

खुदकुशी की रोकथाम: नजरिया बदलने की जरूरत



खुदकुशी की रोकथाम: नजरिया बदलने की जरूरत

यह रिपोर्ट मारीवाला हेल्थ इनीशिएटिव (एमएचआई) और इंडिया डेवलपमेंट रिव्यू (आईडीआर) के संयुक्त प्रयास से लिखी गई है।

लेखक -एमएचआई

भवेश झा
प्रीति श्रीधर
राज मारीवाला
श्रुथी मुरली

लेखक -आईडीआर

रचिता वोरा
तनाया जगतियानी

परामर्श समूह

डॉ अपर्णा जोशी
चपल मेहरा
क्रिस्टी नाग
ज्योत्सना सिद्धार्थ
केशव देसीराजू
डॉ एल रामाकृष्णन
मुस्कान सर्दद
डॉ नंदिनी मुरली
सबाह खान
सदाम हंजाबम
सलमा अंसारी
डॉ सौमित्र पथारे
स्वर्णा रामाकृष्णन
तन्मय गोस्वामी
विजय नल्लावाला
विनायक हेगाना

डिजाइन व प्रोडक्शन

www.theobservatory.in

चित्रण

श्रुजना निरजनी श्रीधर

टाइप फेस

Noto Sans Devanagari
Noto Serif Devanagari

आइकॉन्स

प्लैटिफॉर्म से साभार

प्रिण्टर

Artwork Advertising

चित्रण (पीजी.31)

Freepik.com

विशेष धन्यवाद

एमएचआई:
अनम मित्रा
हम्सिनि रवि
ओलिम्पिका ओजा
सायशा मनन

आईडीआर:

स्नेहा फिलिप

प्रकाशन तिथि

सितम्बर 2021

रिपोर्ट के विषय को लेकर चेतावनी

रिपोर्ट में आत्महत्या, खुद को नुकसान पहुंचाने, जाति आधारित भेदभाव, लिंग आधारित भेदभाव, तनाव और विपरितलिंगी लोगों से भेदभाव का जिक्र है। अगर रिपोर्ट से आपको परेशानी या तनाव महसूस हो रहा है, तो आईकॉल (+91)9152987821 या icall@tiss.edu पर संपर्क करें।



CREATIVE COMMONS

Attribution-NonCommercial
ShareAlike 4.0 International

CC BY-NC-SA 4.0

यह रिपोर्ट स्वास्थ्य व परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार के पूर्व सचिव श्री केशव देसीराजू (1955-2021) को समर्पित है, जिन्होंने मानसिक स्वास्थ्य व विकलांगता के अधिकारों को लेकर न्याय दिलाने के लिए अथक प्रयास किया और जन स्वास्थ्य व्यवस्था में इन्हें अहम स्थान दिलवाया।

प्रस्तावना

लगभग हर आत्महत्या एक ऐसी क्षति है, जिसे रोका जा सकता है। आत्महत्या से होने वाली एक मौत से उस व्यक्ति से जुड़े 60 लोग प्रभावित होते हैं, जबकि 20 लोग आत्महत्या की कोशिश करते हैं। साल 2019 में भारत में आत्महत्या करने से 1,40,000 लोगों की मृत्यु हुई, जो दुनियाभर में आत्महत्या से होने वाली मौतों का 17 प्रतिशत है। इन चिंताजनक आँकड़ों के बावजूद वैश्विक स्तर पर और भारत में आत्महत्या रोकने पर लगभग नहीं के बराबर बात होती है।

दूसरे सामाजिक मुद्दों की तरह ही आत्महत्या रोकथाम के लिए इस मुद्दे को पूरी तरह समझने की जरूरत है। मगर अफसोस की बात है कि आत्महत्या के इर्द गिर्द होने वाली बातचीत गंभीर रूप से स्टिग्मा से भरी होती है। **बुरी बात तो यह है कि आत्महत्या को व्यक्ति के निजी मामले के रूप में देखा जाता है, न कि ऐसे रूप में जिसे रोका जा सके। इसे शायद ही ऐसे सामाजिक मुद्दे के तौर पर देखा जाता है जिसका समाधान सरकार, स्वास्थ्य व्यवस्था, एनजीओ, कार्यस्थल, मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों और समुदायों द्वारा करने की जरूरत है।** इसे एक निजी मुद्दा न मानकर इसे व्यवस्था से संबंधित मुद्दा समझ कर बात करने की जरूरत है। हमें यह समझना होगा कि समाज की बनावट कुछ ऐसी है जो लैंगिक, जाति, धर्म, वर्ग या यौनिक रूप से अल्पसंख्यक लोगों पर बुरा असर डालती है। इसके प्रभाव से लोग खुद को नुकसान पहुँचाने या आत्महत्या के लिए मजबूर हो जाते हैं। इसलिए आत्महत्या की रोकथाम के उपाय भी व्यक्ति केंद्रित न होकर समुदाय केंद्रित होने चाहिए। आसान शब्दों में कहा जाए, तो ये उपाय केवल मानसिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों द्वारा नहीं बताए जाने चाहिए बल्कि समुदाय के लोगों की तरफ से भी आने चाहिए। इसके साथ ही जिनमें आत्महत्या का विचार आता है, उन्हें व्यावहारिक या भावनात्मक

तौर पर मदद करने के लिए लोगों का एक समूह तैयार करने की आवश्यकता है।

इस विषय पर चर्चा काफी समय से लंबित है। मारीवाला हेल्थ इनिशिएटिव के जरिए हम लोग इस लंबित बातचीत को शुरू करने का प्रयास कर रहे हैं। और हम यह रिपोर्ट इस वादे के साथ प्रकाशित कर रहे हैं कि हमारी बातचीत अनुदान और सामाजिक कार्यों के जरिए आत्महत्या की रोकथाम के प्रयासों पर केंद्रित होगी।

यूएन के सतत विकास लक्ष्य 3, लक्ष्य 3.4, में कहा गया है कि दुनिया को साल 2030 तक आत्महत्या से होने वाली मृत्यु में एक तिहाई कमी लाने के लिए काम करने की जरूरत है। भारत में भी इसे प्राथमिकता देने की आवश्यकता है। हमें एक राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम नीति बनाने की जरूरत है, जिसे आत्महत्या की कोशिश करने और आत्महत्या के चलते अपनों को खो चुके लोगों के साथ साथ विभिन्न साझेदार भी स्वीकार कर सकें। हमें आत्महत्या की रोकथाम के लिए एक जन स्वास्थ्य प्रणाली तैयार करने की आवश्यकता है, जिसमें सभी साझेदार एकसाथ मिलकर प्रभावी काम करें। यह न केवल स्वास्थ्य विभाग (संकट के वक्त आसानी से बेहतर व्यवस्था तक पहुँच) बल्कि शिक्षा विभाग (स्कूल और कॉलेज के छात्रों में आत्महत्या की प्रवृत्ति कम करने के लिए), महिला और बाल विकास विभाग (अभी हर साल खुदकुशी से 20000 शादीशुदा महिलाओं की मौत को कम करने के लिए) के लिए सबसे जरूरी मुद्दा होना चाहिए।

इसके अलावा एक देश के तौर पर आत्महत्या को लेकर हमारी सोच और बातचीत के तरीके में बदलाव लाने की जरूरत है, क्योंकि हमारी सोच ही हमारे



सिस्टम और समाज में प्रतिबिम्बित होती है। इसे नेशनल क्राइम रिकॉर्ड ब्यूरो (NCRB) के आँकड़ों से समझा जा सकता है। आज भारत में आत्महत्या अपराध की श्रेणी में नहीं आती है, लेकिन नेशनल क्राइम रिकॉर्ड ब्यूरो आत्महत्या से होने वाली मौतों को अपराध के आँकड़ों में रखता है। एनसीआरबी के रिकॉर्ड में ये आँकड़े 'दुर्घटना से मृत्यु और आत्महत्या' की श्रेणी में दर्ज होते हैं। जबकि होना तो ये चाहिए था कि आत्महत्या से होनेवाली मृत्यु स्वास्थ्य विभाग से जुड़े आँकड़ों शामिल किया जाता। दुनिया के बहुत सारे देशों में आत्महत्या से होने वाली मौत स्वास्थ्य विभाग के अंतर्गत आती है। मशहूर लोगों की आत्महत्या से मौत पर आत्महत्या के तरीके और माध्यमों को लेकर छोटी से छोटी जानकारी विस्तार से बताकर मामले को सनसनीखेज बनाने के लिए में मीडिया बदनाम है। अंग्रेजी मीडिया में 'कमिटेड सुसाइड' का प्रयोग होता है। कमिटेड शब्द से अपराधबोध का अहसास होता है जबकि इसके लिए सही शब्द 'डाइड बाई सुसाइड (आत्महत्या से मृत्यु)' है। यह सब तब हो रहा है जब शोध में यह साबित हो चुका है कि आत्महत्या की रिपोर्टिंग करने में सही भाषा का इस्तेमाल बहुत जरूरी है क्योंकि आत्महत्या से जुड़ी खबरों में आत्महत्या के तौर तरीकों के बारे में लिखने से लोगों को उकसावा मिलता है और उसी माध्यम से आत्महत्या करने की प्रवृत्ति बढ़ सकती है। इसमें कोई दो राय नहीं है कि आत्महत्या को लेकर अभी बहुत काम करने की जरूरत है। इसी वजह से यह रिपोर्ट आत्महत्या की रोकथाम के उपायों पर केंद्रित है। इस रिपोर्ट में उन कठिनाइयों और नजरियों के बारे में लिखा गया है, जिन पर संगठनों को काम शुरू करने से पहले ध्यान देने की जरूरत है।

इस रिपोर्ट में आत्महत्या में कमी लाने में कारगर साबित हुए प्रयासों के साथ वैश्विक और स्थानीय स्तर पर किये जा रहे कार्यों को भी शामिल किया गया है।

अहम बात यह है कि रिपोर्ट आत्महत्या की रोकथाम के लिए मनो-सामाजिक प्रयासों पर जोर देती है। इन प्रयासों में काउंसिलिंग के जरिए मनोवैज्ञानिक सहयोग से लेकर रोजगार, स्वास्थ्य सेवाएँ, शिक्षा व अन्य सामाजिक सुविधाएँ लेने में सक्षम बनाना शामिल हैं।

हम उम्मीद करते हैं कि भारत में आत्महत्या की रोकथाम के लिए विभिन्न प्रकार के दीर्घकालिक व सहयोगात्मक प्रयास किये जाएंगे और 'खुदकुशी की रोकथाम: नजरिया बदलने की जरूरत' रिपोर्ट इस दिशा में पहला कदम है। हम चाहते हैं कि आप द अलायंस फॉर सुसाइड प्रीवेंशन (एएसएपी) का हिस्सा बनें। भारत में खुदकुशी की रोकथाम के लिए मनो-सामाजिक प्रयास, समाज के विभिन्न वर्गों की भागीदारी और जनस्वास्थ्य पद्धति की वकालत करने वाले संगठनों और व्यक्तियों को एएसपी से जुड़ने के लिए आमंत्रित करते हैं।

इस क्षेत्र में प्रभावशाली बदलाव के लिए वित्तीय सहयोग देने वालों, सिविल सोसाइटी, मीडिया, स्वास्थ्य क्षेत्र के विशेषज्ञ, स्वास्थ्य विभाग, नीतिनिर्धारकों को एक साथ आना होगा। द अलायंस फॉर सुसाइड प्रीवेंशन (एएसपी) के बारे में और अधिक जानकारी के लिए हमारी वेबसाइट: mhi.org.in/asp पर जाएं या asp@mariwalahealthinitiative.org पर हमें लिखें।

