
आत्महत्या के कारणों के बारे में पुलिस या पहले उत्तरदाताओं का हवाला देना/ साक्षत्कार करना ।	आत्महत्या रोकथाम विशेषज्ञों से सलाह लें ।
आत्महत्या को “सफल”, “असफल” या “असफल प्रयास” के रूप में सदर्भित करना ।	“आत्महत्या करके मर गया” या “समाप्त कर दिया” या “खुद को मार डाला” के रूप में वर्णन करें ।

गलत सूचना को टालें और उम्मीद जगाएं | – Avoid Misinformation and Offer Hope

- आत्महत्या जटिल है । इसके हमेशा कई कारण होते हैं, जिनमें मनोरोग भी शामिल हैं जिन्हें मान्यता नहीं दी गई है या इलाज नहीं किया गया है । हालांकि, ये बीमारी उपचार योग्य हैं ।
- अनुसंधान निष्कर्षों का उल्लेख करें कि आत्महत्या से मारे गये लोगों में से 90% लोगों में मानसिक विकार और/या मादक पदार्थों का सेवन पाया गया है ।
- यह रिपोर्ट करने से बचें कि आत्महत्या एक एकल घटना से पहले हुई थी, जैसे कि हाल ही में नौकरी छूटना, तलाक या खराब ग्रेड ।
- इस तरह की रिपोर्टिंग जनता को अत्यधिक सरलीकरण और आत्महत्या की भ्रामक समझ के साथ छोड़ देती है ।
- कारणों और उपचारों पर एक आत्महत्या रोकथाम विशेषज्ञ के हवाले से विचार करें । विशेषज्ञ की राय को सनसनीखेज संदर्भ में प्रस्तुत करने से बचें ।
- पाठकों को आत्महत्या के कारणों, इसके चेतावनी संकेतों, विचारधारा में रुझान और हाल ही में उपचार के बारे में सूचित करने के लिए अपनी कहानी का उपयोग करें ।
- उपलब्ध उपचार के कई विकल्पों के बारे में कथन (कथनों) को जोड़ें जो उन लोगों की कहानियां हैं जिन्होंने मदद के लिए आत्मघाती संकट और संसाधनों पर काबू पा लिया है ।
- नवीनतम स्थानीय/ राष्ट्रीय संसाधनों को शामिल करें जहाँ पाठक/ दर्शक उपचार, सूचना और सलाह प्राप्त करने को बढ़ावा देते हैं ।

ऑनलाइन मीडिया, संदेश बोर्डों, ब्लॉगर्स और नागरिक पत्रकारों के लिए सुझाव ।

Suggestions for Online Media, Message Boards, Bloggers & Citizen Journalists

- ब्लॉगर्स, नागरिक पत्रकार और सार्वजनिक टिप्पणीकार पोस्ट या लिंक से उपचार सेवाओं, चेतावनी संकेतों और आत्मघाती सीधे संपर्क के साथ छूत के जोखिम को कम करने में मदद कर सकते हैं ।
- आशा और रोग निवृत्ति की कहानियों को शामिल करें, आत्महत्या की सोच पर कैसे काबू पाया जाए की जानकारी और कौशल को बढ़ावें ।
- ऑनलाइन रिपोर्ट, फोटो/ वीडियो और कहानियों के वायरल होने की संभावनाएं यह महत्वपूर्ण बनाती हैं कि आत्महत्या के ऑनलाइन कवरेज साइट या उद्योग सुरक्षा सिफारिशों का पालन करें ।
- सोशल नेटवर्किंग साइट अक्सर मृतक के यादगार बन जाते हैं और उन पर अपमानजनक टिप्पणियों और बयानों के लिए निगरानी की जानी चाहिए कि अन्य लोग आत्महत्या पर विचार कर रहे हैं । संदेशबोर्ड, दिशानिर्देश, नीतियां और प्रक्रियाएं अनुचित और/ या असंवेदनशील पदों को खत्म कर सकती हैं ।

कहानियों के लिए सहायक लघु सूचना

आत्महत्या की चेतावनी के संकेत	क्या करें यदि आपको पता है कि कोई व्यक्ति आत्महत्या के चेतावनी संकेतों को प्रदर्शित करता है ।
<ul style="list-style-type: none"> • मरने की इच्छा रखने की बात करना । • खुद को मारने के लिए एक रास्ता खोजना । • निराशाजनक या बिना किसी उद्देश्य की बात करना । • फंसे हुए या असहनीय दर्द महसूस करने के बारे में बात करना । • दूसरों पर एक बोझ होने की बात करना । • शराब या ड्रग्स का उपयोग बढ़ाना । • चिंतित, उत्तेजित या लापरवाह व्यवहार करना । • बहुत कम या बहुत अधिक सोना । • अलग थलग या अकेला महसूस करना । • क्रोध दिखाना या बदला लेने की बात करना । • चरम मनोदशा बदलाव प्रदर्शन । • इन संकेतों को एक व्यक्ति जितना अधिक दिखाता है, उतना अधिक जोखिम होता है । चेतावनी के संकेत आत्महत्या से जुड़े हैं लेकिन ऐसा नहीं हो सकता कि वो आत्महत्या का कारण बने । 	<ul style="list-style-type: none"> • व्यक्ति को अकेला ना छोड़े । • किसी भी आग्नेयास्त्र, शराब, ड्रग्स या धारदार वस्तुओं को हटा दें जिन्हें आत्महत्या के प्रयास में इस्तेमाल किया जा सकता है । • Call the U.S. National Suicide Prevention Lifeline at 800-273-TALK (8255) • यू.एस. नेशनल आत्महत्या रोकथाम लाइफलाइन से 800-273-TALK (8255) पर फोन करें । • व्यक्ति को एक आपातकालीन कक्ष में ले जाएं या चिकित्सा या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर की मदद लें ।

<http://reportingonsuicide.org/recommendations/>

आत्महत्या के प्रभाव – THE IMPACT OF SUICIDE

Susan Weinstein

ऐसा कहा जाता है कि एक आत्महत्या की मौत ने छः लोगों को प्रभावित किया । उस संख्या ने उस व्यक्ति के तात्कालिक परिवार और करीबी दोस्तों को दर्शाया जिन्होंने अपनी जान ले ली, यह सुझाव देते हुए कि आत्महत्या केवल उन लोगों पर प्रभाव डालती है जो सीधे संपर्क में थे और मरने वाले व्यक्ति से भावनात्मक रूप से जुड़े थे । प्रचलित समझ यह थी कि किसी व्यक्ति के पति/पत्नी, बच्चे, माता-पिता और करीबी दोस्त उनके प्रियजन की मृत्यु से काफी प्रभावित होंगे, लेकिन यह कि दूसरों पर पड़ने वाले प्रभाव – पड़ोसियों, काम करने वाले सहकर्मी, स्कूल के साथियों, शिक्षकों इत्यादि के जीवन में इतना प्रभाव नहीं होगा की हस्तक्षेप करना पड़े । जैसा कि अक्सर पारंपरिक ज्ञान के साथ होता है, 6 की संख्या अनुभवसिद्ध साक्ष्य पर आधारित नहीं थी, फिर भी 1970 के दशक से व्यापक रूप से दोहराई गई है । लोग निश्चितता के लिए तरसते हैं ओर 6 की संख्या ने आश्वासन दिया कि (हालांकि अशुद्धि से) आत्महत्या से मृत्यु केवल लोगों के एक छोटे समुह को प्रभावित करती है ।

शोधकर्ता अब आत्महत्या के प्रभावों को एक अलग तरीके से देखते हैं । आत्महत्या से होने वाली मौत का नुकसान बचे हुए लोगों पर अलग अलग प्रभाव डालता है, जो व्यक्तित्व, भावनात्मक और मानसिक स्वास्थ्य के कारण कुछ अपवादों के साथ मोटे तौर पर मरने वाले व्यक्ति और उन्हें जीवित रहने वाले व्यक्ति के बीच संबंधों से मेल खाते हैं । हालांकि नुकसान के बचे लोगों का वर्णन करने वाली भाषा विकसित होती रहती है, लेकिन एक आम राय है कि आत्महत्या का परिणाम पहले से पहचाने जाने की तुलना में अधिक व्यापक रूप से होता है ।

“*एक्सपोज्ड (उजागर)*” सबसे हल्का प्रभाव है जो उन लोगों के लिए होता है आत्महत्या से मर गये । इस श्रेणी के लोग अपने – अपने तरीके से मृत्यु के तरीके को अपनाते हैं लेकिन आमतौर पर पेशेवर हस्तक्षेप की आवश्यकता महसूस नहीं करते जैसे कि मानसिक स्वास्थ्य परामर्श । हाल ही के अध्ययनों से यह निष्कर्ष निकला है कि एक आत्महत्या से लगभग 150 लोगों की मृत्यु होती है । अमेरिका में, इसका अर्थ है कि हर साल 6.9 मिलियन से अधिक लोग आत्महत्या के नुकसान से उजागर होते हैं, जबकि दुनिया भर में (यदि समान आदर्श विभिन्न समाजों और संस्कृतियों पर

लागू होता हो) तो जोखिम 117.5 मिलियन से अधिक लोगों तक पहुँचता है । अमेरिका में, लगभग 40% से 50% लोग अपने जीवनकाल में आत्महत्या मौत के लिए उजागर होते हैं ।

अगले स्तर का प्रभाव होता है “*प्रभावित*” । आत्महत्या हानि से “*प्रभावित*” के रूप में वर्गीकृत किए गए लोगों को आत्महत्या के नुकसान के साथ दुख, अपराध, अविश्वास, क्रोध, शर्म और अन्य भावनाओं का अनुभव हो सकता है । नुकसान का उस व्यक्ति पर कुछ स्तर तक प्रभाव पड़ता जो नींद खो सकता है, ध्यान केन्द्रित करने में कठिनाई होती हो, खाने के तरीके में बदलाव का अनुभव होता है या अन्य लक्षणों को प्रकट करने से तनाव के संकेत याद आते हों । इस श्रेणी के लोग स्वयं की देखभाल के साथ साथ मानसिक स्वास्थ्य सहायता या हस्तक्षेप से अच्छी तरह लाभान्वित हो सकते हैं ।