प्रीति श्रीधर
मुख्य कार्यकारी अधिकारी, एमएचआई

विषय-सूची

परिचय	1
आत्महत्या किसी का इंतजार नहीं करती	3
अब भारत को क्यों आत्महत्या की रोकथाम पर ध्यान देना चाहिए	
आत्महत्या की रोकथाम के लिए किस तरह के तौर-तरीकों की हमें जरूरत है	6
आत्महत्या की रोकथाम और जन स्वास्थ्य	16
डब्ल्यूएचओ की रूपरेखा	
दुनियाभर में प्रभावी आत्महत्या रोकथाम उपाय	22
• श्रीलंका ने कैसे महज 10 सालों में आत्महत्या की घटनाओं को आधा कर दिया	24
• सशर्त नकद ट्रांसफर कार्यक्रम ने कैसे इंडोनेशिया में आत्महत्या की घटनाओं को 20 प्रतिशत तक कम कर दिया	25
• तमिलनाडु ने किस तरह बेहतर परीक्षा व्यवस्था के जरिए छात्र आत्महत्या में कमी लाई	26
• ट्रेवर प्रोजेक्ट के सहायक और इंटरसेक्टरल पद्धति ने किस तरह आत्महत्या के विचारों से जूझ रहे एलजीबीटीक्यू युवाओं की मदद की	27
• मनोरोग से ग्रस्त लोगों के लिए काम करने वाले केयर ट्रांजिशन ने किस तरह उनकी जिंदगी के नाजुक मौके पर आत्महत्या को रोका	28
आत्महत्या की रोकथाम के लिए आप कैसे मदद कर सकते हैं	31
शब्दकोश	35
संदर्भ सूची	36

परिचय



अगर हम सब अपनी जिंदगी में पीछे मुड़कर देखें, तो संभव है कि ये समझ पाएंगे कि आत्महत्या से हमारा संबंध बेहद करीबी है। आप थोड़ा वक्त लेकर इस बारे में सोचिए, तो पायेंगे कि शायद आप किसी को जानते हों, जिसकी मृत्यु आत्महत्या से हुई है या किसी ने कई मौकों पर आत्महत्या करने के बारे में सोचा होगा। हम ये भी पाएंगे कि किसी दोस्त के करीबी ने आत्महत्या की कोशिश की होगी।

जब आप आँकड़े देखेंगे, तो लगेगा कि यह बिल्कुल सही है। हर साल दुनियाभर में आत्महत्या करने से 8,00,000 लोगों की मौत होती है और इनमें से 17 फीसदी मौतें सिर्फ भारत में होती हैं।^[1] सच तो यह है कि लैंसेट कमीशन ऑन एडोलिसेंट हेल्थ एंड वेल-बीइंग के मुताबिक, 10 से 24 साल की उम्र के भारतीय युवाओं की मृत्यु का सबसे बड़ा व प्रमुख कारण आत्महत्या है। 10 से 14 वर्ष की उम्र के बच्चों में मृत्यु की सातवीं वजह आत्महत्या है।^[2] इसका मतलब है कि बहुत सारे बच्चे जिन्हें पढ़ने की चिंता होनी चाहिए, वे आत्महत्या करने के बारे में सोच रहे हैं। फिर भी इसको लेकर सार्वजनिक या निजी स्तर पर बातचीत बिल्कुल कम होती है। मीडिया में भी आत्महत्या की खबरें असंवेदनशील और सतही तरीके से प्रकाशित की जाती हैं। हमने दलित समुदाय के पीएचडी छात्र रोहित वेमुला, डॉ पायल तडवी, अभिनेता सुशांत सिंह राजपूत समेत आत्महत्या के अन्य मामलों में यही देखा है।

मारीवाला हेल्थ इनिशिएटिव भारत में मानसिक स्वास्थ्य पर होने वाली बातचीत में बदलाव लाने के लिए समर्पित है और आत्महत्या की रोकथाम हमारे प्रयासों का प्रमुख हिस्सा है। मानसिक स्वास्थ्य पर फंडिंग के दौरान काम करते हुए हमने देखा है कि भारत के विकास को लेकर जो विमर्श चल रहा है, उसमें कहीं भी आत्महत्या शामिल नहीं है। ऐसे में आत्महत्या की रोकथाम पर चर्चा बहुत जरूरी है। आत्महत्या की रोकथाम के सारे प्रयास अमूमन व्यक्ति केंद्रित होते हैं। इसमें इस तथ्य की अनदेखी कर दी जाती है कि आत्महत्या एक जटिल, इंटरसेक्शनल (व्यक्ति की सामाजिक और राजनीतिक पहचान), इंटरसेक्टरल (जैसे स्वास्थ्य, शिक्षा, आवास व अन्य सामाजिक सुरक्षा के क्षेत्र) और जनस्वास्थ्य का मुद्दा है।

अच्छी खबर यह है कि आत्महत्या रोकी जा सकती है। जन स्वास्थ्य के दूसरी समस्याओं के विपरित आत्महत्या की वारदातों को प्रभावी तौर पर कम करने के तरीके मौजूद हैं। बस जरूरत है कि सरकार, परोपकारी लोग, सिविल सोसाइटी और समुदाय एक साथ आएँ। वे इस मुद्दे को समझें और इसके समाधान के लिए संसाधन मुहैया कराएँ।

यह रिपोर्ट इन विमर्शों को शुरू करने का माध्यम बनेगी। हम आत्महत्या रोकने के साझा प्रयास में तमाम साझेदारों को शामिल करना चाहते हैं। इस रिपोर्ट में हम बता रहे हैं कि कैसे आत्महत्या रोकथाम के कुछ मुख्य प्रयासों, भारत में आत्महत्या की घटनाओं को कम करने के लिए आजमाई गयी रणनीतियों के जरिए ठोस कदम उठा सकते हैं।

मानसिक स्वास्थ्य और आत्महत्या को अक्सर एक गंभीर विषय के रूप में देखा जाता है और यह माना जाता है कि केवल विशेषज्ञ या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर इस पर बात कर सकते हैं। इसमें दिक्कत यह है कि हम उन लोगों के अनुभवों की अनदेखी कर देते हैं जिनके पास आत्महत्या का जिया हुआ अनुभव है। यानी कि वे लोग जिन्होंने आत्महत्या का प्रयास किया, आत्महत्या के बारे में सोचने वाले और/या खुद को नुकसान पहुँचाने वाले और साथ ही वे जो अपने प्रियजन की आत्महत्या से मृत्यु के चलते शोकाकुल हैं, उनके अनुभवों से हम वंचित रह जाते हैं।

इन अनुभवों को सामने लाने के लिए इस रिपोर्ट में ऐसे लोगों को प्रमुखता दी गई है, जो हाशिये पर हैं और जिनके पास आत्महत्या और आत्महत्या से हुए नुकसान का जिया हुआ अनुभव है। यह रिपोर्ट इनके अनुभवों को विशेषज्ञों के विचारों के साथ जोड़ती है।

यह रिपोर्ट पिछले 12 महीनों में विभिन्न लोगों के साथ सलाह-मशविरा और विशेषज्ञों के साथ दो बार परामर्श के बाद तैयार की गई है। विशेषज्ञों में वे लोग शामिल थे, जिन्होंने कई सालों तक भारत में आत्महत्या की रोकथाम के विभिन्न पहलुओं पर काम किया है। व्यापक मशविरों में आत्महत्या का जिया हुआ अनुभव करने वाले अलग-अलग व्यक्तियों और आत्महत्या से अलग अलग तरह से प्रभावित हुए समुदायों के लोगों को एक साथ लाया गया। भारत में आत्महत्या की रोकथाम के लिए एक व्यापक पद्धति कैसे तैयार कर सकते हैं, इसमें उनके नजरिए और अनुभवों ने हमारी समझ को विकसित करने में मदद की।^[3]

मिथक:

जो आत्महत्या का विचार करता है, वो मरना ही चाहता है।

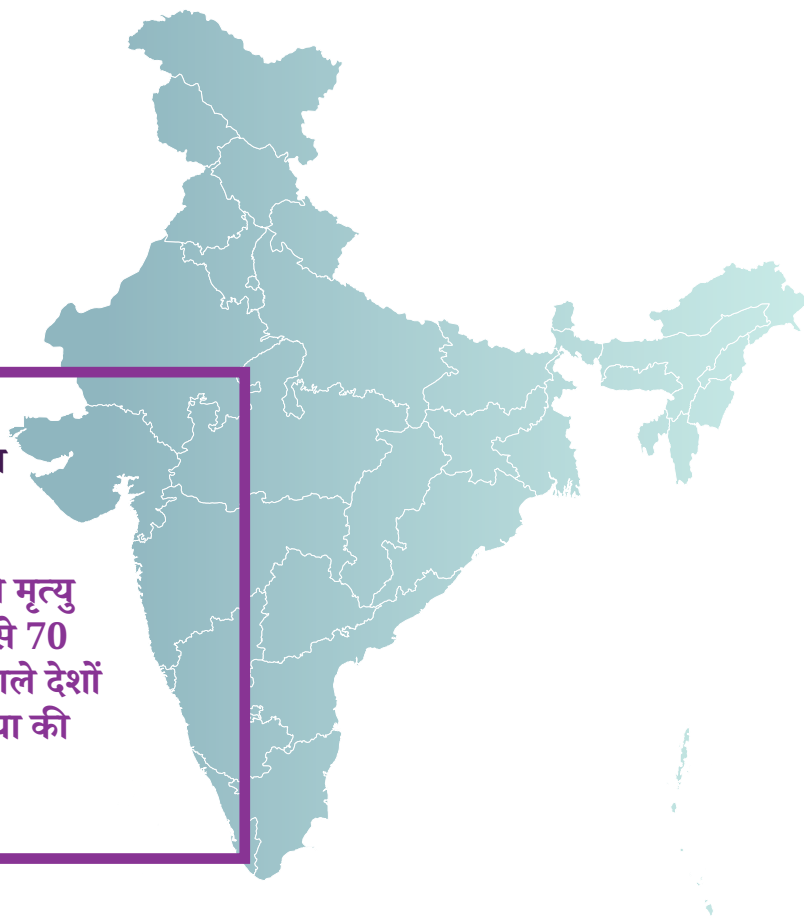
तथ्य:

आत्महत्या का विचार करने वाले लोग प्रायः जीने या मरने को लेकर अनिश्चित होते हैं। आत्महत्या का विचार असल में तात्कालिक होता है और एक तनावपूर्ण स्थिति में आता है। सही समय पर भावनात्मक सहयोग मिलने से आत्महत्या रोकी जा सकती है।

आत्महत्या किसी का इंतजार नहीं करती

अब भारत को क्यों आत्महत्या रोकथाम पर ध्यान देना चाहिए

दुनियाभर में हर साल 8 लाख लोगों की मृत्यु आत्महत्या करने से होती है और इनमें से 70 प्रतिशत मृत्यु निम्न और मध्यम आय वाले देशों में होती है, जहां संसाधन और आत्महत्या की रोकथाम के उपाय सीमित हैं।^[4]