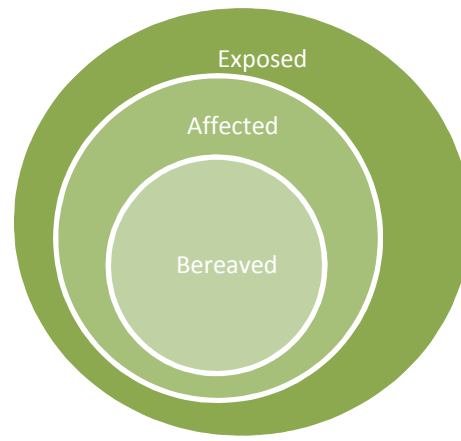
“*शोकग्रस्त*” प्रभाव का सबसे गहन स्तर है । आत्महत्या से बचे लोगों की इस श्रेणी के लोग अक्सर बड़े संकट, जीवन में बड़े व्यवधान, और कामकाज में कमी के शिकार होते हैं । शोधकर्ताओं ने निर्धारित किया है कि प्रत्येक आत्महत्या की मौत के लिए 6 से अधिक लोग इस भावनात्मक स्तर के प्रभाव का अनुभव करते हैं । इसका अर्थ है कि अमेरिका में 2,82,000 से अधिक लोग आत्महत्या के कारण शोकग्रस्त हैं, जिनमें से कई मानसिक स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त करने, सामना करने के कौशल और आत्महत्या-देखभाल प्रथाओं को विकसित करने और परिवार और दोस्तों के समर्थन पर भरोसा करने में सक्षम हैं ।

यह महत्वपूर्ण है कि हम ऐसा नहीं मानते, सिर्फ इसलिए कि किसी व्यक्ति का उस व्यक्ति के साथ घनिष्ठ, व्यक्तिगत संबंध नहीं था जिसने अपना जीवन समाप्त कर दिया, वे नुकसान से प्रभावित नहीं हैं । कुछ मौतें उम्मीद से कहीं ज्यादा प्रहार कर सकती हैं । उदाहरण के लिए, किसी सेलिब्रिटी की हत्या के परिणाम पर विचार करें ।

आत्महत्या करने वाले किसी सेलिब्रिटी की मौत की प्रतिक्रियाएं अक्सर बड़े पैमाने पर वर्गीकरण की अपेक्षा करती हैं, किसी दोस्त को खोने के बजाय एक ऐसे प्रभाव को छोड़ना जिसे वे नहीं जानते । उदाहरण के लिए, यू.एस. में रॉबिन विलियम्स, कर्ट कोबेन, और एंथनी बॉर्डेन की मौतों के बाद सदमे, अविश्वास और निराशा के बारे में सोचते हैं । लोगों ने इन नुकसानों को इतनी तीव्रता से क्यों महसूस किया ?

हो सकता है कि लोगों को ऐसा लगे कि वे किसी खास हस्ती को “*जानते*” हैं क्योंकि वे उन्हें पसन्द करते हैं, पहचानते है, उन्हें पूजते हैं या उनका सम्मान करते हैं । वे समाज या संस्कृति या खेल या बौद्धिक गतिविधियों के नुकसान की कल्पना करते हैं, जो भी सेलिब्रिटी की विशेष प्रतिभा है । लोगों को यह समझने में कठिनाई होती है कि कैसे एक सेलिब्रिटी जिसके पास “*बहुत कुछ*” है, उन्हें उनके मानसिक स्वास्थ्य स्थिति का प्रबंधन करने के लिए समर्थन और देखभाल की आवश्यकता नहीं है ।

क्या “एक्सपोजर”, “प्रभावित” और “शोक” के बारे में चर्चा केवल भाषा की पसंद की बात है, या यह गंभीर कारण है जिसकी जानकारी महत्वपूर्ण है ? ये अंतर न केवल सहानुभूति को प्रोत्साहित करने और मानसिक स्वास्थ्य सहायता की उपलब्धता बढ़ाने के लिए महत्वपूर्ण हैं, बल्कि इसलिए भी कि आत्महत्या के संपर्क में आने से एक और आत्महत्या का खतरा बढ़ जाता है । जब हम उन स्थानों में लोगों पर आत्महत्या के व्यापक प्रभाव को पहचानते हैं जहाँ हम रहते हैं, काम करते हैं, खेलते हैं और प्रार्थना करते हैं, तो हम खुद को और दूसरों को समर्थ बना सकते हैं जो उन लोगों के लिए प्रभावी देखभालकर्ता (देखभाल करने वाले) हैं जिन्होंने किसी को आत्महत्या की वजह से खो दिया है और बदले में, अतिरिक्त आत्महत्याओं को रोक सकते हैं ।



Susan Weinstein, Co-Executive Director
Families for Depression Awareness
Familyaware.org

क्यों से परे – BEYOND THE WHY

Natasha Müller

ये एक ईमानदारी पूर्वक अनुभव है उनके सम्मान में जिन्होंने अपना जीवन गँवा दिया जिनकी चुप्पी मेरे लिए मायने रखती थी ।

मैं खुद से पूँछता था :

कब ?

मैं कब अच्छा होऊँगा ?

मैं कब “*खुश*”, “*स्थिर*”, “*सामान्य*” व्यक्ति बनूँगा – “*सामान्य*” का जो भी अर्थ हो । मैं बस “*इसे*” कब खत्म करूँगा ?

मैंने खुद से भी पूँछा, और दूसरे मुझसे केवल एक ही सवाल पूँछते रहे, जो मैंने खुद से पूँछना बंद कर दिया, “*उन्होंने ऐसा क्यों किया?*” – एक सवाल जो मुझे लगता है वह केवल आत्महत्या के संबंध में पूँछा गया है । आत्महत्या के बारे में कुछ ऐसा है जो इस मूर्खतापूर्ण सवाल को जन्म देता है ।

मेरे लिए जीवन के बदलते हुए क्षण – 17 साल तक जीवित रहने के बाद आत्महत्या द्वारा मेरे पिता की मृत्यु, मेरे जीवनकाल में तीन अन्य आत्महत्याएं और अब तक अवसाद और चिंता के व्यक्तिगत राक्षस – यह है कि जीवन में ऐसा कोई मोड़ नहीं है । कोई जादू का क्षण नहीं है जिससे चीजें बेहतर होती हों – जब आप अचानक “*शांति पर*” होते हैं ।

और यह ठीक है | – And that is OK.

एक विशेष प्रकार की स्थिरता है जो तब होती है जब आप आत्महत्या के अनुभव के साथ जी रहे होते हैं क्योंकि यह जो निशान छोड़ता है उसे नष्ट नहीं किया जा सकता है ।

इसलिए मैं साझा करता हूँ : दूसरे, जो अवसाद से जूझ रहे हैं, आत्महत्या के विचार रखते हैं, जो मेरी तरह से आत्महत्या के आघात के साथ जी रहे हैं, उन्हें यह जानना चाहिए कि एक उम्मीद है ।

‘*अवसाद का अदृश्य हाथ*’ जो कभी कभी आपके सिर को इतना नीचा करता है कि वह फिर से ऊपर नहीं उठ पाएगा ।

यह मेरी कहानी है : – This is my story:

जब मैं 17 साल का था, तब मेरे पिता की आत्महत्या से मौत हो गई । यह मेरी पहली ए स्तर की परीक्षा से तीन दिन पहले हुआ; एक महत्वपूर्ण पारिवारिक सभा में भाग लेने के लिए मेरी माँ कुछ दिन पहले ही अमेरिका गई थी । मेरा छोटा भाई और मैं घर पर अकेले थे । मेरे शाम के पढ़ाई के ब्रेक के दौरान मुझे अचानक महसूस हुआ कि मैंने अपने पिता को पिछले कुछ घंटों से नहीं देखा या सुना है । सामान्य परिस्थितियों में यह असामान्य नहीं होगा, लेकिन हम सामान्य समय में नहीं रह रहे थे ।

मेरे पिता को बाइपोलर विकार टाइप 1 था और पूर्व में वो एक शराबी थे । वह एक विशेष रूप से कठिन दौर से गुजर रहे थे; वह गंभीर रूप से गुर्दे की पथरी के कारण शारीरिक रूप से बहुत बीमार थे और बीमारी के कारण उन्होंने बिस्तर पकड़ रखा था । अपने स्वास्थ्य के लिए चिंताओं का संयोजन और अपनी लिथियम दवाओं के सेवन ने उन्हें अंधेरे में धकेलकर पेचीदा बना दिया था । इस बार उनका “*आंतरिक बच्चा*” (जैसा कि उन्होंने इसे कहा) या एक गहरा दर्द देने वाले अवसाद ने उन्हें पूरी तरह से निगल लिया था । कुछ घंटों तक उनकी आवाज नहीं सुनी इसलिए मेरे दिमाग में चेतावनी की घंटी बजी ।

अपने भाई के साथ, हमने घर में खोज शुरू की और आखिरकार महसूस किया कि नीचे की मंजिल पर बड़े भंडारण कक्ष का दरवाजा अंदर से बंद था जिसके की चाबी खोलने वाले छेद के अंदर ही थी । किसी कारण से मैं सहज ही जानता था कि बंद दरवाजे के पीछे क्या चल रहा है । मैंने उसे बलपूर्वक खोलना शुरू कर दिया, जिस पर कोई फायदा नहीं होने देने की बात कही गई । अंत में हम इसे बलपूर्वक खोलने के अपने तरीके में कामयाब रहे । दुर्भाग्य से, इसमें बहुत देर हो चुकी थी और हमारे पिता की आत्मा ने पहले ही उन्हें छोड़ दिया था ।

यही वह दिन था जब मैंने सच्चा दर्द महसूस किया । असहनीय पीड़ा के अनुभव के कारण हमारे पिता ने हमें छोड़ने का चुनाव किया, खुद के दर्द के आगे घुटने टेक दिये । एक लंबे समय तक मैं टूटा हुआ महसूस करता था – अनजाने और खुद को फिर से एक साथ रखने के तरीके खोजने में असमर्थ ।

हालांकि, मेरे परिवार और मित्रों के लगातार समर्थन और प्यार के साथ, थोड़ा-थोड़ा, दिन-प्रतिदिन हमने दर्द को सहन किया । हमने लड़ाई जारी रखी । अन्यथा कुछ करना मेरे पिता के दर्द को खारिज करना होगा – एक चीज को अस्वीकार करना जिसे मैं और मेरे प्रियजनों ने छोड़ दिया था : वह है हमारी यादें ।