दुनियाभर में आत्महत्या से मौत की जितनी घटनाएँ होती हैं, उनमें से 17 प्रतिशत घटनाएँ भारत में दर्ज की जाती हैं। साल 1990-2016 के बीच भारत में आत्महत्या की घटनाओं में 40 प्रतिशत का इजाफा देखा गया। साल 2016 में दुनियाभर में महिलाओं की आत्महत्या से मौत की जितनी वारदातें हुईं, उनमें से एक तिहाई मृत्यु भारत में हुई थीं। वहीं, दुनियाभर में आत्महत्या से पुरुषों की मृत्यु की कुल घटनाओं में से एक चौथाई घटनाएँ भारत में दर्ज की गईं। यही नहीं, 15 से 39 साल की उम्र के भारतीय युवाओं की मौत के पीछे आत्महत्या अहम कारण के रूप में सामने आई है।^[5] खासतौर पर युवा महिलाओं में मृत्यु का प्रमुख कारण आत्महत्या है, जो मातृ मृत्यु दर से भी ज्यादा है।^[6] एक अनुमान के मुताबिक, हर एक व्यक्ति जिसकी आत्महत्या से मृत्यु होती है, उसकी वजह से अन्य 20 लोग आत्महत्या की कोशिश करते हैं।^[7]

इस जन-स्वास्थ्य संकट का सबसे ठोस सबूत यह है कि भारत में आत्महत्या से मृत्यु की घटनाओं की गिनती कम होती है। खास तौर पर युवाओं और महिलाओं की मृत्यु के मामले में कम गिनती की जाती है। ऐसा इसलिए होता है क्योंकि एनसीआरबी आत्महत्या के आँकड़े पुलिस रिकार्ड से हासिल करती है और पुलिस रिकॉर्ड में आत्महत्याएं अपराधिक घटनाओं रूप में दर्ज होती हैं जबकि आत्महत्या स्वास्थ्य के अंतर्गत मृत्यु के ब्यौरे के रूप में दर्ज होनी चाहिए। हालांकि साल 2017 का मानसिक स्वास्थ्य देखभाल अधिनियम आत्महत्या को गैर-अपराध की श्रेणी में रखता है और इसका लक्ष्य आत्महत्या के जोखिम और आत्महत्या की घटनाओं को कम करना है, लेकिन इस विषय से अपराधबोध को कम करने के लिए नहीं के बराबर काम हुआ है। इसके परिणामस्वरूप आत्महत्या की बहुत सारी घटनाओं की रिपोर्टिंग नहीं हो पाती है। अगर उनकी रिपोर्टिंग होती भी है, तो



एक्ट को लेकर जागरूकता की कमी के चलते पुलिस इंडियन पीनल कोड (आईपीसी) की धारा 309 के तहत आत्महत्या की कोशिश का मामला दर्ज करती है, जो अपराध की श्रेणी में आता है।

दुनियाभर में आत्महत्या की बढ़ती घटनाओं को कम करने और साल 2030 तक आत्महत्या से मृत्यु के आंकड़ों में एक तिहाई कमी लाने के सतत विकास लक्ष्य (एसडीजी लक्ष्य 3.4, संकेतक 3.4.2) को हासिल करने के लिए भारत में आत्महत्या की रोकथाम के लिए प्रभावी कदम उठाना बहुत जरूरी है। आत्महत्या की रोकथाम से जुड़ा प्रयास स्वास्थ्य और खुशहाली से जुड़े लक्ष्य के

अलावा गरीबी उन्मूलन और असमानता से जुड़े सतत विकास लक्ष्य को हासिल करने में मदद कर सकता है।

कोविड-19 महामारी और लॉकडाउन ने पहले से ही खराब चल रहे हालात को और संगीन बना दिया। हाल के एक अध्ययन में पता चला है कि ऑनलाइन न्यूज मीडिया में आत्महत्या की कोशिश और आत्महत्या से मृत्यु की खबरों में 67.7 फीसदी का इजाफा हुआ है।^[8] हाशिए पर रहने वाले समुदाय, महिलाएँ, दिहाड़ी मजदूर और युवाओं पर कोविड-19 महामारी व लॉकडाउन का गहरा असर पड़ा है। ऐसे में भारत में आत्महत्या की रोकथाम के लिए हमें तुरंत ठोस काम करने की जरूरत है।

भाषा मायने रखती है

आत्महत्या पर बातचीत में हम जिन शब्दावलियों का इस्तेमाल करते हैं, वो आत्महत्या को लेकर हमारी सोच को दिखाता है। मिसाल के तौर पर 'कमिटेड सुसाइड' शब्दों का इस्तेमाल आम बातचीत और मीडिया में धड़ल्ले से किया जाता है। हालांकि, ऊपरी तौर पर ये गलत नहीं लगता है, लेकिन इन दो शब्दों से आत्महत्या करने वाले को दोषी ठहराने का भाव निकलता है, जो नुकसानदेह हो सकता है। बहुत लोगों के लिए 'कमिटेड' नकारात्मक होता है जैसे 'कमिटेड क्राइम (अपराध किया)' या 'कमिटेड सिन (पाप किया)'। ये आत्महत्या को गलत काम के रूप में पेश करता है। सच तो यह है कि हाल तक कमिटेड शब्द का इस्तेमाल मान्य था क्योंकि आत्महत्या कानूनी तौर पर अपराध के रूप में दर्ज था।

इसलिए आत्महत्या से जुड़ी हमारी भाषा और शब्दावली दूसरे लोगों के व्यवहार व नजरिए पर प्रभाव डालते हैं। सहानुभूतिपूर्ण और तटस्थ भाषा का इस्तेमाल आत्महत्या को लेकर फैले अपराधबोध को कम करने में मदद कर सकता है।

इस रिपोर्ट में आत्महत्या के विभिन्न पहलुओं और उसकी रोकथाम पर बातचीत करने के लिए कुछ प्रमुख शब्दावलियां निम्नलिखित हैं-

1.

आत्महत्या:

आत्महत्या जानबूझ कर खुद की जान लेना है।^[9]

2.

आत्महत्या का विचार:

आत्महत्या का विचार एक विस्तृत शब्दावली है, जिसका इस्तेमाल आत्महत्या के बारे में सोचने, इच्छा और आत्महत्या जैसे विचारों में व्यस्त रहने का वर्णन करने के लिए किया जाता है।^[10]

3.

आत्मक्षति:

आत्मक्षति खुद को जानबूझ कर नुकसान पहुंचाने को कहते हैं। इसमें जरूरी नहीं कि व्यक्ति जानबूझ कर खुद को मारने का इरादा रखता हो। इस वजह से आदमी अपने शरीर को नुकसान पहुंचा सकता है।^[11]

4.

आत्महत्या की कोशिश:

आत्महत्या की कोशिश का इस्तेमाल किसी भी तरह के गैर-घातक आत्महत्या के कृत्य के अर्थ में किया जाता है। इसका अर्थ स्व-प्रेरित होकर खुद को जख्मी करना या नुकसान पहुंचाना है, जिसमें खुद को खत्म कर लेने की इच्छा या परिणाम हो भी सकता है और नहीं भी हो सकता है।^[12]

5.

आत्महत्या की कोशिश के सर्वाइवर :

आत्महत्या की कोशिश के सर्वाइवर वे लोग हैं, जिन्होंने पूर्व में आत्महत्या की कोशिश की।^[13]

आत्महत्या रोकथाम के लिए जरूरी नजरिया



जब बदल गई महेश पासवान की जिंदगी

महेश पासवान जब बिहार के जमरूई जिले से कोलकाता महानगर में पहुँचे थे, तो अपने साथ दो वक्त के भोजन के लिए 69 रुपए, कुछ सामान से भरा एक छोटा-सा सूटकेस और एक बड़ा सपना ले गए थे। महेश के कोलकाता रवाना होने से पहले उनकी पत्नी ने चौथे बच्चे को जन्म दिया था। उनके अन्य तीन बच्चे पढ़ नहीं पाये थे, लेकिन महेश ने कोलकाता जाने वाली ट्रेन में सवार होने से पहले अपनी पत्नी से वादा किया था कि वह चौथे बच्चे को जरूर पढ़ाएंगे।

कोलकाता में महेश के चाचा हरिराम का एक दोस्त कई टैक्सियों का मालिक था और वह महेश को चलाने के लिए एक टैक्सी देने को तैयार हो गया था। दलित समुदाय से आने वाले 30 साल से भी कम उम्र के महेश को लगा कि उनकी नई जिंदगी शुरू हुई है। छह महीने तक उन्होंने दिन-रात काम किया और कमाई का ज्यादातर हिस्सा घर भेजा। वक्त मुश्किल था, लेकिन उन्हें लगा था कि उसकी जिंदगी सुधर रही है।

और फिर कोविड-19 महामारी आ गई।

सरकार ने देशभर में कठोर लॉकडाउन लगा दिया जिसमें फंस चुके और बेघर हो चुके महेश जैसे अधिकांश प्रवासी अपने गाँवों की ओर लौटने के लिए बेचैन हो गये। हर महीने 14000 रुपए कमाने वाले महेश की कमाई लगभग रुक गई। वह घर का किराया नहीं दे सकते थे और न कोलकाता में गुजारा कर सकते थे। उससे भी बुरा यह है कि उनके पास घर भेजने के लिए भी पैसा नहीं था। महेश चिंता में पड़ गए कि उनकी वजह से उनकी पत्नी और मां को दोबारा खेतों में ठेका मजदूर का काम करना होगा, जहाँ काम का माहौल बेहद खराब होता है और कमाई भी बहुत कम होती है। सबसे बड़ी बात कि उन्हें यह डर भी था कि कहीं उन्हें कोविड-19 न हो जाए। उनके पास न जरूरी दस्तावेज थे और न ही शहरी स्वास्थ्य व्यवस्था तक पहुँच थी।

जिस उम्मीद के साथ छह महीने पहले वह कोलकाता आए थे, वो उम्मीद मिट्टी में मिल गई थी। कई मौकों पर उन्होंने अपनी जिंदगी खत्म कर लेने की सोची।^[14]

अगर महेश ने अपनी जिंदगी खत्म कर ली होती, तो भी हम उनके बारे में नहीं जान पाते क्योंकि वह कोलकाता की दूर किसी मलिन बस्ती में रहते थे और इन बस्तियों में मरने वाले गरीब व दलित प्रवासी की कहानी राष्ट्रीय अखबारों की खबर नहीं बनती। तो क्या उनकी मृत्यु कम मायने रखती है? या कोई मायने रखती भी है कि नहीं?

भारत में आत्महत्या को लेकर हमारी प्रतिक्रिया और आत्महत्या की रोकथाम को लेकर हमारी सोच में बुनियादी बदलाव लाना होगा। आत्महत्या की रोकथाम को लेकर मौजूदा सोच आत्महत्या को किसी व्यक्ति की निजी समस्या (जैसे “महेश अपने परिवार में इकलौता कमाने वाला व्यक्ति होने का दबाव नहीं झेल पाए”) के तौर देखती है और इसके परिणामस्वरूप आत्महत्या के जोखिम और इसकी रोकथाम से जुड़ी जटिलताओं की अनदेखी हो जाती है।

आत्महत्या की रोकथाम के तरीकों को समझने और उस पर काम करने के लिए व्यापक नजरिया चाहिए, जिसमें इससे जुड़े तमाम जोखिम पहलुओं को ध्यान में रखा जाता हो।

आत्महत्या की रोकथाम के

6

दृष्टिकोण

1.

व्यवस्थागत
दृष्टिकोण



2.

एक समुदाय आधारित
दृष्टिकोण



3.