यह उनके सम्मान में और उनकी उपस्थिति में हमेशा मेरे दिमाग में और मेरे दिल में है कि मैं जीने को चुनुंगा और अपनी लड़ाई को लड़ना जारी रखूंगा । हर जीती हुई लड़ाई मुझे विश्वास दिलाती है कि मैं अगली पर काबू पा सकता हूँ ।

यहाँ तक कि जब मैंने अपने विश्वविद्यालय के वर्षों के दौरान आत्महत्या करके दो और मौतों का अनुभव किया और हाल ही में इस साल की शुरुआत में मेरे सबसे करीबी और सबसे प्यारे दोस्तों में से एक की मौत – जीवन और प्यार से भरा हुआ कोई व्यक्ति – मुझे पता था कि मैं सहन कर सकता हूँ ।

जैसा कि कहते हैं कि समय कुछ भी ठीक कर सकता है । अब मुझे पता चला है कि कुछ चोटें और घाव हैं जिन्हें छिपाया नहीं जा सकता है, भले ही कितना समय बीत गया हो ।

आत्महत्या से मृत्यु का अनुभव होने के सदमे के साथ जीना उन घावों में से एक है ।

किसी ने हाल ही में मुझे बताया कि अवसाद खुद आंतरिक संकुचन का एक रूप है – जहाँ आपकी दृष्टि का क्षेत्र इतना छोटा हो जाता है कि आप पूरी तरह से अलग-थलग महसूस करते हैं ।

मुझे पता है कि मैं एक विस्तारक (expansive) बनना चाहता हूँ ।

तो, बजाय यह पूछने के कि क्यों ? उन्होंने ऐसा क्यों किया ? उन्होंने मुझे क्यों छोड़ दिया ? मैं यह सोचने के बजाय चुनता हूँ कि मैं अपने जीवन में उन्हें इतने लंबे समय तक पाकर कितना भाग्यशाली रहा हूँ जितना मैंने किया । जीवन में अवसाद और चिंता हमेशा लहरों में आएगी, और हमें लहरों की सवारी करनी चाहिए – उतार चढ़ाव की । जब हम खुद को चढ़ाव से ऊपर खींचते हैं, तो हम इसके लिए मजबूत होते हैं, और हम मजबूत तब होते हैं जब हम इसे एक साथ करते हैं ।

Natasha Müller
NM Impact Ltd
natasha@jhmuller.com

एक देखभाल वार्तालाप : आत्महत्या रोकथाम किस तरह का दिख सकता है

A CARING CONVERSATION: WHAT SUICIDE PREVENTION CAN LOOK LIKE

Robert Olson, Centre for Suicide Prevention

“जब मैं तीस साल का था, तब मेरा आधिकारिक तौर पर द्विध्रुवी (Bipolar) का निदान किया गया था । यह इतना खराब हो गया था, जब मैं अस्पताल में पहुँचा मैंने वास्तव में इतना अलग महसूस किया और इतने दर्द में जैसे खिड़की से बाहर देखना और जीवन को वहाँ देखना और महसूस नहीं करना, बस खाली महसूस करना । मैं अब यहाँ नहीं रहना चाहता, मैंने सोचा यह कहीं और बेहतर होगा । और मैंने हमेशा लोगों को यह कहते हुए सुना है कि जो लोग अपनी जान लेते हैं वे स्वार्थी होते हैं और यह इतना सही नहीं है । जब तक आप उस दौर में नहीं होते जहाँ आप महसूस कर सकते हैं कि पूर्ण अंधकर, निराशा, दर्द, इनका किसी और से कोई लेना देना नहीं है, यह सिर्फ एक स्थिति से खुद को दूर करना और उस दर्द को रोकना चाहता है ।”

“हाँ, मैंने ईमानदारी से सोचा था कि मेरा जीवन समाप्त हो गया है, जैसे कि यह मेरे लिए नया सामान्य था, मैं नहीं चाहता था इसका धन्यवाद करना । मैं खोज रहा हूँ जैसे मैं पीड़ित होने के बजाय कुछ और करूँ और यह नहीं जानता कि हर मिनट क्या हो रहा है । और क्योंकि मैं पहले से ही आत्महत्या के बारे में तेरह साल पहले से ही था, यह “ओह यह उपयुक्त समय है” जैसा था क्योंकि यह कहने का अच्छा कारण था जो मेरे पास पर्याप्त था । इसलिए, यह सिर्फ यह दिखाता है कि यह समझना कितना मुश्किल हो सकता है कि किसी के साथ क्या हो रहा है और डर इतना महत्वपूर्ण है, जाहिर है कि अभी हाल ही में एक दूसरे सेलिब्रिटी के साथ, संघर्ष को समझने का डर इतना महान है कि वे मरने के लिए तैयार हैं ।”

अपने आप को मारने का विचार हम में से अधिकांश को चौंकाने वाला और धृणित है । हम उस व्यक्ति की गहराई नहीं नाप सकते कि उसके दिमाग में क्या चल रहा है जो यह सब कुछ खत्म करने का फैसला करता है । कुछ लोग आश्चर्य कर सकते हैं कि अपने आप को उस चरम पर पहुंचाने के लिए कितना दर्द और पीड़ा लोगों को महसूस होनी चाहिए । दूसरे लोग सोच सकते हैं कि वे स्वार्थी हैं और केवल खुद के बारे में सोच

रहे हैं । और भी बहुत से लोग जानना चाहते हैं कि आत्महत्या जैसे मामलों पर विश्वास करना क्या है – और जो लोगों को इसके लिए धकेलता है – बेहतर रूप से असुरक्षित हैं । एक समाज के रूप में, हम में से ज्यादातर इसे प्राप्त नहीं करते हैं ।

उपरोक्त इटेलिक उद्धरण “*प्रयास से बचे हुए*” लोगों के स्मरण हैं, जिन लोगों ने आत्महत्या का प्रयास किया और जीवित रहे, इसके साथ वे कैसा महसूस करते थे जब वो खुद को मारने के कगार पर थे । मेने उन लोगों के एक समूह के साथ बात की, जिन्होंने आत्महत्या का प्रयास किया और जिन्दा थे, और उन्होंने उस बिंदु का वर्णन किया जहाँ उनके मरने का निर्णय लिया गया या निकट आ रहा था । उपरोक्त उद्धरण उन व्यक्तियों में से दो के हैं । बेशक, उनके शब्द भी पूरी तरह से संबंधित नहीं हो सकते हैं कि वह दौर कितना भयानक था, लेकिन वे हमें एक पूर्वव्यापी झलक देते हैं कि अत्यधिक संकट के समय क्या सोच रहे थे

आत्महत्या से मरने वाले लोगों में से अधिकांश लोग न तो मरना चाहते हैं, और न ही एक सनक के कारण खुद को मारते हैं । आत्महत्या शायद ही कभी आवेग का एक कृत्य है: बल्कि एक लंबे समय से खत्म हो गया है । आत्महत्या पर विचार करने वाले लोग अत्यधिक मनोवैज्ञानिक दर्द में और वे चाहते हैं कि इससे निकलने का एकमात्र तरीका है खुद को मारना । यह प्रक्रिया धीमी है – लोग एक भयानक अनुभव पर आत्मघाती संकट के बिंदु पर आते हैं । एक पर्यवेक्षक के लिए आवेग “*प्रतीत*” हो सकता है, हालांकि, समय पर एक विशेष रूप से आत्महत्या के कार्य को करने का निर्णय है । अब क्यों, कोई व्यक्ति दूसरे से पूछ सकता है, जिसकी आत्महत्या एक दुस्साहसी कृत्य की तरह कहीं से भी स्पष्ट नहीं होती ।

इसके विपरीत, अक्सर आत्महत्या से मरने का निर्णय तब होता है जब एक नकारात्मक परिस्थिति अंतिम स्थिति बन जाती है – कहावत के तौर पर – “*ऊँट पुआल*” । एक प्रबल कारक, जैसे कि वैवाहिक विच्छेद या नौकरी छूटना, मौजूदा के साथ जुड़ती है लेकिन शायद उस

व्यक्ति को आत्मघाती कार्यवाई करने के लिए निर्देशित करने वाले इतने स्पष्ट या प्रत्यक्ष जोखिम कारक नहीं हैं । यह एक ऐसा समय है जब हममे से कोई भी – जो इसे “*प्राप्त करता है*” बहुत बड़ा फर्क कर सकता है । हमारी मानवता और सहानुभूति जोखिम में किसी की मदद करने के लिए एक लंबा रास्ता तय कर सकती हैं । एक दयालु समझ, अपने विचारों को फैलाने का माध्यम, या एक सरल, देखभाल की उपस्थिति प्रदान करके, हम आत्महत्या द्वारा एक मौत को रोकने में मदद कर सकते हैं ।

आत्मघाती व्यवहार – Suicidal Behaviours

कोई भी आत्महत्या के विचारों का अनुभव कर सकता है, वास्तव में ज्यादातर लोग करते हैं हालांकि आमतौर पर क्षणभर को । इसके अलावा, आत्महत्या के जोखिम वाले अधिकांश लोगों को अवसाद के परे एक सहरुग्णता मानसिक बीमारी की उच्च तीक्ष्णता का अनुभव नहीं होता है । संयुक्त राज्य (US) में 4% वयस्क आबादी में किसी भी दिये गये वर्ष में आत्महत्या के विचार होंगे । 1.1% आत्महत्या करके मरने की योजना बनाएंगे, और उन लोगों में से 0.6% लोग आत्महत्या का प्रयास करेंगे । यह संख्या इतनी कम इसलिए है क्योंकि, हालांकि दुखद है, किसी भी व्यक्ति के लिए खुद की जान लेना बहुत मुश्किल है । वास्तव में, यह सबसे कठिन बात हो सकती है जिसे कोई भी कभी भी कर सकता है (Centers for Disease Control and Prevention, 2015) ।

आत्महत्या के लिए जॉइन्स इंटरपर्सनल सिद्धांत का मानना है कि आत्महत्या का प्रयास करने के लिए किसी व्यक्ति को “(कथित) बोझ” की एक मजबूत भावना महसूस करते हैं कि वे किसी के लिए किसी काम के नहीं हैं और बेहतर हो कि मर जाएं । उन्हें सामान्य रूप से किसी व्यक्ति या समाज से संबंध के कुंठित अपनेपन का भी अनुभव होना चाहिए । अंतिम और सबसे महत्वपूर्ण, उनके पास “*अधिग्रहित क्षमता*” होनी चाहिए, बार बार प्रदर्शन के माध्यम से आत्म-चोट के डर और दर्द की आदत जो उन्हें आत्म-संरक्षण के लिए शक्तिशाली प्रवृत्ति को दूर करने में सक्षम बनाता