एक इंटरसेक्शनल
दृष्टिकोण



मिथक:

मानसिक रूप से असंतुलित लोग ही आत्मघाती होते हैं।

तथ्य:

आत्महत्या का विचार और आत्महत्या एक गहरे अवसाद की ओर इशारा करता है और ये बिल्कुल भी जरूरी नहीं है कि यह अवसाद मानसिक असंतुलन का परिणाम हो। मानसिक तौर पर असंतुलित बहुत लोग आत्महत्या के बारे में नहीं सोचते हैं। वहीं, बहुत सारे लोग आत्महत्या कर लेते हैं, लेकिन वे मानसिक तौर पर असंतुलित नहीं होते।



4.

एक मनोवैज्ञानिक
सामाजिक दृष्टिकोण



5.

एक अधिकार
आधारित दृष्टिकोण



6.

एक इंटरसेक्टरल
दृष्टिकोण



1.

एक व्यवस्थागत दृष्टिकोण



सार्वजनिक बातचीत में आत्महत्या को आम तौर पर एक व्यक्तिगत समस्या या निजी चुनाव के तौर पर देखा जाता है। इस वजह से हम आत्महत्या के की कोशिश करने के लिए प्रेरित करने वाले सामाजिक, आर्थिक और/या राजनीतिक तत्वों को आत्महत्या के कारण के रूप में नहीं देख पाते हैं।

उदाहरण के तौर पर महेश के मामले में ऐसे कई हालात थे, जो उन्हें आत्महत्या के बारे में सोचने के लिए मजबूर कर सकते थे। सबसे पहले तो अगर वे गरीब और जातिगत भेदभाव का शिकार न होते, तो शायद उन्हें अपने परिवार को छोड़कर रोजगार के बेहतर विकल्प के लिए पलायन कर शहर की ओर नहीं जाना पड़ता। महेश को अपना बैंक एकाउंट खुलवाने और कमाई से कुछ बचत करने में रुकावट आई। अगर देश में सामाजिक सुरक्षा का लाभ लेना आसान होता, तो मुश्किल समय में भी वे कोलकाता में रह पाते और लॉकडाउन के चलते रोजगार छिन जाने के बाद भी हालात से लड़ लेते। ऐसे हालातों की सूची लंबी है।

भारत में 18 से 29 साल की उम्र के लोगो में आत्महत्या की दर सबसे अधिक है, लेकिन इस समूह में भी हाशिए पर जीने वाले समूहों के युवा खास कर दलित, बहुजन, आदिवासी (डीबीए) समुदायों की संख्या अधिक है।^[15] मीडिया रपटों के मुताबिक, एक दशक से भी कम समय में देश के अग्रणी शैक्षणिक संस्थानों में जातिगत भेदभाव और संस्थागत जातिवाद के चलते 25 दलित छात्रों की आत्महत्या करने से मौत हो गई है। बहुत

संभव है कि यह आँकड़ा वास्तविक संख्या के मुकाबले कम हो। धार्मिक रूप से अल्पसंख्यकों में आत्महत्या के पीछे व्यवस्थागत वजहों की भूमिका देखी जाती है। इसाइयों में आत्महत्या की दर प्रति 1,00,000 लोगों पर 17.4 है, जो 10.6 के राष्ट्रीय औसत से काफी ज्यादा है।^[16]

वंचित समूहों में न केवल आत्महत्या का जोखिम अधिक है बल्कि वे संस्थागत राहत खासकर सरकारी सुविधाएँ, स्वास्थ्य, रोजगार, मानसिक स्वास्थ्य सहयोग आदि तक उनकी पहुँच कम है, जबकि ये सब आत्महत्या की रोकथाम में मदद कर सकते हैं।

इसी वजह से व्यवस्थागत भेदभाव की पहचान कर इससे निपटना आत्महत्या की रोकथाम का एक अहम हिस्सा है। यह आत्महत्या को लेकर उस भ्रामक नैरेटिव से ध्यान हटाने में मदद करता है कि आत्महत्या व्यक्ति का निजी चयन है, बल्कि इसमें ढाँचागत और व्यवस्थात्मक कार्य की भूमिका को स्वीकार किया जाता है। एक वृहद व्यवस्था की तरफ ध्यान देने से ज्यादा समग्र दृष्टिकोण मिलता है, जिसमें जोखिम तत्वों के समाधान के लिए कई तरह की रणनीतियाँ एकसाथ काम करती हैं। हमने पूर्व में देखा है कि इस तरह की रणनीतियाँ कई मौकों पर काफी सफल रही हैं, चाहे वो साल 1990 के वक्त पोलियो उन्मूलन अभियान हो या देशभर में प्राथमिक स्कूलों में सभी बच्चों का नामांकन। आत्महत्या की रोकथाम के मामले में भी व्यवस्थागत पद्धति कुछ अलग नहीं है।

“

जैसे महिलाएँ स्त्रीद्वेष झेलती हैं, वैसे ही मुस्लिम इस्लामोफोबिक भेदभाव और कट्टरता झेलते हैं। करियर में सफलता के जरिए खुद को शिक्षा पाने लायक साबित करने का दबाव उनमें तनाव, चिंता और शारीरिक बीमारी का कारण बनता है।”

-सबह खान

2.

समुदाय आधारित दृष्टिकोण



आत्महत्या की रोकथाम को लेकर वर्तमान में चल रहे कार्यों के एक बड़े हिस्से को इस विचार के साथ विकसित किया गया है कि केवल मानसिक स्वास्थ्य चिकित्सक या विशेषज्ञ ही आत्महत्या रोकथाम पर काम कर सकते हैं। लेकिन सच तो यह है कि लोग अपनी जिंदगी को खुद सबसे बेहतर तरीके से समझते हैं और आत्महत्या के प्रभाव को आत्महत्या की कोशिश करने वाला व्यक्ति, उसका परिवार और उसका समुदाय सबसे ज्यादा महसूस करता है। इसलिए आत्महत्या की रोकथाम के लिए विकेंद्रित, समुदाय आधारित हस्तक्षेप की जरूरत है जो भौतिक और अमूर्त संसाधनों का इस्तेमाल कर समुदायों के कल्याण को बढ़ावा देता हो। यह समुदाय ही है जो अपने लोगों के तनाव को समझता है और इसलिए समुदाय ही अपने लोगों को तनाव से बाहर निकलने में सहयोग कर सकता है।

समुदाय लोगों का एक समूह है जो एक ही जगह रहता है या उनमें एक या एक से अधिक विशेषताएँ मसलन लैंगिक, जातिगत और सक्षमता आदि पाई जाती हैं। समुदाय आधारित देखभाल के अंतर्गत जरूरतमंदों को समुदाय के लोग या स्थानीय संगठन द्वारा सेवाएँ व सहयोग देना शामिल है। यह कई तरह से हो सकता है जैसे – आत्महत्या से प्रभावित लोगों के लिए सहायता समूह, जागरूकता अभियान, आत्महत्या की कोशिश के मामले में सहायता देने के लिए सूचना का संग्रह आदि।

महेश के मामले में हमने देखा कि अगर महेश को समान हालात से जूझ रहे लोगों का साथ मिलता तो वह खुद को बेसहारा महसूस नहीं करते। दुर्भाग्य से कोलकाता में नया होने के चलते महेश की अपने ही समुदाय तक पहुँच नहीं थी। उनके सभी सामाजिक संपर्क गाँव में छूट गए थे और इसलिए उनके पास कोई ऐसा कोई मददगार व्यक्ति नहीं था, जिससे वह आत्महत्या का ख्याल आने पर मदद के लिए गुहार लगा पाते।

“

“जहाँ आत्महत्या की बात आती है, तो हमें सार्वजनिक नजरिए को सही राह पर लाने की जरूरत है। स्टिग्मा का तोड़ समर्थन समूह है, जो सुरक्षित सहयोगात्मक माहौल तैयार करता है और आत्महत्या के नुकसान के अनुभव को सामान्य बनाता है। आत्महत्या से नुकसान के भुक्तभोगी होने के कारण हम उस नुकसान को भूलकर आगे नहीं बढ़ पाते बल्कि उस नुकसान के साथ जीते हैं।”

- डॉ नंदिनी मुरली

मिथक:

ज्यादातर आत्महत्याएँ बिना किसी चेतावनी के अचानक होती हैं।

तथ्य:

आत्महत्या की ज्यादातर घटनाओं से पहले संकेत मिलते हैं, भले ही वे मौखिक हो या व्यवहारिक। हाँ, कुछ आत्महत्याएँ बिना किसी पूर्व चेतावनी के घटती हैं, लेकिन चेतावनी के उन संकेतों को समझना और पहचान करना जरूरी है।

ऐसे में समुदाय आधारित दृष्टिकोण लोगों की देखभाल और मदद मांगने में आनेवाली रुकावटों को हटाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इसके कुछ महत्वपूर्ण पहलू नीचे दिए गए हैं-

- समुदाय आधारित दृष्टिकोण संकट के समय समुदाय तक सेवा की पहुंच आसान बनाती है। यह पद्धति न केवल महंगे, विशेषज्ञों के हस्तक्षेप की जरूरत कम करती है, बल्कि जरूरतमंदों के इन सुविधाओं तक पहुंचने में होने वाले खर्च में भी कमी लाती है। कम संसाधन वाली स्थितियों में ये दोनों ही बहुत महत्वपूर्ण हैं।
- इस दृष्टिकोण में ऐसे प्रयास आते हैं, जिनका नेतृत्व समुदाय के ही वे लोग करते हैं, जिनके पास जिया हुआ अनुभव है। इससे इन सेवाओं के लाभुकों के बीच भरोसा मजबूत होता है और बेहतर समझ बनती है। इससे लोगों में जरूरत पड़ने पर मदद लेने की संभावना बढ़ जाती है।
- समुदाय आधारित देखभाल कई भाषाओं में सहयोग उपलब्ध करा सकती है। इस तरह के प्रयास ज्यादा समेकित होते हैं और इससे पीड़ित व्यक्ति की परिस्थिति की गहरी समझ बनाने में मदद मिलती है। यह खास तौर से हाशिए पर रहने वाले समुदाय के लिए बहुत जरूरी है, जो किसी अन्य व्यवस्था में भेदभाव का शिकार हो सकते हैं।
- यह दृष्टिकोण न केवल संकट की स्थिति से बाहर निकलने बल्कि संकट को उत्पन्न ही न हो, इसके लिए सामूहिक प्रयास तैयार करने में समुदाय की मौजूदा विशेषज्ञता का इस्तेमाल करती है। यह स्टिग्मा से लड़ने के लिए जन विमर्श, आत्महत्या से दुखी लोगों को मदद और सांस्कृतिक रूप से अनुकूल सहयोग को प्रोत्साहन दे सकता है।

आत्महत्या की रोकथाम में समुदाय आधारित दृष्टिकोण से ज्यादा फायदा होने की संभावना होती है, क्योंकि आत्महत्या एक जटिल मुद्दा है। आत्महत्या की वजह बनने वाले तत्व अलग-अलग लोगों के लिए अलग होते हैं। उदाहरण के लिए किसान आत्महत्याओं का सामाधान छात्र आत्महत्याओं के समाधान की तरह नहीं किया जा सकता है, इसलिए हर आत्महत्या के लिए एक तरह का दृष्टिकोण काम नहीं करेगा। इसकी जगह हमें ऐसे दृष्टिकोण चाहिए, जो पीड़ित समुदाय को ध्याम में रखकर तैयार किया गया हो।

3.

इंटरसेक्शनल दृष्टिकोण



आत्महत्या किसी एक वजह से नहीं होती है। सामान्यतः ये दैनिक जीवन में होने वाली घटनाएँ व अनुभव हैं, जो लोगों के भीतर तनाव पैदा करते हैं और आत्महत्या का कारण बनते हैं। इंटरसेक्शनैलिटी का मतलब लिंग, वंश, वर्ग, जाति, लैंगिक पहचान, धर्म, लैंगिक रुझान व अन्य आधार पर होनेवाले उत्पीड़न की पहचान करना है। यह दृष्टिकोण किसी व्यक्ति की खुशहाली और स्वास्थ्य के विभिन्न कारकों का एक दूसरे से जुड़ाव और प्रभाव को रेखांकित करता है। उदाहरण के लिए मनी-सामाजिक विकलांगता से प्रभावित एक मुस्लिम महिला न केवल अपने लैंगिक भेदभाव बल्कि अपनी विकलांगता और धर्म के चलते भी उत्पीड़न महसूस करेगी। इसी तरह महेश अपनी जाति और वर्ग के चलते उत्पीड़न महसूस करेगा। और वह इस तरह का उत्पीड़न अलग-अलग तरह से जिंदगी भर महसूस करेगा।

आत्महत्या की रोकथाम की एक इंटरसेक्शनल समझ यह सुनिश्चित करती है कि हम कई तरह के उत्पीड़नों के क्षेत्रों को पहचानें और यह भी देखें कि यह उत्पीड़न कैसे लोगों को हाशिए पर धकेलने के लिए काम करते हैं और आत्महत्या का जोखिम बढ़ाते हैं।

4.

एक मनोवैज्ञानिक-सामाजिक दृष्टिकोण



एक व्यक्ति का सामाजिक वातावरण (जैसे कि जहाँ वे रहते हैं या जिस समुदाय से ताल्लुक रखते हैं) उसकी मनोवैज्ञानिक प्रतिक्रिया (भावनाएँ, विचार, एहसास और प्रतिक्रिया) पर लगातार प्रभाव डालता है और संवाद करता है। जैसे दलित (सामाजिक संदर्भ) समुदाय से होने के कारण महेश ने लगातार जातिगत भेदभाव झेला, जिसकी वजह से उसके मन पर प्रभाव पड़ा और वह कमजोर हुआ। इसलिए आत्महत्या की रोकथाम को लेकर मनी-सामाजिक पद्धति व्यक्ति और उसके वातावरण के बीच के संबंध पर स्पष्ट रूप से रेखांकित करती है। ऐसा करते हुए यह दृष्टिकोण उस संकुचित परिप्रेक्ष्य से बच जाती है, जिसमें एक व्यक्ति को सिर्फ जैविक या मेडिकल नजर से देखा जाता है और इसकी अनदेखी की जाती है कि एक व्यक्ति जो कुछ महसूस करता है उसमें उसके आसपास के माहौल की भूमिका हो सकती है। इसलिए इस तरह की पद्धति हमें आत्महत्या को उन जटिल तरीकों के परिणाम के रूप में देखने की इजाजत देगी, जिनमें एक व्यक्ति दैनिक जीवन में अनुभव करता है।

एनसीआरबी के ताजा आँकड़ों में, भारत में हुई खुदकुशी में से एक तिहाई आत्महत्या की वजह पारिवारिक समस्याएँ बताई गई हैं।^[17] इसलिए सहायता और देखभाल मुहैया कराने के लिए व्यक्ति की मानसिक स्थिति को प्रभावित करने वाले संबंधों और सामाजिक-सांस्कृतिक तत्वों को ध्यान में रखना बहुत जरूरी है। जहाँ तक आत्महत्या की बात आती है, तो चिकित्सीय देखभाल के साथ सामाजिक सहयोग का प्रावधान रोकथाम और/या प्रतिक्रिया आधारित हो सकता है। इस तरह के प्रयासों में कई क्षेत्र शामिल होते हैं जिनमें खाद्य सुरक्षा, पानी, आवास, ठिकाना, शिक्षा, साफसफाई, कानूनी सहयोग और रोजगार में सहयोग आदि शामिल हैं।

5.

एक अधिकार आधारित

दृष्टिकोण



मनो-सामाजिक दृष्टिकोण की तरह ही आत्महत्या के विचार और आत्महत्या को सामाजिक, राजनीतिक और सांस्कृतिक संदर्भों से अलग नहीं देखा जा सकता है। शोध बताते हैं कि गरीबी, सामाजिक और आर्थिक तौर पर अलग-थलग करना, हिंसा, भेदभाव और सामाजिक और प्रजनन स्वास्थ्य सुविधाओं तक सीमित पहुँच आदि मानसिक तनाव से गहराई से जुड़े हुए हैं और इसके परिणामस्वरूप आत्महत्या की दरों में इजाफा होता है।^[18] भारत में आत्महत्या से मौत की घटनाएँ युवा पुरुषों के मुकाबले युवा महिलाओं में ज्यादा होती हैं, जो वैश्विक ट्रेंड से बिल्कुल अलग है। शादीशुदा महिलाओं में आत्महत्या की दर और भी खराब हो जाती है। आँकड़ों के मुताबिक, जितनी महिलाएँ आत्महत्या करती हैं, उनमें युवा विवाहित महिलाओं की तादाद ज्यादा होती है। इससे साफ होता है कि लैंगिक और यौनिकता को लेकर कठोर रीति-रिवाज, आत्मविश्वास की कमी, सीमित आजादी और जल्दी विवाह और गर्भवती होने का डर युवा महिलाओं के मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य को अधिक प्रभावित करते हैं।^[19]

अधिकार आधारित दृष्टिकोण की जड़ में सामाजिक तत्वों के कारण लोगों की सलामती और इससे जुड़े नकारात्मक प्रभाव को स्पष्ट रूप से स्वीकार करना है। सामाजिक सेवाएँ, श्रम अधिकार, बच्चों के अधिकार, आवास का अधिकार व अन्य सुविधाएँ उपलब्ध कराने में मदद के जरिए समाज में व्याप्त गैर-बराबरी को दूर कर आत्महत्या की घटनाओं में कमी लाने में मदद की जा सकती है। उदाहरण के लिए महेश के मामले को लिया जा सकता है। अगर हम सरकारी स्कीमों को महेश और उसके जैसे अस्थाई व प्रवासी मजदूरों के लिए सुलभ बनाते या इन स्कीमों का लाभ दिलवाने में मदद करते, तो इसका मतलब होता कि हम अधिकार आधारित पद्धति अपना रहे हैं।

दूसरे शब्दों में इस तरह का दृष्टिकोण स्टिग्मा, भेदभाव, हिंसा और असमानता को कम करने के लिए प्रयासों के जरिए सकारात्मक और जोखिम रहित माहौल तैयार करने पर प्रकाश डालता है। यह आत्महत्या का जिया हुआ अनुभव करने वाले लोगों की कहानियों और उनकी आवाजों को केंद्र में रखती है और आत्महत्या की रोकथाम से जुड़ी रणनीतियों में उनकी भागीदारी पर जोर देती है।

मिथक:

जो लोग आत्महत्या की बात कहते हैं, वे आत्महत्या नहीं करते।

तथ्य:

जो लोग आत्महत्या की बात कहते हैं, हो सकता है कि वे मदद या सहयोग चाहते हैं। बहुत सारे लोग जो आत्महत्या का रास्ता चुनते हैं वे नाउम्मीदी, निराशा और तनाव से गुजर रहे होते हैं और शायद वे यह सोचते हैं कि उनके पास इसके अलावा और कोई विकल्प नहीं है।

6.

इंटरसेक्टरल दृष्टिकोण



जब हम आत्महत्या को सिर्फ मानसिक स्वास्थ्य की नजरों से देखते हैं, तो हमसे आत्महत्या का जोखिम बढ़ाने वाली कुछ दूसरी वजहें छूट सकती हैं। इसलिए मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधानों के अलावा कानून, सामाजिक कार्य, स्वास्थ्य सेवाओं, लोक नीतियों आदि के साथ विभिन्न सेक्टरों (इंटरसेक्टरल) को जोड़ने और सहयोग की जरूरत है। सभी सफल रणनीतियों को स्वास्थ्य क्षेत्र के साथ-साथ दूसरे प्रासंगिक क्षेत्रों मसलन कृषि (कीटनाशक खाकर आत्महत्या करना एक बड़ा मुद्दा है), शिक्षा (छात्रों में आत्महत्या की घटनाएँ ज्यादा होती हैं) या रोजगार (आजीविका का साधन छिन जाने से बड़े स्तर पर आत्महत्याएँ होती हैं) को जोड़ने की जरूरत होगी। इसी तरह के आपसी सहयोग से हम भारत में आत्महत्या में भूमिका निभाने वाले सामाजिक, राजनीतिक और आर्थिक कारकों जैसे जानलेवा कीटनाशक की आसानी से उपलब्धता, लैंगिक हिंसा और कर्ज आदि का सामाधान कर सकते हैं।

महेश की कहानी बताती है कि आत्महत्या रोकने में किस प्रकार तमाम तरह के प्रयास जैसे मानसिक स्वास्थ्य सहयोग, परिचितों का सहयोग, सामाजिक कल्याण नीतियों को लागू कराने या स्वास्थ्य व रोजगार के प्रावधान की भूमिका है। हमें इन सिद्धांतों पर आधारित आत्महत्या रोकथाम की समग्र सोच विकसित करने की जरूरत है। इस तरह कई रणनीतियों पर एक साथ काम करने से देश में आत्महत्या दर को कम करने का बड़ा लक्ष्य हासिल किया जा सकता है।

यह जरूरी नहीं है कि सभी को सारी रणनीतियों पर ही एकसाथ काम करना चाहिए। सच तो यह है कि हम आसानी से हासिल होने वाले लक्ष्यों को ध्यान में रखकर उन क्षेत्रों पर काम कर सकते हैं, जहाँ हमें महसूस होता है कि हम में बदलाव लाने की विशेषज्ञता और हौसला है। चूँकि भारत में आत्महत्या की रोकथाम पर काम अभी अपने शुरुआती चरण में है, इसलिए इसमें बहुत कुछ करने का मौका है। हम दूसरों के साथ साझेदारी कर और साथ मिलकर प्रभावित समुदाय के लिए अनुकूल माहौल तैयार कर सकते हैं। इन छह सिद्धांतों में से कुछ को लेकर जमीनी स्तर पर प्रयास करने से हमें आत्महत्या की रोकथाम के मुद्दे को प्रभावी, सर्वांगीण और मानवीय तरीके से निपटने में मदद मिलेगी।

आत्महत्या रोकथाम और जन स्वास्थ्य - डब्ल्यूएचओ की रूपरेखा



रेवती आदिकाल का 17वाँ जन्मदिन बिल्कुल अलग था। इसकी शुरुआत उसके पिता की घोषणा के साथ हुई कि उन्होंने उसकी शादी के लिए 'कोच्चि के एक होनहार युवा के परिवार से बात की है, जो एक बेहतर पति साबित होगा।' पिता ने कह दिया कि उसे साल के अंत तक शादी करनी है।

केरल के एक छोटे से शहर कोझिकोड के एक पारंपरिक परिवार में पत्नी-बढ़ी रेवती को ये अनुमान था कि जब उसकी शादी की बात आएगी, तो उसे एक लड़ाई लड़नी होगी। लेकिन उसे ये नहीं पता था कि उसकी इच्छाओं की इस तरह अनदेखी कर दी जाएगी। हालांकि उसने आने वाले हफ्तों में प्रतिरोध किया। अपनी माँ और दादी से हस्तक्षेप की अपील की, मगर उसके पिता नहीं झुके। झुकते भी कैसे, उसके समुदाय में इतनी उम्र तक कुछेक अविवाहित लड़कियों में रेवती भी थी।