है, । आत्महत्या से मरने के लिए किसी में भी सभी तीन तत्व मौजूद होने चाहिए । जैसा कि जॉइनर्स कहते हैं, *हत्या करना कठिन है*, विशेष रूप से स्वयं को मारना, जैसा कि हम जैविक रूप से जीने के लिए कठिन रूप से बंधे (Joiner, 2005) ।

इसलिए, आत्मघाती संकेत के बिन्दु पर, व्यक्ति आमतौर पर सभी आशाएं खो देता है और अपने जीवन को समाप्त करने के अलावा कोई अन्य विकल्प नहीं देखता है ।

“देखभाल वार्तालाप” - “The Caring Conversation”

तो, हम किसी ऐसे व्यक्ति की मदद कैसे कर सकते हैं जो संकट में है ? एक व्यक्ति जो आत्मघाती प्रतीत होता है । जवाब आपको आश्चर्यचकित कर सकता है । यह एक इतना मौलिक हो सकता है जितना कि विचारशील बातचीत ।

आप, एक मददगार के रूप में, जोखिम वाले व्यक्ति को पर्याप्त परिप्रेक्ष्य और अंतर्दृष्टि प्राप्त करने में सहायता कर सकते हैं कि वे स्वयं जीने के कारणों की पहचान कर सकते हैं । मुझे पता है कि यह सरल लग सकता है, लेकिन इसके प्रभाव शक्तिशाली हैं ।

जोखिम वाले व्यक्ति के साथ देखभाल की बातचीत करना उनके जरूरत के क्षण में बुनियादी, जीवन रक्षक सहायता मिल सकती है । उचित ज्ञान और प्रशिक्षण के साथ, सक्रिय रूप से सुनने की क्षमता – वास्तव में किसी की कुछ मदद करने की इच्छा हम में से कोई भी किसी को भी अंतिम, भाग्यपूर्ण फैसले के बहाने से वापस ला सकता है । सरल अवधारणा में, हम में से अधिकांश के लिए एक देखभाल वार्तालाप प्राप्त करना कठिन है । हमें उनके साथ व्यक्ति की असुविधा में सम्मिलित होने, बैठने के इच्छुक होना चाहिए और वास्तव में सुनना चाहिए ।

सेडेन (1978) के एक अत्यंत प्रभावशाली अध्ययन ने 1938 में इसके उद्घाटन के समय से 1971 तक सैन फ्रांसिस्को में गोल्डन गेट ब्रिज पर आत्मघात करने के प्रयास करने वालों को देखा । उन्होंने पाया कि 90% ऐसे प्रयासकर्ता थे जो अपने इरादे में नामाक रहे थे – या तो राहगीरों के कारण, पुल पर गश्ती करने वालों या पुलिस के कारण – आत्महत्या से मरने के लिए या तो गोल्डन गेट, दूसरे पुल या किसी अन्य माध्यम से फिर से प्रयास करने के लिए नहीं गए । सिर्फ एक व्यक्ति का हस्तक्षेप उन्हें उनके संकीर्ण समय और अधर मानसिकता से बाहर निकालने और उनके गतिहीन तीव्र संकट से बाहर निकालने के लिए पर्याप्त था । यह देखभाल हस्तक्षेप कुठित अकेलेपन की मन में दबी हुई भावनाओं का खंडन कर

सकता है और भविष्य में जोखिम वाले व्यक्ति के लिए एक स्थाई सहारा प्रदान कर सकता है : वे अकेले नहीं हैं और यदि वे जीवित रहते हैं या मर जाते हैं तो दूसरे लोग उनकी परवाह करते हैं ।

गोल्डन गेट आत्महत्या से जुड़ी एक और कहानी का 2003 में *न्यू यॉर्कर* के लेख : *जंपर्स – द फेटल ग्रेनज्योर ऑफ द गोल्डन गेट ब्रिज* का उल्लेख किया गया जो सैन फ्रांसिस्को खाड़ी क्षेत्र में आत्महत्याओं को प्रमाणित करता है (स्वयं डॉक्यूमेंटी फिल्म *द ब्रिज* की प्रेरणा है) । सैन फ्रांसिस्को के एक मनोचिकित्सक ने एक युवक के सुसाइड नोट का पुनः वर्णन किया, जो पुल से कूदकर मर गया था । इसमें कहा गया है, “यदि कोई व्यक्ति मेरी तरफ मुस्कराता है, तो मैं छलांग नहीं लगाउंगा (Friend, 2003, p.6)। जाहिर है, उस आदमी ने मानव संबंधों की इतनी हताशापूर्ण मांग की । दुर्भाग्य से, किसी ने भी पुल पर उसकी उपस्थिति को नहीं स्वीकारा और कोई मुस्कराया भी नहीं । वह अपनी मौत के लिए कूद गया ।

मोटा और बोस्टोम द्वारा किए गये एक परीक्षण में देखा गया कि “*देखभाल पत्र*” इनपेशेंट मनोचिकित्सीय रोगियों में जिन्हें छुट्टी दे दी गई, भविष्य में आत्महत्या के प्रयासों को कैसे प्रभावित करते हैं । एक समूह को 5 साल तक महीने में एक बार प्रोत्साहन पत्र मिला, जबकि एक नियंत्रण समूह को कोई पत्र नहीं मिला । पत्र संक्षिप्त थे पर सहायक थे । उन्हें नियंत्रण समूह में उन लोगों की तुलना में नियमित रूप से “*देखभाल करने वाले पाठ*” आत्महत्या के कम प्रयास मिले (Motto & Bostrom, 2001)। आस्ट्रेलिया में पोस्टकार्ड का उपयोग करके अध्ययन को दोहराया गया (पिछले अध्ययन की तुलना में प्रोत्साहन के कम शब्दों के साथ) जिनमें समान सकारात्मक परिणाम देखे गए । वर्तमान में अमेरिकी सेना इन संदेशों को इलेक्ट्रॉनिक मेल के माध्यम से भेज रही है, और प्रारंभिक परिणाम ई-मेल प्राप्तकर्ता (Joiner, personal communication, May 3, 2018) के बीच आत्महत्या के प्रयासों में उल्लेखनीय कमी दिखाते हैं । ये मामले प्रभावशाली रूप से बताते हैं कि कैसे संबंध स्थापित करने के लिए सबसे छोटे संकेत गहरा उपचारात्मक प्रभाव उत्पन्न कर सकते हैं ।

सक्रिय रूप से सुनना एक व्यक्ति के लिए खतरे को कम करने का अवसर आमंत्रित करता है कि कैसे वे वास्तव में विश्वास के एक सुरक्षित हालात के भीतर महसूस कर रहे हैं । इस तरह की बातचीत से एक व्यक्ति को यह प्रकट करने की अनुमति मिल सकती है कि वे क्यों मरना चाहते हैं,

बल्कि अपनी ताकत को भी देख सकते हैं और जीना क्यों मरने से बेहतर विकल्प होगा । स्वायत्तता का यह प्रोत्साहन अक्सर स्वास्थ्यलाभ की दिशा में अगला कदम है ।

अपनी कहानी बताने के लिए जोखिम वाले व्यक्ति को यह अवसर सिर्फ एक मुक्ति और राहत से अधिक कार्य कर सकता है । हाँ, महत्वपूर्ण रूप से, यह व्यक्तिगत अभिव्यक्ति की सुविधा देता है कि वे कैसा महसूस कर रहे हैं और एक भेदक प्रदर्शन के रूप में कार्य करते हैं । लेकिन यह उनके जीवन के तत्वों (जिन्हें हम सुरक्षात्मक कारक कह सकते हैं) को दोहराने का अवसर प्रदान करता है, जिसे वे और सहायक जीवित रहने के कारणों के रूप में पहचान सकते हैं । यह एक आपसी तालमेल है जहां सहायक और आत्मघाती व्यक्ति मिलकर उन सभी कारणों को ढूंढ सकते हैं जो कि जीवन के लिए आवश्यक है और व्यक्ति को अभी के लिए सुरक्षित करते हैं ।

आत्महत्या की ओर रुख (Attitudes toward Suicide)

तो, हमें क्या रोक रहा है ? हम अक्सर आत्मघाती संकट में लोगों के साथ हस्तक्षेप करने में सक्षम क्यों नहीं हैं या यहाँ तक कि लोगों को उस रास्ते पर चलने से रोकते नहीं हैं ? आत्महत्या की रोकथाम के लिए एक महत्वपूर्ण बाधा को हमने सीधे स्थिर बना दिया है : कलंक (International Association for Suicide Prevention & World Health Organization, 2013) ।

व्यापक मान्यताएं हैं कि किसी भी जोखिम वाले और मरने की इच्छा को रोका नहीं जा सकता है, यह अपरिहार्य है । या कुछ को लगता है कि लोगों की पसंद में किसी का दखल देना उनका काम नहीं है चाहे वो मरने का निर्णय ही क्यों न हो और जो सभी को सबसे ज्यादा परेशान करता है, कुछ को इस बात की परवाह नहीं है कि कोई अपने हाथ से मरने का विकल्प चुनता है या नहीं । मुझे लगता है कि ये भावनाएं और विश्वास अक्सर कलंक का परिणाम नहीं हैं ।

आकस्मिक बातचीत कभी भी किसी को जोखिम में प्रभावी ढंग से मदद नहीं करेगी यदि सहायक वास्तव में विश्वास नहीं करता है कि जोखिम वाले व्यक्ति की भी मदद की जा सकती है । आत्महत्या के प्रति हमारा दृष्टिकोण और इसके प्रति हमारी व्यक्तिगत भावनाएं अभिशाप से प्रभावित होती

हैं तो यह किसी को भी हमारी मदद करने से रोक सकता है जो खुद को मारने के कगार पर हो । आत्महत्या के जोखिम वाले किसी व्यक्ति की कोई अन्य व्यक्ति कैसे मदद कर सकता है यदि उनके पास एक पूर्वाग्रह है जो एक सफल हस्तक्षेप को बाधित कर सकता है

हमें, एक सहायक होने के नाते, हमारे संभव (संभावित) “अनपेक्षित” व्यवहार और पूर्वाग्रहों के प्रति सजग होना चाहिए । हमें आत्महत्या के अभिशाप के मुद्दे पर ध्यान देना चाहिए कि यह हमें “उद्देश्य प्राप्ति को कैसे प्रभावित करता है ।

अभिशाप से मुक्ति हमारी स्वतंत्रता का सामाजिक मूल्य है; जो हमारी सहायता-पाने और हमारी सहायता-पेशकश को रोकता है; हमारा मानना है कि व्यक्तिगत मामलों का स्व-प्रबंधन होना चाहिए । दूसरी ओर, परस्पर निर्भरता का मानना है कि हम अकेले अस्तित्व में नहीं रह सकते, रिश्तों मायने रखते हैं अन्य लोगों के साथ हम बढ़ते हैं, ठीक होते हैं और मजबूत होते हैं ।

कमियों पर ताकत – Strengths Over Deficiencies

जैसा कि ऊपर उल्लेख किया गया है, अधिकांश लोग जो आत्महत्या की सोचते हैं, प्रयास करते हैं या मरते हैं, वे वास्तव में मरना नहीं चाहते; वे बस चाहते हैं कि जीने का दर्द समाप्त हो जाए । विकल्प को देखते हुए, वे जीवन का चयन करेंगे । हालांकि, जब कोई आत्महत्या पर विचार कर रहा होता है, तो उन्हें कोई दूसरा विकल्प नहीं दिखता है । बहुत बार, ये लोग अकेले पीड़ित होते हैं और अकेले ही मर जाते हैं ।

हमें यह मानना चाहिए कि एक आत्मघाती व्यक्ति की मदद की जा सकती है और वह ठीक हो सकता है, भले ही उसका स्वास्थ्य लाभ गैर-रेखिक हो और असफलताओं और पुनरावर्ती प्रयासों के साथ हो, जैसा कि अक्सर होता है । हमें इन व्यक्तियों को सुनने और उनकी मदद करने का प्रयास करना चाहिए और उनके जीवन की परिसंपत्तियों, पर जोर देने के लिए उनके साथ काम करने की कोशिश करनी चाहिए न कि कमियों पर ।

हमें, चिकित्सकों और सामान्य लोगों को भी, इस प्रक्रिया में एक व्यक्ति के आत्म-सशक्तीकरण को प्रोत्साहित करने के लिए समान होना चाहिए । उन्हें सीधे उनके स्वास्थ्य लाभ में निवेश करना चाहिए, इस प्रकार उन्हें उनकी स्वयं की स्वास्थ्य लाभ प्रक्रिया में निष्क्रिय प्रतिभागियों से सक्रिय

होने का अवसर प्रदान करते हैं (Amering & Schmolke, 2009) । यह स्वीकारने के लिए कि उसको कोई बीमारी नहीं है या किसी व्यक्ति के लिए बार बार आत्महत्या की कार्यवाही कम नहीं हैं, उद्देश्य है

एक संपत्ति-आधारित दृष्टिकोण व्यक्ति की शक्तियों पर ध्यान केन्द्रित करने के लिए तैयार किया गया है । एक चिकित्सक या देखभालकर्ता आत्मघाती व्यक्ति के साथ काम कर सकता है ताकि उन्हें प्रतिकूल अनुभवों से दूर करने और आत्महत्या के व्यवहार जैसे परिणामों को रोकने के लिए एक सुरक्षा योजना में शामिल किया जा सके, जबकि उनके स्वास्थ्य लाभ और उपचार प्रक्रियाओं (Xie, 2013) के दौरान उनकी अद्वितीय क्षमताओं पर जोर देना चाहिए । यह किसी के जीवन में सुरक्षात्मक कारकों को बढ़ावा देता है और लचीलापन, शक्ति और उम्मीद को बढ़ाता है ।

संपर्क (Connections)

आत्महत्या को रोकने के लिए सभी को एक साथ काम करने की जरूरत है । आत्महत्या पर विचार करने वाले व्यक्ति और दयालु समझ प्रस्तुत करने वाले व्यक्ति को एक व्यर्थ मृत्यु से रोकने के लिए एक साथ काम करने की आवश्यकता है । अकेले आत्मघाती व्यक्ति को दूसरे इंसान के साथ मजबूत संबंध महसूस करने की आवश्यकता होती है । हममें से बाकी लोगों को उनकी मदद करने और उन तक पहुँचने की हमारी क्षमता को स्वीकारना चाहिए ।

एक बार स्थापित हो जाने के बाद, ये संबंध हमारे भौतिक जीवन में और साइबर स्पेस में पूरे समाज में तेजी से विस्तार करने की क्षमता रखते हैं । आत्महत्या के आस-पास बातचीत फैलती है, इससे जुड़ा भय और पाबंदी दूर होने लगती है और कलंक धीरे धीरे मिट जाता है । हमें एहसास होगा, व्यक्तियों के रूप में, समुदायों के रूप में, एक समाज के रूप में, कि आत्महत्या रोकने योग्य है और हमें, हम में से प्रत्येक व्यक्ति, एक बदलाव ला सकता है ।

References

Amering, M. & Schmolke, M. (2009). Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester, UK.: Wiley-Blackwell.
Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Suicide-Facts at a glance-2015. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>
Friend, T. (2003). Jumpers: The fatal grandeur of the Golden Gate Bridge. New Yorker. Retrieved from <https://www.newyorker.com/magazine/2003/10/13/jumpers>

- International Association for Suicide Prevention & World Health Organization. (2013). Stigma: A major barrier to suicide prevention. Retrieved from https://www.iasp.info/wspd/pdf/2013/2013_wspd_brochure.pdf
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA.: Harvard University Press
- Motto, J. & Bostrom, A. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
- Seiden, R. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8(4), 203-216.
- Xie, H. (2013). Strengths-based approach for mental health recovery. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Science*, 7(2), 5-10. Retrieved from Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939995/>

Robert Olson, BA, MLIS, Librarian & Writer

Centre for Suicide Prevention, www.suicideinfo.ca

राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम रणनीतियाँ : वैश्विक स्तर पर प्रगति और चुनौतियाँ

NATIONAL SUICIDE PREVENTION STRATEGIES: PROGRESS AND CHALLENGES AT GLOBAL LEVEL

Ella Arensman and Murad Khan

आत्महत्या और गैर-घातक आत्मघाती व्यवहार (आत्महत्या के प्रयास/आत्म-नुकसान) प्रमुख हैं, वैश्विक स्वास्थ्य चुनौतियाँ, दुनिया भर में आत्महत्या से 7,93,000 मौतों की अनुमानित वार्षिक संख्या और प्रयासों और आत्म-क्षति (WHO, 2014) प्रकरण के कई प्रसंग बीस गुना तक हैं। वर्तमान में, आत्महत्या वैश्विक स्तर पर 15–29 वर्ष (WHO, 2018b) वर्ष के बीच के युवाओं में मृत्यु का दूसरा प्रमुख कारण है। हालांकि, कुल मिलाकर, निम्न और मध्यम-आय वाले देशों (LMIC) में आत्महत्या की दर उच्च आय वाले देशों (HIC) (12.7 प्रति 1,00,000 जनसंख्या) की दर से कम (11.2 प्रति 1,00,000 जनसंख्या) है, दुनिया भर में आत्महत्या से होने वाली मौतों में से अधिकांश निम्न और मध्यम-आय वाले देशों (लगभग 79%) (WHO, 2018b) में होती हैं। हालांकि, कई देशों से प्राप्त आत्महत्या के आंकड़ों की सटीकता के संबंध में चुनौतियाँ हैं।

पिछले दशकों में, वैश्विक स्तर पर, विशेष रूप से IASP, WHO और UN द्वारा और राष्ट्रीय सरकारों द्वारा आत्महत्या की रोकथाम को प्राथमिकता देने में प्रगतिशील विकास हुआ है। पिछले दो दशकों में, प्रमुख पहलों के साथ, वैश्विक विकास में तेजी आई है, जैसे कि 10 सितंबर 2003 को विश्व आत्महत्या रोकथाम दिवस (WSPD) की शुरुआत, जो कि एक वार्षिक कार्यक्रम के रूप में जारी है जिसने आत्महत्या और आत्महत्या की रोकथाम में जागरुकता बढ़ाने में योगदान दिया है। डब्लूएसपीडी उन देशों में आत्महत्या की रोकथाम में सरकारी प्रतिनिधियों और अन्य हितधारकों के बीच एक राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम रणनीति के बारे में, गुयाना, नामीबिया और अफगानिस्तान (Arensman, 2017) सहित जहाँ आत्महत्या की रोकथाम गतिविधियाँ और बुनियादी ढांचा सीमित है, बहस को प्रोत्साहित करने में प्रमुख रहा है।

डब्लूएसपीडी की शुरुआत के दस साल बाद, डब्लूएचओ ग्लोबल मेंटल हेल्थ एक्शन प्लान, 2013–2020, आत्महत्या की रोकथाम (Saxena et al, 2013; WHO, 2013) के वैश्विक एजेंडे को प्राथमिकता देने में एक बड़ा कदम था। इस योजना को सभी 194 डब्लूएचओ सदस्य राज्यों में स्वास्थ्य मंत्रियों द्वारा औपचारिक रूप से मानसिक स्वास्थ्य के महत्व को स्वीकार करने के लिए अपनाया गया था, जो एक उल्लेखनीय उपलब्धि थी। कार्य योजना में मानसिक स्वास्थ्य में सुधार करने और सहमत वैश्विक लक्ष्यों के एक सेट की प्राप्ति में योगदान करने के लिए निर्दिष्ट कार्य शामिल हैं विशेष रूप एक लक्ष्य के लिए 1) गंभीर मानसिक विकारों के लिए सेवा कवजेज में 20% की वृद्धि और 2) 2020 तक देशों में आत्महत्या की दर में 10% की कमी।

डब्ल्यूएचओ रिपोर्ट के बाद के प्रकाशन – आत्महत्या को रोकना : एक वैश्विक अनिवार्य (WHO, 2014), 2014 में आत्महत्या की रोकथाम के संबंध में कार्यवाही को सुदृढ़ बनाने के लिए राष्ट्रीय सरकारों और स्वास्थ्य मंत्रियों की प्रतिबद्धता को बढ़ाने के लिये रणनीतिक रूप से एक प्रमुख और समय पर अगला कदम था । इस रिपोर्ट ने एक राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम रणनीति और विशेष हस्तक्षेपों के साक्ष्य के आधार पर जानकारी विकसित करने पर मार्गदर्शन किया है ।