रेवती डॉक्टर बनना चाहती थी। मगर अब वह एक ऐसे शहर में जा रही थी, जहां किसी को भी नहीं जानती थी। वह एक ऐसे व्यक्ति से शादी करने जा रही थी, जिससे वह कभी मिली नहीं। रेवती असहाय महसूस करने लगी। अगले छह महीने के अंदर वह मनोज के साथ नई जिंदगी शुरू करने के लिए कोच्चि खाना हो रही थी। 18वें जन्मदिन तक वह गर्भवती थी।

शहर में बिल्कुल अकेली रेवती को पता चलने लगा कि वह पूरी तरह अपने पति पर निर्भर है। वह लाचार महसूस करने लगी। वह अब भी काफी युवा थी। वह गर्भवती होने तथा बच्चा जनने व इसके साथ आने वाली जिम्मेदारियों के लिए शारीरिक और मानसिक तौर पर बिल्कुल तैयार नहीं थी। बहुत कम उम्र में ब्याह दी गई रेवती को यह महसूस नहीं हुआ कि वह वापस अपने माता-पिता के पास लौट सकती है। रेवती के मन में कम उम्र के कारण बच्चे को जन्म देने व उसके पालन-पोषण को लेकर पनप रही असुरक्षाओं और चिंताओं को डॉक्टर के सामने जाहिर करने का मौका नहीं मिला, क्योंकि ये सब बताने में वह असहज महसूस कर रही थी।

दूसरी तिमाही आते-आते रेवती और ज्यादा चिंतित रहने लगी थी। बच्चे के जन्म लेने के बाद उसका अवसाद और बढ़ गया। कुल मिलाकर उसने 18 महीने तक प्रसवकालीन अवसाद (गर्भवती होने से लेकर बच्चे के जन्म लेने के दौरान का अवसाद, जो बच्चे के जन्म के बाद एक साल तक भी खिंच सकता है) झेला। इससे उबरने के लिए खुद को नुकसान पहुँचाने के अलावा और कोई नहीं दिख रहा था। इस ख्याल के साथ ही उसमें अपराधबोध की भावना घर करने लगी। इससे वह खुद को और भी फंसा हुआ महसूस करने लगी। रेवती को एहसास होने होने लगा कि इस दमघोटू हालात से बाहर निकलने का कोई रास्ता नहीं।

समाज में रेवती जैसी अनेक कहानियां मौजूद हैं। छह से 48 प्रतिशत भारतीय माताएँ तनाव झेलती हैं।^[20] साल 2019 में किसानों के मुकाबले ज्यादा महिलाओं की मृत्यु आत्महत्या करने से हुई थी।^[21] आम तौर पर जब कम उम्र में महिलाओं की जबरन शादी कराई जाती है, तो उनमें से कई महिलाएँ स्कूल छोड़ने को मजबूर हो जाती हैं। इसके बाद आर्थिक तौर पर उन्हें पूरी तरह से अपने पतियों पर निर्भर होना पड़ता है। इससे घर में उनकी निर्णय लेने की क्षमता प्रभावित होती है, जो उन्हें घरेलू हिंसा और दुर्व्यवहार को लेकर ज्यादा असुरक्षित बनाती है। सबसे अहम कि लैंगिक व प्रसव स्वास्थ्य तथा अधिकारों को लेकर महिलाओं को खुद से निर्णय लेने की क्षमता प्रभावित होती है। जहां लोग रहते हैं, काम करते और तरक्की करते हैं, वे माहौल उनके मानसिक और शारीरिक स्वास्थ्य को प्रभावित करते हैं। लेकिन, इन कारणों को समझने और इसकी रोकथाम पर बहुत कम या बिल्कुल भी ध्यान नहीं दिया जाता है।

रेवती के प्रसवकालीन अवसाद ने न केवल उसे आत्महत्या के जोखिम में डाला बल्कि उसके बच्चे के शारीरिक व मानसिक विकास पर बुरा असर होने का जोखिम बढ़ा दिया।^[22] जब आत्महत्या की बात आती है, तो यह तो साफ है कि सामाजिक व जैविक जोखिम तत्व जटिल हैं और इसे समझने और इसकी रोकथाम के लिए समग्र दृष्टिकोण अपनाने की जरूरत है।

आत्महत्या की रोकथाम: एक वैश्विक अनिवार्यता

साल 2014 में विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) ने 'प्रीवेंटिंग सुसाइड: ए ग्लोबल इंपैक्टिव' नाम से एक रिपोर्ट प्रकाशित की, जो आत्महत्या की रोकथाम के लिए जन स्वास्थ्य मॉडल पेश करती है। रिपोर्ट में बताया गया है कि दुनियाभर में मृत्यु की प्रमुख वजह होने के बावजूद जन स्वास्थ्य की प्राथमिकताओं में आत्महत्या काफी पीछे है।

एक जन स्वास्थ्य पद्धति वह है जो एक आबादी के बीच जोखिम तत्वों की शिनाख्त कर किसी खास बीमारी या सामाजिक समस्या (जैसे महिलाओं से हिंसा) की रोकथाम या उसका प्रभाव कम करने की कोशिश करती है। इसके बाद अंतर्निहित जोखिम तत्वों को खत्म करने का लक्ष्य लेकर नीतियों और कार्यक्रमों का निर्धारण किया जाता है। उदाहरण के लिए, कई तरह के जोखिम तत्व मानसिक समस्या के लिए जिम्मेदार होते हैं। रेवती के मामले में रूढ़ीवादी लैंगिक रीति-रिवाज एक वजह हो सकती है। इससे जाहिर होता है कि रूढ़ीवादी लैंगिक रीति-रिवाज को बदलने या खत्म करने वाले सामाजिक कार्यक्रम मानसिक समस्या को कम करने के लिए एक कारगर रणनीति हो सकता है।

किसी भी जन स्वास्थ्य दृष्टिकोण का मतलब ऐसी रणनीतियां बनाने से है, जो आबादी के अधिक से अधिक लोगों को फायदा पहुंचाने वाला हो। यह स्वास्थ्य, शिक्षा, सामाजिक सेवाएँ, निजी क्षेत्र व अन्य विभिन्न सेक्टरों से मिलने वाले सुझावों पर एक साथ काम करने पर जोर देता है।

आत्महत्या रोकथाम के मामले में पूरी आबादी के स्वास्थ्य के वृहद संदर्भ में वैयक्तिक स्वास्थ्य पर ध्यान देना निम्नलिखित कारणों से ज्यादा प्रभावशाली हो सकता है:

- आत्महत्या और आत्महत्या की गतिविधियों से जुड़े स्टिग्मा लोगों को मदद लेने से रोकते हैं। इसी स्टिग्मा की वजह से रेवती ने अपने डॉक्टर से मदद लेने में खुद को असमर्थ महसूस किया। लोक स्वास्थ्य रणनीति पीड़ित व्यक्ति की मदद लेने में असमर्थता उस खास व्यक्ति की समस्या न होकर एक वृहद स्तर पर मौजूद रुकावटों को रेखांकित करती है। इसके लिए जरूरी है कि बहुत सारे स्तर पर अनेक लोगों को शामिल किया जाए जैसे मातृ स्वास्थ्य सेवाओं में मानसिक स्वास्थ्य को भी शामिल करना।
- यह हमें आत्महत्या के विचार और आत्महत्या को प्रभावित करने वाले पहलुओं को पहचानने और इसके समाधान की

तरफ ले जाता है। वृहद स्तर पर यह माना जाता है कि आत्महत्या जैविक, सामाजिक, आर्थिक, मनोवैज्ञानिक और सांस्कृतिक पहलुओं का परिणाम है, इसलिए हमें आत्महत्या की रोकथाम के लिए (एकल पद्धति की जगह) बहुआयामी पद्धति अपनानी चाहिए।

जन स्वास्थ्य मॉडल से जुड़े चार स्तम्भ इस प्रकार हैं:

1. समस्या की पहचान और उसे परिभाषित करने के लिए आँकड़ों का इस्तेमाल:

आत्महत्या में 'कौन', 'क्या', 'कब', 'कहाँ' और 'कैसे' समुदायों, अलग-अलग भौगोलिक स्थितियों और अलग-अलग कालखंडों में बदलता रहता है। इसलिए आत्महत्या और आत्महत्या की कोशिशों को लेकर आँकड़े और उच्च-गुणवत्तायुक्त आँकड़े आत्महत्या रोकथाम की किसी भी रणनीति के लिए काफी अहम होते हैं।

2. खुद को नुकसान पहुँचाने की वजहों को स्थापित करना:

एक बार आँकड़े मिल जाएँ, तो अगला कदम उन पहलुओं पर शोध करना है जो आत्महत्या के बारे में सोचने, आत्महत्या की कोशिश करने और आत्महत्या से मरने वाले लोगों में जोखिम को बढ़ाता है या कम करता है। इससे पता चलेगा कि आत्महत्या रोकथाम के प्रयासों में कहां ध्यान रखने की जरूरत है।

3. हस्तक्षेप- विकास, उन्हें लागू करना और उनका मूल्यांकन:

प्राप्त जानकारियों के आधार पर कार्यक्रम तैयार कर उसकी नियमित निगरानी की जा सकती है ताकि यह समझा जा सके कि आत्महत्या की रोकथाम में कौन सा हस्तक्षेप किस समुदाय के लिए काम करता है।

4. बड़े स्तर पर कार्यक्रम लागू हो, यह सुनिश्चित करना:

यह प्रभावी नीतियों तथा कार्यक्रमों को विभिन्न जगहों पर लागू कर उनके प्रभाव के लगातार आकलन पर जोर देता है।

आकृति 1: पब्लिक हेल्थ मॉडल

मिथक :

अगर किसी में आत्महत्या की प्रवृत्ति है, तो वह हमेशा बनी रहेगी।

तथ्य :

उच्च आत्महत्या जोखिम प्रायः थोड़े समय के लिए और स्थिति-आधारित होता है। हालांकि आत्महत्या के विचार दोबारा आ सकते हैं, लेकिन वे स्थाई नहीं हैं। अगर किसी व्यक्ति में पूर्व में आत्महत्या का विचार आ चुका है तथा वह पहले आत्महत्या की कोशिश कर चुका है, तो भी लम्बे समय तक उसमें आत्महत्या का विचार नहीं आ सकता है।

1.

निगरानी

.....

समस्या क्या है?

.....

आत्महत्या और आत्महत्या के विचार को परिभाषित करें।

2.

जोखिम और रोकथाम के पहलुओं को पहचानिए

.....

कारण क्या हैं और इन कारणों के प्रभाव को कम करने के क्या उपाय हैं?

.....

आत्महत्या का विचार क्यों आता है, कोई आत्महत्या क्यों करता है और इससे कौन प्रभावित होता है, यह पता करने के लिए शोध करें।

4.

कार्यान्वयन

.....

प्रभावशाली नीतियों व कार्यक्रमों को बड़े स्तर पर लागू करना

.....

भरोसेमंद व असरदार हस्तक्षेपों को लागू कर उनके प्रभाव और असर का मूल्यांकन करें।

3.

हस्तक्षेपों को विकसित कर उनका मूल्यांकन करें

.....

किस तरह का हस्तक्षेप किसके लिए प्रभावी हो सकता है?

.....