मलेशिया में 29वीं IASP वर्ल्ड कांग्रेस में, IASP स्पेशल इंटरेस्ट ग्रुप (SIG) को वैश्विक स्तर पर राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रमों के विकास और कार्यान्वयन के समर्थन के लिए लॉन्च किया गया (Platt et al, 2019) । इस एसआईजी का उद्देश्य अंतरराष्ट्रीय विशेषज्ञों का एक सक्रिय मंच स्थापित करना है जो प्रासंगिक संगठनों, मंत्रालयों और गैर-सरकारी संगठनों के साथ मिलकर आत्महत्या की रोकथाम की रणनीति के विकास में उन देशों (विशेषकर LMIC) जहां ऐतिहासिक रूप से, कम या कोई आत्महत्या रोकथाम गतिविधि नहीं हैं, के साथ सहयोग करेगा । इसे उन देशों में सामुदायिक स्तर की आत्महत्या रोकथाम गतिविधियों की स्थापना, कार्यान्वयन और मूल्यांकन के लिए विकासशील मार्गदर्शन दिया जाता है जहां वर्तमान में राष्ट्रीय रणनीति संभव नहीं है । 2017 के बाद से, इस एसआईजी ने राष्ट्रीय आत्महत्या की रोकथाम में काम करने वाले पेशेवरों और स्वयंसेवकों की सुविधा के लिए कई कार्यशालाओं और सेमिनारों का आयोजन किया है । इसके अलावा, सालाना, आईएएसपी और डब्ल्यूएचओ दोनों विश्व आत्महत्या रोकथाम दिवस पर राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रमों के महत्व को बल देते हैं ।

संयुक्त राष्ट्र के सतत विकास लक्ष्यों (SDGs) द्वारा 2030 के लिए आत्महत्या की रोकथाम की वैश्विक प्राथमिकता पर प्रकाश डाला गया है, जिसमें गैर-संचारी रोगों से एक तिहाई समय से पहले मृत्यु दर को कम करने का लक्ष्य शामिल है, इस लक्ष्य के लिए (Votruba & Thornicroft, 2015) एक संकेतक के रूप में पहचान की गई । एसडीजी 3.4 के लक्ष्य के लिए रोकथाम और उपचार और मानसिक स्वास्थ्य और भलाई (WHO, 2015). को बढ़ावा देने के माध्यम से गैर-संचारी रोगों से समय से पहले मृत्यु दर में कमी की आवश्यकता पर जोर देता है । आत्महत्या मृत्यु दर 3.4 के भीतर एक लक्ष्य (3.4.2) है । इस ऐतिहासिक कदम में यूएन ने मानसिक रोगों के सामाजिक प्रभाव को स्वीकार किया और अगले 15 वर्षों (Votruba et al, 2016) के लिए वैश्विक विकास के लिए एक प्राथमिकता के रूप में मानसिक स्वास्थ्य को परिभाषित किया ।

वर्तमान में, सभी आय स्तरों के लगभग 40 देशों ने एक राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम की नीति अपनाई है, कुछ देशों ने अपनी राष्ट्रीय रणनीति (WHO, 2018) को पहले ही विकसित या इसके अतिरिक्त संशोधनों को कार्यान्वित किया है। हालांकि, निम्न और मध्यम आय वाले देशों में से कुछ ही ने राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम की रणनीति अपनाई है भले ही ऐसे वातावरण (WHO, 2018) में 79% आत्महत्याएं होती हों। उपलब्ध राष्ट्रीय आत्महत्या की रणनीति के परिणाम संकेतक के साथ साथ मूल्यांकन के दृष्टिकोण से भिन्न है।

अंत में, विश्व स्तर पर आत्महत्या की रोकथाम में प्रगति के बावजूद, हम अभी भी कई चुनौतियों का सामना कर रहे हैं। आत्महत्या के आंकड़ों की सटीकता और विश्वसनीयता काफी सारे देशों में चिंता का विषय है। इसके अलावा, राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम के लिये वास्तविक समय के घटनाक्रमों जैसे कि उभरती हुई आत्महत्या छूत और झड़प, आत्महत्या के उभरते हुए तरीकों और 'नयीं' संवेदनशील और उच्च जोखिम वाले विकास को संबोधित करना महत्वपूर्ण होगा जैसे कि प्रवासियों और शरणार्थियों को जवाब देना उदाहरण के लिए पूर्वी भूमध्यसागरीय देशों से आत्महत्या के जोखिम में वृद्धि के साथ स्वयं-हानि।

राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रमों को लागू करने और हस्तक्षेपों की स्थिरता के संदर्भ में, चल रही चुनौतियां, अप्रभावी समन्वय, दिशानिर्देशों की पालना की कमी, आत्महत्या पर निगरानी डाटा तक सीमित पहुंच और आत्महत्या प्रयासों या स्वयं-हानि, और स्वतंत्र और व्यवस्थित मूल्यांकन की कमी अपर्याप्त संसाधन हैं।

References

- Arensman, E. (2017). Suicide Prevention in an International Context. *Crisis*, 38(1), 1-6. doi:10.1027/0227-5910/a000461
- Platt, S., Arensman, E., & Rezaeian, M. (2019). National Suicide Prevention Strategies - Progress and Challenges. *Crisis*, 40(2), 75-82. doi:10.1027/0227-5910/a000587
- Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2013). World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. *Lancet*, 381(9882), 1970-1971. doi:10.1016/S0140-6736(13)61139-3
- US Department of Health & Human Services (2012). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Retrieved from Washington (DC): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- UN. (2015). Sustainable Development Goals Report 2030. Retrieved from
- Votruba, N., & Thornicroft, G. (2015). The importance of mental health in the Sustainable Development Goals. *BJPsych Int*, 12(1), 2-4.
- Votruba, N., Thornicroft, G., & FundaMental, S. D. G. S. G. (2016). Sustainable development goals and mental health: learnings from the contribution of the FundaMentalSDG global initiative. *Glob Ment Health (Camb)*, 3, e26. doi:10.1017/gmh.2016.20
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013 - 2020. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: A global imperative. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- World Health Organization (2015). Mental health included in the UN Sustainable Development Goals. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/SDGs/en/
- World Health Organization (2018a). National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2018b). Suicide data. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Professor Ella Arensman

Representative College of Presidents, International Association for Suicide Prevention
School of Public Health, College of Medicine and Health
Chief Scientist, National Suicide Research Foundation
ella.arensman@ucc.ie

Professor Murad Khan

President, International Association for Suicide Prevention
Professor, Dept. of Psychiatry
Aga Khan University
murad.khan@aku.edu

आत्महत्या रोकथाम : एक सामुदायिक जुड़ाव उपकरण किट

PREVENTING SUICIDE: A COMMUNITY ENGAGEMENT TOOLKIT

World Health Organization and Mental Health Commission of Canada

परिचय

आत्महत्या की रोकथाम में समुदाय महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं । यह टूलकिट विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) की रिपोर्ट का अनुसरण करता है जो आत्महत्या की रोकथाम गतिविधियों में आकर्षक समुदायों के लिए व्यावहारिक कदम प्रदान करके एक वैश्विक अनिवार्यता (WHO, 2014) के रूप में आत्महत्या को रोकती है ।

सामुदायिक जुड़ाव एक सक्रिय और सहभागितापूर्ण नीचे से ऊपर की प्रक्रिया है जिसके द्वारा समुदाय नीति और सेवाओं (McLeroy et al., 2003) को प्रभाव और आकार दे सकते हैं । समुदाय अपने स्थानीय संदर्भ में महत्वपूर्ण और उचित गतिविधियों को आरंभ करके इसे पूरा कर सकते हैं । यद्यपि, मान लो, सार्वजनिक स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य दोनों के लिए अभिनव दृष्टिकोण के रूप में मान्यता प्राप्त करना, सामुदायिक वचनबद्धता तकनीकों में अक्सर उनके सफल निष्पादन और डिजाइन (Mendel et al., 2011) के लिए स्पष्ट प्रमाण और दिशानिर्देशों की कमी होती है । जब इसे पर्याप्त रूप से लागू किया जाता है, तो सामान्य रूप से मानसिक स्वास्थ्य चुनौतियों से निपटने और विशेष रूप से आत्महत्या को रोकने के लिए सामुदायिक जुड़ाव वाली परियोजनाएं बहुत प्रभावी हो सकती हैं । इस तरह के दृष्टिकोण अक्सर अपेक्षाकृत प्रभावी होते हैं और इसलिए विशेष रूप से निम्न और मध्य आय वाले देशों के लिए होते हैं जहां आत्महत्या के व्यवहार के लिए कलंक और पाबंदी अक्सर गुणवत्ता की पहुंच को सीमित करते हैं । जब संवेदनशील मुद्दों जैसे कि आत्महत्या रोकथाम से निपटना हो तो, यह जानना मुश्किल हो सकता है कि कहां और कैसे कार्यवाही शुरू करनी है । यह टूलकिट इसलिए कुछ व्यावहारिक सुझाव प्रदान करता है जिनका कि दुनिया भर में, उनके निपटान में संसाधनों या आत्महत्या की रोकथाम के प्रयासों में प्रगति की उनकी वर्तमान स्थिति की परवाह किए बिना, समुदायों द्वारा उपयोग किया जा सकता है ।

आत्महत्या को समझना – Understanding Suicide

विश्व स्तर पर, हर साल 8,00,000 से अधिक लोग आत्महत्या करते हैं और यह 15 – 30 वर्ष की उम्र के लोगों (WHO, 2014) में मृत्यु का दूसरा प्रमुख कारण है । यद्यपि, चूंकि आत्महत्या एक संवेदनशील मुद्दा है, इसलिए कुछ देशों में कलंक, अपराधीकरण और कमजोर निगरानी प्रणालियों के कारण इसकी बहुत कम रिपोर्ट किए जाने की संभावना है ।

विश्व स्तर पर आत्महत्या के सभी मामलों में से कुछ 75% निम्न और मध्यम आय वाले देशों में होते हैं । उच्च आय वाले देशों में, महिलाओं की तुलना में आत्महत्या से तीन गुना पुरुषों की मृत्यु हो जाती है, लेकिन निम्न और मध्यम आय वाले देशों में प्रत्येक महिला के लिए पुरुष-से-महिला अनुपात 1.5 पुरुष से बहुत कम है । दुनिया के लगभग सभी क्षेत्रों में पुरुषों और महिलाओं दोनों के लिए 70 वर्ष या उससे अधिक आयु के व्यक्तियों में आत्महत्या अधिक होती है । कुछ क्षेत्रों में, उम्र के साथ आत्महत्या की दर में लगातार वृद्धि होती है, जबकि अन्य क्षेत्रों में युवा व्यस्कों में आत्महत्या की दर चरम पर है । निम्न और मध्यम आय वाले देशों में, युवा व्यस्कों और बुजुर्ग महिलाओं की उच्च आय वाले देशों में उनके समकक्षों की तुलना में आत्महत्या दर बहुत अधिक है, जबकि उच्च-आय वाले देशों में मध्यम-आयु वर्ग के पुरुषों में निम्न और मध्यम आय वाले देशों की तुलना में आत्महत्या की दर बहुत अधिक है । विश्व स्तर पर, आत्महत्या के लिए पुरुषों में सभी हिंसक मौतों का 50% (यानि कि पारस्परिक हिंसा, सशस्त्र संघर्ष और आत्महत्या) और महिलाओं में ऐसी 71% मौतें (WHO,2014) हैं ।

सामाजिक, मनोवैज्ञानिक, सांस्कृतिक और अन्य कारक व्यवहार के जोखिम बढ़ाने में परस्पर प्रभाव डाल सकते हैं । उदाहरण के लिए, आत्महत्या के जोखिम कारकों में मधुमेह और एचआईवी/एड्स सहित, पिछले आत्महत्या के प्रयास, मानसिक स्वास्थ्य समस्याएं और विकार, नशील पदार्थों का उपयोग, नौकरी छूट जाना या वित्तीय घाटा, सदमा या आघात, और पुरानी दर्द देने वाली बीमार, शामिल हैं । दुर्भाग्य से, आत्महत्या की रोकथाम अक्सर सरकारों और नीति निर्माताओं के लिए एक कम प्राथमिकता है ।

आत्महत्या रोकथाम को वैश्विक सार्वजनिक स्वास्थ्य और सार्वजनिक नीति एजेंडा में प्राथमिकता दी जानी चाहिए । सार्वजनिक स्वास्थ्य के मुद्दे के रूप में आत्महत्या की जागरूकता को एक बहुआयामी दृष्टिकोण के माध्यम से उठाया जा सकता है जो सामाजिक, मनोवैज्ञानिक और सांस्कृतिक प्रभावों को ध्यान में रखता है । यह निर्धारित करने के लिए प्रत्येक समुदाय में स्थानीय संदर्भ को समझना महत्वपूर्ण है कि कौन से समूह आत्महत्या

के लिए सबसे अधिक असुरक्षित हो सकते हैं । यह सामुदायिक आत्महत्या रोकथाम गतिविधियों को उन लोगों में लक्षित करने की अनुमति देता है जो आत्महत्या के सबसे अधिक खतरे वाले हैं (Wasserman, 2016) ।

आत्महत्या को रोकना क्यों महत्वपूर्ण है – Why It Is Important to Prevent Suicide

2013 में, विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO, 2013) द्वारा मानसिक स्वास्थ्य कार्य योजना 2013–2020 को अपनाया गया । यह कार्य योजना 2020 तक देशों में आत्महत्या की दर को 10% तक कम करने के वैश्विक लक्ष्य के साथ, आत्महत्या की रोकथाम को प्राथमिकता के रूप में रेखांकित करती है । 2030 के लिए सतत विकास लक्ष्यों (SDGs) में, आत्महत्या स्वास्थ्य लक्ष्य 3.4 के लिए एक प्रस्तावित सूचक है जो रोकथाम और उपचार के माध्यम से गैर-संक्रामक रोगों से एक तिहाई समय से पहले मृत्यु दर को कम करने और मानसिक स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देने के लिए है ।

आत्महत्याएं रोकने योग्य हैं । आत्महत्या की रोकथाम के लिए व्यापक बहुपक्षीय रणनीति दुनिया भर में आत्महत्या में कमी लाने के लिए आवश्यक है, और समुदाय-स्तरीय दृष्टिकोण को एक प्रभावी रणनीति के हिस्से के रूप में नियोजित किया जाना चाहिए । आत्महत्या रोकथाम न केवल व्यक्तियों और परिवारों के लिए महत्वपूर्ण है, बल्कि समुदायों की भलाई, स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली और बड़े पैमाने पर समाज को भी लाभ पहुंचाती है ।

आत्महत्या रोकने से समुदायों पर सकारात्मक प्रभाव पड़ सकता है :

- सामुदायिक सदस्यों के स्वास्थ्य और कल्याण को बढ़ावा देना;
- हस्तक्षेपों की पहचान करने और उन्हें सुविधाजनक बनाने के लिए समुदायों को सशक्त बनाना;
- स्थानीय स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं और अन्य द्वारपालों की क्षमता का निर्माण ।

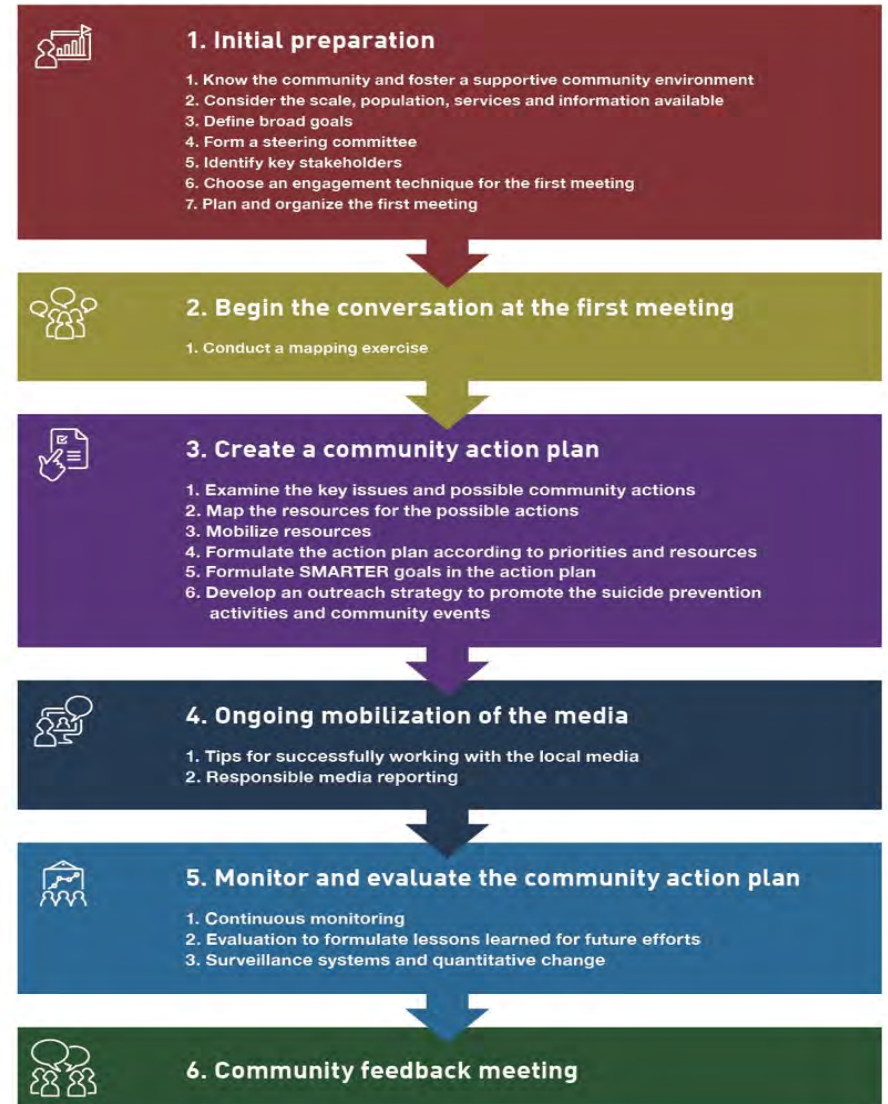
आत्महत्या को रोकने में क्यों समुदाय एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं Why Communities Play an Important Role in Preventing Suicide

व्यापक बहुपक्षीय राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम रणनीतियों को विकसित करने और कार्यान्वित करने के लिए सरकारों को आत्महत्या की रोकथाम में नेतृत्व करने की आवश्यकता है। कुछ देशों में, बहुस्तरीय सामुदायिक आत्महत्या रोकथाम कार्यक्रम लागू किए जा रहे हैं और इस बात पर ध्यान

दिया गया है कि विभिन्न गतिविधियों और उपायों को एक साथ लागू किए जाने पर (Harris et al., 2016) सयुंक्त प्रभाव उत्पन्न हो सकते हैं। हालांकि, देशों के भीतर आत्महत्या की दरों में भिन्नता (जैसे कि भौगोलिक क्षेत्रों के अनुसार) बताती है कि स्थानीय आत्महत्या की रोकथाम के लिए स्थानीय स्तर की ऊर्ध्वगामी-प्रक्रिया के साथ साथ होना चाहिए। इसलिए, समुदाय आत्महत्या की रोकथाम में एक आवश्यक भूमिका निभाते हैं जब वे सामुदायिक आवश्यकताओं, राष्ट्रीय नीतियों और साक्ष्य आधारित हस्तक्षेपों के बीच पुल का काम करते हैं जो स्थानीय परिस्थितियों के अनुकूल होते हैं।

आत्महत्या कलंक, शर्म और गलतफहमियों में छिपी हुई होती है। इसका मतलब है कि लोग अक्सर पर्याप्त सहायता नहीं लेते या नहीं