कारगर हस्तक्षेपों को जानने के लिए इसकी रूपरेखा, कार्यान्वयन और उनका मूल्यांकन करें।

लोक स्वास्थ्य मॉडल के अंतर्गत लोक स्वास्थ्य सेवाएं मुहैया कराने वाले सभी सार्वजनिक, निजी और स्वयंसेवी संगठन आत्महत्या की रोकथाम में अहम भूमिका निभा सकते हैं। आत्महत्या रोकथाम को लोक स्वास्थ्य प्रणाली से जोड़ने के लिए स्वास्थ्य मंत्रालय को एक राष्ट्रीय आत्महत्या रोकथाम नीति बनानी चाहिए। इस कार्य को आगे बढ़ाने में स्वास्थ्य मंत्रालय अग्रणी भूमिका निभानी चाहिए। उसे दूसरे मंत्रालयों के साथ मिलकर उनकी योजनाओं जैसे पेंशन, बेरोजगारी, कृषि लोन माफी, विकलांगता भत्ता आदि में आत्महत्या की रोकथाम से जुड़े पहलुओं को जोड़ना चाहिए।

आत्महत्या के जोखिम तत्व क्या हैं?

आसान शब्दों में कहें तो जोखिम तत्व वो है, जो एक व्यक्ति में आत्महत्या के ख्यालों और/या उन ख्यालों को अमल में लाने के खतरे को बढ़ाता है। प्रायः आत्महत्या की कोशिश के लिए मजबूर होने के पीछे कई वजहें होती हैं। यहां यह भी ध्यान देने वाली बात है कि केवल जोखिम तत्व की मौजूदगी स्वतः ही एक व्यक्ति को आत्महत्या के बारे में सोचने या आत्महत्या की कोशिश करने के लिए प्रेरित नहीं करती है। मिसाल के तौर पर बेरोजगारी और आर्थिक नुकसान झेलने वाले हर व्यक्ति में आत्महत्या करने के ख्याल नहीं आते हैं।

एक कारगर रोकथाम की रणनीति के लिए आत्महत्या के जोखिम तत्वों की समझ होनी चाहिए।

व्यक्तिगत तत्व और किसी व्यक्ति के आसपास का माहौल किस तरह एक दूसरे को प्रभावित करता है, इस पर फोकस

करते हुए विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) की रिपोर्ट ने जोखिम तत्वों को पाँच स्तरों पर बाँटा है: व्यवस्था, समाज, समुदाय, संबंध और व्यक्ति। ये सभी आपस में एक दूसरे से अलग नहीं हैं और प्रायः वे एक दूसरे से जुड़े हैं तथा एक दूसरे को प्रभावित करते हैं। रेवती के मामले में जोखिम तत्वों में कोच्चि में सामाजिक सहयोग की कमी; पति के साथ नाजुक संबंध; घर में महिला की भूमिका को लेकर समाज का दबाव आदि शामिल हैं। इसके साथ ही रेवती को यह डर भी था कि अगर वह डॉक्टर से सहयोग लेने जाएगी तो पति को मालूम पड़ जाएगा। रेवती के डर की वजह ये थी कि अमूमन डॉक्टर महिलाओं से जुड़े मुद्दों को लेकर परिवार के पुरुषों से बात करते हैं क्योंकि प्रायः महिलाओं को खुद के लिए निर्णय लेने की आजादी नहीं होती है। ये सब आपस में पृथक नहीं थे और इन सबने मिलकर ऐसे हालात बना दिए कि वह खुद को नुकसान पहुँचाने पर विचार करने लगी।

स्तर	व्याख्या	इससे जुड़े जोखिम तत्वों के उदाहरण
व्यक्ति	जैविक तत्व या व्यक्ति का निजी इतिहास, जो उसमें आत्महत्या के बारे में सोचने या आत्महत्या की कोशिश करने की आशंका बढ़ा देते हैं।	<ul style="list-style-type: none">● पारिवार में पूर्व में आत्महत्या की घटना● नौकरी या आर्थिक नुकसान● मानसिक बीमारी या असंतुलन● नशे का इस्तेमाल
संबंध	किसी व्यक्ति का अपने परिवार और दोस्तों के साथ संबंध	<ul style="list-style-type: none">● सामाजिक तौर पर अलग थलग या सामाजिक सहयोग की कमी● संबंधों में टकराव या रिश्ते खत्म होना
समुदाय	सामाजिक संस्थान जैसे स्कूल, कार्यस्थल और आस-पड़ोस जो आत्महत्या के विचारों को उकसावा दे सकते हैं।	<ul style="list-style-type: none">● भेदभाव● आपदा, युद्ध, नस्लीय टकराव आदि
समाज	सामाजिक तत्व जो लोगों को आत्महत्या के जोखिम की तरफ धकेलते हैं, जैसे विभिन्न वर्गों के बीच आर्थिक और सामाजिक असमानता को बढ़ाने वाली नीतियां।	<ul style="list-style-type: none">● बंदूक या कीटनाशकों जैसे माध्यमों तक पहुँच गलत मीडिया रिपोर्टिंग● मदद लेने के व्यवहार से जुड़े स्टिग्मा● सांस्थानिक तौर पर हाशिए पर धकेलना और● अलग-थलग करना
व्यवस्था	स्वास्थ्य व्यवस्था तक पहुँच नहीं होने से लोगों में आत्महत्या का जोखिम बढ़ जाता है।	<ul style="list-style-type: none">● स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँच में बाधा

आत्महत्या को लेकर प्रासंगिक और साक्ष्य आधारित हस्तक्षेप क्या हैं?

जोखिम तत्वों के आधार पर लोक स्वास्थ्य मॉडल तीन अलग-अलग स्तरों पर हस्तक्षेप करता है। ये हस्तक्षेप हैं – आबादी के स्तर पर (वैश्विक रणनीतियाँ), हाशिए के समूहों के बीच (चयनित रणनीतियाँ) और उनके बीच जिनमें खास तौर पर आत्महत्या का ख्याल और आत्महत्या का जोखिम अधिक होता है (सांकेतिक रणनीतियाँ)।

६६

“निर्णायक बदलाव के लिए सरकारी स्वास्थ्य व्यवस्था में प्रवेश अवश्य करना चाहिए। भारत की आबादी और स्तर को देखते हुए ऐसा करना आवश्यक है। हालांकि बहुत सारे संगठन बदलाव ला रहे हैं, हमें कठिन स्थानों और सार्वजनिक सुविधाओं में और अधिक प्रशिक्षित लोगों की जरूरत है।”

- केशव देसीराजू

रणनीति	परिभाषा	उदाहरण
वैश्विक रोकथाम (जैसे आबादी के स्तर पर)	आबादी में शामिल हर व्यक्ति के लिए	आत्महत्या को लेकर जागरूकता बढ़ाना; आत्महत्या के माध्यमों तक पहुँच को रोकना (जैसे कीटनाशक)
चयनित रोकथाम (उपसमूह के स्तर पर)	एक आबादी के भीतर मौजूद उपसमूह के लिए जिनमें उम्र, लिंग, पेशागत हैसियत या पारिवारिक इतिहास के आधार पर आत्महत्या का विचार या आत्महत्या की कोशिश करने का जोखिम अधिक हो।	उन समूहों के लिए हस्तक्षेप जो विस्थापन, आपदा, युद्ध, टकराव आदि झेल रहे हों
सांकेतिक रोकथाम (जैसे उच्च-जोखिम वाले लोगों के लिए)	खास लोगों के लिए जिनमें आत्महत्या का जोखिम अधिक हो	पूर्व में आत्महत्या की कोशिश कर चुके लोगों के लिए कार्यक्रम

दुनियाभर में प्रभावी आत्महत्या रोकथाम हस्तक्षेप



भारत में आत्महत्या रोकथाम से जुड़े कार्यक्रम बनाते समय पहले से मौजूद जानकारियों से बहुत कुछ सीखा जा सकता है। सच तो यह है कि ऐसी तमाम रणनीतियों के सबूत उपलब्ध हैं, जिनसे दुनिया के दूसरे हिस्सों में आत्महत्या की घटनाओं में सफलतापूर्वक कमी आई है। हम इसके आधार पर रणनीतियाँ तैयार कर सकते हैं।

इस भाग में हम ऐसे पाँच उदाहरणों का उल्लेख कर रहे हैं। इनमें नीतिगत बदलाव, सामाजिक सुरक्षा व अन्य सरकारी योजनाओं का लाभ दिलाने के कार्यक्रम, आत्महत्या हेल्पलाइन आदि शामिल हैं।

1.

श्रीलंका ने कैसे महज 10 सालों में आत्महत्या की दर को आधा कर दिया

2.

शर्तों पर आधारित कैश ट्रांसफर कार्यक्रम से कैसे **इंडोनेशिया** में आत्महत्या की घटनाओं में 20 प्रतिशत तक की कमी आई

3.

तमिलनाडु ने कैसे बेहतर परीक्षा व्यवस्था के जरिए छात्र आत्महत्या में कमी लाई

4.

ट्रेवर प्रोजेक्ट की सहयोगात्मक और इंटरसेक्टरल पद्धति ने किस तरह आत्महत्या के ख्यालों से जूझ रहे एलजीबीटीक्यू युवाओं की मदद की

5.

मनोरोग से ग्रस्त लोगों के लिए काम करने वाले **केयर ट्रांजिशन** ने किस तरह उनके जीवन के नाजुक मौके पर आत्महत्या के खतरे को कम किया

मिथक :

आत्महत्या पर बात करना गलत है और इससे लोगों को आत्महत्या के लिए उकसावा मिल सकता है।

तथ्य :

आत्महत्या से जुड़े स्टिग्मा के चलते आत्महत्या के विचार से जूझ रहे बहुत सारे लोगों को पता नहीं होता है कि किससे मदद लेनी चाहिए। खुलेआम आत्महत्या पर बात करने से आत्महत्या को बढ़ावा नहीं मिलता, बल्कि किसी व्यक्ति को दूसरा विकल्प या उसे अपने निर्णय पर दोबारा सोचने का वक्त दे सकता है, जिससे आत्महत्या को रोका जा सकता है।

1. श्रीलंका ने कैसे महज 10 सालों में आत्महत्या की दर को आधा कर दिया

.....



दो करोड़ की आबादी वाला द्विपीय देश श्रीलंका सबसे अधिक आत्महत्या दर वाले देशों में एक रहा है। साल 1950 से 1995 के बीच श्रीलंका में आत्महत्या की दरों में आठ गुना बढ़ोतरी हुई थी और साल 1995 में इसमें और भी तेजी आई थी। साल 1995 में हर 1,00,000 की आबादी पर 47 लोग आत्महत्या कर रहे थे।

साल 2005 में आत्महत्या दर गिरकर आधी हो गई। इस नाटकीय गिरावट की वजह क्या थी?