Overview of the community engagement process



ले सकते हैं । आत्महत्या की रोकथाम एक व्यक्ति, संगठन या एक संस्थान द्वारा पूरी नहीं की जा सकती है; इसे पूरे समुदाय से समर्थन की आवश्यकता है । किसी भी राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम की रणनीति के लिए सामुदायिक योगदान आवश्यक है । समुदाय कमजोर व्यक्तियों को सामाजिक सहायता प्रदान करने में, अनुवर्ती देखभाल में संलग्न होकर, जागरूकता बढ़ाने, कलंक से लड़ने और आत्महत्या से शोकाकुल लोगों का समर्थन करके जोखिम को कम कर सकते हैं और सुरक्षात्मक कारकों को मजबूत कर सकते हैं । समुदाय के सदस्य यह मुद्दा भी उठा सकते हैं कि आत्महत्या और आत्महत्या के प्रयासों के मामले दर्ज करना महत्वपूर्ण है । कुछ मामलों में समुदाय के सदस्य प्रतिनिधि तथाकथित “*द्वारपाल*” की

भूमिका निभा सकते हैं, जो आत्मघाती व्यवहार के जोखिम वाले लोगों की पहचान कर सकते हैं या उभरते आत्मघाती समूहों पर ध्यान दे सकते हैं । शायद आवश्यक रूप से, समुदाय लोगों को अपनेपन का एहसास दिलाकर मदद कर सकता है । समुदायों के अन्दर सामाजिक समर्थन सामाजिक संपर्क बनाना और कठिनाइयों का सामना करने के कौशल में सुधार करके कमजोर व्यक्तियों को आत्महत्या से बचाने में मदद कर सकता है । यह समझना आवश्यक है कि समुदाय को स्थानीय आवश्यकताओं और प्राथमिकताओं (Coppens et al., 2014; Kral et al., 2009) की पहचान करने के लिए सबसे अच्छा स्थान दिया गया है ।

आत्महत्या रोकथाम में सामुदायिक जुड़ाव के लिए एक उपकरण – A Toolkit for Community Engagement in Suicide Prevention

आत्महत्या की रोकथाम में संलग्न होने के इच्छुक समुदाय के सदस्यों और हितधारकों को अक्सर प्राथमिकताओं और रणनीतियों की खुद पहचान करनी होती है । कुछ मामलों में, वे उन मामलों का समर्थन करके उपयोगी और निरंतर संसाधन प्राप्त कर सकते हैं जिन्होंने आत्महत्या का प्रयास किया, जो आत्महत्या के शोक से पीड़ित हैं और वे जो जोखिम में या संकट की स्थिति में हैं । अक्सर, हालांकि, मामला यह नहीं है और समुदाय खुद को अपर्याप्त रूप से तैयार किया हुआ पाते हैं या सफल आत्महत्या रणनीतियों को स्थापित करने के कार्य में पूर्णतया पराजित पाते हैं ।

इस पृष्ठभूमि के खिलाफ, इस उपकरण का उद्देश्य आत्महत्या की रोकथाम की प्राथमिकताओं को पहचानने और लागू करने और पूरे समुदाय, विशिष्ट समूहों और/या व्यक्तियों के लिए उपयुक्त सामुदायिक गतिविधियों को निर्देशित करना है । उपकरण आत्महत्या की रोकथाम की गतिविधियों में या पहले से ही हो सकने वाली गतिविधियों को बढ़ाने में समुदायों की सहायता के लिए सहायक नेटवर्क स्थापित करने के लिए मार्गदर्शन प्रदान करता है ।

यह दस्तावेज समुदायों को आत्महत्या की रोकथाम गतिविधियों में संलग्न करने के लिए एक गाइड है; यह व्यापक सामुदायिक आत्महत्या की रोकथाम के लिए एक मॉडल नहीं है, जो एक सामुदायिक मॉडल के मुख्य घटकों को निर्दिष्ट करता है, और न ही यह व्यापक सामुदायिक आत्महत्या रोकथाम को लागू करने वाले देशों के लिए एक मूल योजना है ।

अपने समुदाय के अन्दर गतिविधि शुरू करने के इच्छुक किसी को भी इस उपकरण का उपयोग करने में सक्षम होना चाहिए । लक्षित समुदाय को भौगोलिक या सामाजिक कारकों जैसे कि उम्र, लिंग या अतिसंवेदनशीलता (जैसे कि स्वदेशी समूह, शरणार्थी, अल्पसंख्यक, सैन्य, जेल, कार्यस्थल, एलजीबीटीआई, सामाजिक रूप से वंचित या पृथक व्यक्ति) द्वारा परिभाषित किया जा सकता है ।

उपकरण निम्नलिखित प्रमुख क्षेत्रों (Figure 1) के अनुसार चरणबद्ध मार्गदर्शन प्रदान करता है :

1. प्रारंभिक तैयारी ;
2. पहली मीटिंग में बातचीत शुरू करना;
3. एक सामुदायिक कार्य योजना बनाना;
4. मीडिया का सक्रिय रहना ;
5. सामुदायिक कार्य योजना की निगरानी और मूल्यांकन करना ;
6. सामुदायिक प्रतिक्रिया बैठक ।

प्रत्येक भाग समुदाय संलग्नता के साथ आगे बढ़ने के बारे में सलाह देता है और उन साधनों का सुझाव देता है जिनका उपयोग आत्महत्या की रोकथाम कार्यवाही योजना के निर्माण के लिए किया जा सकता है जो समुदाय के लिए प्रासंगिक है । यह उपकरण संपूर्ण नहीं है और कई अन्य उपकरणों को विकसित किया जा सकता है और उपयोग किया जा सकता है । प्रत्येक समुदाय इस सामग्री को अनुकूलित कर सकता है या अपनी खुद की योजना, उपकरण और गतिविधियों को डिजाइन कर सकता है ताकि यह सुनिश्चित हो सके कि ये समुदाय के लिए सबसे उपयुक्त हैं और स्थानीय संदर्भ के लिए स्वीकार्य और उपयुक्त हैं ।

*यह इस महत्वपूर्ण उपकरण का एक अध्याय मात्र है । कृपया आगे की जानकारी और मार्गदर्शन के लिए पूरा दस्तावेज देखें ।

Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications-detail/suicide-prevention-toolkit-for-engaging-communities>

धन्यवाद की दुनिया – WORLD OF THANKS

2019 के लिए विषय – *मानसिक स्वास्थ्य प्रोत्साहन और आत्महत्या रोकथाम* – एक संदेश है, जिसके बारे में विश्व मानसिक स्वास्थ्य संघ का मानना है कि यह हमारे वैश्विक मानसिक स्वास्थ्य आंदोलन के भविष्य के लिए महत्वपूर्ण है । परिवर्तन लाने का सबसे अच्छा तरीका दुनिया के प्रत्येक समुदाय में ठोस कार्यवाही और समर्थन है । हम में से प्रत्येक में बदलने की, मदद करने की, और मानसिक स्वास्थ्य देखभाल, उपचार और पदोन्नति के लिए एक अलग दुनिया को देखने की क्षमता है । इस वर्ष की सामग्री दुनिया भर के मानसिक स्वास्थ्य समर्थकों, अधिवक्ताओं और न नेताओं के काम और समर्पण के माध्यम से संभव है ।

डब्ल्यूएफएमएच उन लोगों को एक बहुत ही महत्वपूर्ण धन्यवाद देता है जिन्होंने इस वर्ष के विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस अभियान के विस्तार में सहायता की है । डब्ल्यूएफएमएच स्टाफ ने इस वर्ष अनुसंधान और लेखन में सहायता की । हम निम्नलिखित सूची के लेखकों/योगदानकर्ताओं का उनके द्वारा लिखे गये विशेष खंडों के लिये आभार व्यक्त करना चाहते हैं : गेब्रियल इबिजारो, लुकजा कोल्पोविकज, सर डेविड गोल्डवर्ग केबाई, मिशेल रीबा, इसातो एनजी, जेफ्री गेलर, कार्लोस ए डे मेंडोका लीमा, डिएगो डी लिया, लियो यू अमौतोव्स्का, सुजान वेनस्टेन, नताषा मुलर, रॉबर्टो ओल्सन, एला आरंसमैन और मुराद खान ।

2019 सामग्री को लॉरा लिटिल द्वारा प्रारूपित और डिजाइन किया गया है । विशेष रूप से अंतर्राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम और वेंडी ऑर्चर्ड की उनकी भागीदारी और पूरे अभियान में सहायता के लिए इंटरनेशनल एसोसिएशन की सराहना की जाती है । हम इस वर्ष किए गए सभी महान संचार और विपणन कार्य के लिए अग्रणी एजेंसी, सार्वजनिक प्रतिष्ठा और मीडिया स्पैक्टम I/S के लोगों का धन्यवाद करना चाहते हैं ।

पुनः, इस वर्ष हम कई भाषा अनुवादों के साथ उल्लेखनीय और उदार सहायता के लिए भाग्यशाली रहे । हम उनके बिना यह कार्य पूरा नहीं कर सकते थे । हम हिन्दी अनुवाद के लिए डॉ. एम.एल. अग्रवाल,कोटा, इंडिया और उनके कर्मचारियों, स्पेनिश अनुवाद के लिए डॉ. कैरोलिना गोंजालेज उरुटिया का धन्यवाद करते हैं ।

अंत में, आपमें से जो विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस के प्रचार में और सक्रिय रूप से भाग लेते रहते हैं, वे सभी बहुत बड़े धन्यवाद के पात्र हैं । आप में से सभी इस मानसिक स्वास्थ्य आंदोलन में शामिल रहते हैं और दुनिया भर में जागरुकता, एकता और सशक्तिकरण बनाने में मदद करते हैं । आपके प्रयास, इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि वे कितने बड़े या छोटे हैं, एक अंतर रखें और इस परियोजना को प्रत्येक वर्ष बढ़ाते रहें । हम आपके निरंतर प्रयासों के लिए धन्यवाद करते हैं और आशा करते हैं कि आप भविष्य में हमारे साथ-साथ उन लोगों के लिए बेहतर दुनिया में जाएंगे जो मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों का अनुभव करते हैं ।

विश्व मानसिक स्वास्थ्य दिवस अभियान सामग्री हमें विभिन्न स्रोतों से प्राप्त समर्थन का परिणाम है । हम इस साल के अभियान को पूरा करने के लिए 2019 के प्रायोजकों को धन्यवाद देना चाहते हैं ।

H. LUNDBECK A/S

COURTNEY KESSENICH, MRS. DC INTERNATIONAL 2019

FLEXERA



WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

Join us!

 **@WMHDay**

 **@WMHDay1**

www.wfmh.global

wmhday@wfmh.com