श्रीलंका में आत्महत्या की दर में कमी रणनीतिक उपायों के तहत कीटनाशक की पहुँच को नियंत्रित करने से आई। उस वक्त श्रीलंका में आत्महत्या के कुल मामलों में से 87 प्रतिशत मामले जहर खाकर आत्महत्या करने से जुड़े थे। इनमें से भी कीटनाशक खाने के मामले बहुत आम थे।^[23]

आत्महत्या रोकथाम के लिए श्रीलंका द्वारा चार महत्वपूर्ण कदम इस प्रकार हैं –

- साल 1983 में कीटनाशक रजिस्ट्रार की नियुक्ति। रजिस्ट्रार को कीटनाशक को लेकर नियमन और मानक तैयार करने का अधिकार दिया गया
- साल 1988 में राष्ट्रीय जहर सूचना केंद्र की स्थापना
- आत्महत्या पर राष्ट्रपति की निगरानी में टास्क फोर्स का गठन, जिसने साल 1997 में आत्महत्या की रोकथाम के लिए राष्ट्रीय नीति और एक्शन प्लान तैयार किया
- साल 1998 में श्रीलंका में आत्महत्या को अपराध की श्रेणी से हटा दिया गया

सबूत बताते हैं कि साल 1995 में डब्ल्यूएचओ क्लास-1 जहरीले कीटनाशक के आयात व बिक्री पर रोक तथा साल 1998 में इंडोसल्फान पर प्रतिबंध काफी कारगर रहे। इससे आत्महत्या की दर में कमी लाने पर बहुत प्रभाव पड़ा।^[24] साल 1986-1995 की तुलना में साल 1996-2005 के बीच 19,769 कम आत्महत्याएँ दर्ज की गईं। अन्य अप्रत्यक्ष वजहें जैसे बेरोजगारी, अल्कोहल सेवन, तलाक और श्रीलंका में हुए गृह युद्ध का आत्महत्या में गिरावट से कोई संबंध नहीं दिखा।

दुनियाभर में आत्महत्या में इस्तेमाल होने वाले तरीकों में कीटनाशक प्रमुख है।^[25] कम आय वाले देशों में अधिकांश घरों में कीटनाशक आसानी से उपलब्ध रहते हैं और विपरित परिस्थितियों में युवा अक्सर इसका सेवन कर लेते हैं। क्योंकि कीटनाशक खाकर आत्महत्या करने वालों में एक बड़ी संख्या ऐसे लोगों की होती है, जो क्षणिक उत्तेजना में ये कदम उठा लेते हैं। कीटनाशक की जगह दूसरे माध्यम का इस्तेमाल कम ही होता है। इसके बाद आत्महत्या के लिए व्यक्ति द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले माध्यमों को चुनने में उन माध्यमों की उपलब्धता की एक बड़ी भूमिका होती है। और इसलिए अधिकांश जहरीले कीटनाशकों के उत्पादन और/आयात पर नियंत्रण आत्महत्या की दरों में रोक लगाने की एक प्रभावी रणनीति है। डब्ल्यूएचओ ने भी हाल ही में आत्महत्या के माध्यमों को सीमित करने की नीति पर जोर दिया है। जान-बूझकर आत्मक्षति के माध्यमों तक पहुँच या उनकी उपलब्धता कम करने से आबादी के स्तर पर बड़ा बदलाव आ सकता है।

2. शर्तों पर आधारित कैश ट्रांसफर कार्यक्रम से कैसे इंडोनेशिया में आत्महत्या की घटनाओं में 20 प्रतिशत तक की कमी आई

...

27 करोड़ की आबादी के साथ इंडोनेशिया दुनिया का चौथा सबसे अधिक जनसंख्या वाला देश है। साल 2007 में इंडोनेशिया की सामाजिक सुरक्षा व्यवस्था में सुधार के बड़े प्रयास के तहत सरकार ने सशर्त नकद ट्रांसफर कार्यक्रम, केलुअर्गा हरपन (पीकेएच) शुरू किया, जो गरीब परिवारों को आर्थिक मदद देता है। इसे प्रायोगिक तौर पर साल 2007 में शुरू किया गया। यह योजना 6,00,000 घरों तक पहुँच गई और बाद में साल 2014 में 52 लाख घरों (देश के करीब 60 प्रतिशत उप-जिले) तक इसका विस्तार किया गया।

पीकेएच के तहत परिवारों को उनके वार्षिक खर्च का 10 प्रतिशत हिस्सा नकद ट्रांसफर के रूप में छह साल तक दिया गया। कार्यक्रम को नकद ट्रांसफर के जरिए गरीब परिवारों के स्वास्थ्य व शिक्षा में सुधार के लिए बना गया था, इस शर्त के साथ कि वे स्वास्थ्य व शिक्षा सेवाओं में भाग लेंगे। इसलिए इस कार्यक्रम उन उप-जिलों में लागू किया गया जहाँ गरीबी दर ज्यादा थी और स्वास्थ्य तथा शिक्षा संस्थान पर्याप्त संख्या में मौजूद थे।

इस कार्यक्रम के अध्ययन से पता चला कि नकद ट्रांसफर करने से आत्महत्या में लगभग 18 प्रतिशत की गिरावट आई।^[26] इसके साथ ही प्राकृतिक आपदा जैसे सुखाड़ आदि के कारण

कृषि उत्पादकता में कमी भी आत्महत्या की घटनाओं के लिए जिम्मेदार होती है। हम जानते हैं कि आर्थिक संकट भी मानसिक स्वास्थ्य को नकारात्मक रूप से प्रभावित करता है। सामाजिक सुरक्षा के कार्यक्रम इन परिस्थितियों में सुधार कर सकते हैं। उपरोक्त उदाहरण से यह स्पष्ट है कि सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रम लोगों को विपरित परिस्थितियों से बाहर निकलने में मदद साबित होते हैं और इस तरह की नीतियां मानसिक स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव डालती है।

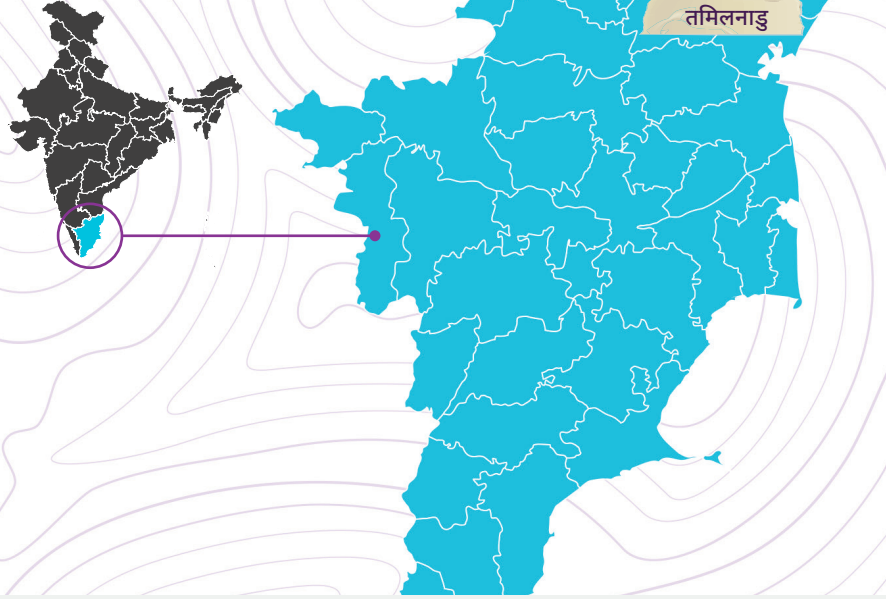
“

“उदाहरण के लिए मजदूरी के अधिकार या सेवानिवृत्ति के बाद मिलने वाले लाभ तक पहुंच न होने की परिस्थिति लोगों को आत्महत्या के बारे में विचार करने के लिए मजबूर कर सकती है। इसलिए जन अधिकारों को लागू करना जरूरी है।”

- क्रिस्टी नाग

3. तमिलनाडु ने कैसे बेहतर परीक्षा व्यवस्था के जरिए छात्र आत्महत्या में कमी लाई

.....



हर साल जब भारत में 10वीं और 12वीं का परीक्षा परिणाम आता है, तो छात्रों की आत्महत्या खबरें बनती हैं। साल दर साल हम यही देखते हैं, कि परीक्षा का परिणाम पाते ही छात्र आत्महत्या करते हैं।

तमिलनाडु में हालांकि एक अपेक्षाकृत आसान नीतिगत बदलाव से यह पैटर्न कुछ हद तक बदला है। साल 2004 में राज्य सरकार ने एक आदेश जारी किया कि जो छात्र किसी विषय में अनुत्तीर्ण होते हैं, तो वे उस विषय की सप्लिमेंटरी परीक्षा दे सकते हैं। इससे दोबारा पूरी परीक्षा देने और एक साल बर्बाद होने की छात्रों की चिंता खत्म हो गई। इस फैसले ने बहुत सारे युवा छात्रों की नाउम्मीदी को आशा की एक किरण दे दिया। साल 2004 से 2014 के बीच चेन्नई में परीक्षा में फेल होने से संबंधित आत्महत्या की घटनाएँ 38 से घटकर 15 हो गईं।^[27] पूरे राज्य में साल 2004 में आत्महत्या की 407 घटनाएँ हुई थीं, जो साल 2014 में घटकर 247 पर आ गईं।

हालांकि इस पद्धति को लेकर विस्तृत अध्ययन होना अभी बाकी है, लेकिन शुरुआती तथ्य उत्साहजनक हैं। मौजूद सबूतों से हम जानते हैं कि किशोरों में परीक्षा को लेकर कमजोर प्रदर्शन तथा व्यवहार संबंधित समस्याओं को लेकर सजा देना ज्यादा प्रभावकारी नहीं होता है।^[28] इस नीतिगत पहल से पता चलता है कि व्यक्ति की जगह व्यवस्थागत तत्वों पर विचार करना समस्या को खत्म करने का बेहतर अवसर होता है।

“

मुझ नहीं पता कि बोर्ड की परीक्षा में सिर्फ 5 प्रतिशत प्वाइंट कम अंक लाने के चलते कितनी जिंदगियाँ खत्म हो गईं। अकादमिक प्रदर्शन तथा सहपाठियों से तुलना पर जरूरत से ज्यादा ध्यान दिया जाता है। युवाओं पर अभिभावकों के इस दबाव को कम करने से कई जिंदगियाँ बच सकती हैं।”

-विजय नल्लावाला

4. ट्रेवर प्रोजेक्ट की सहयोगात्मक और इंटरसेक्टरल पद्धति ने किस तरह आत्महत्या के ख्यालों से जूझ रहे एलजीबीटीक्यू युवाओं की मदद की

...

ट्रेवर प्रोजेक्ट की स्थापना एलजीबीटीक्यू^[29] युवाओं में बढ़ रहे आत्महत्या संकट को रोकने के लिए की गई थी। ट्रेवर प्रोजेक्ट का मुख्यालय अमरीका में है जहाँ युवाओं में मृत्यु की दूसरे सबसे बड़ी वजह आत्महत्या है।

सच यह है कि कोविड-19 के दौरान किया गया हालिया सर्वेक्षण इस मुद्दे की भयावहता को उजागर करता है। इस सर्वेक्षण में 13 से 24 साल की उम्र के एलजीबीटीक्यू युवा शामिल थे और सर्वेक्षण में शामिल युवाओं में से लगभग आधे ने कहा कि पिछले साल उन्होंने आत्महत्या की कोशिश करने के बारे में 'गंभीरता से सोचा' था।^[30] इसके अलावा रिपोर्ट में यह भी दोहराया गया कि जिन लोगों ने लैंगिक-रुझान, जेंडर की पहचान, रेस या नस्ल के चलते भेदभाव का अनुभव किया, उनमें आत्महत्या की कोशिश करने की दर काफी ज्यादा दर्ज की गई। भेदभाव का अनुभव करने वालों में से 36 प्रतिशत लोगों ने बताया कि उन्होंने आत्महत्या की कोशिश की। वहीं, केवल सात प्रतिशत लोगों ने कहा कि उन्होंने किसी तरह के भेदभाव का सामना नहीं किया।

ये तथ्य बताते हैं कि एलजीबीटीक्यू युवा की सुरक्षा के लिए अब भी कितना कुछ और करने की जरूरत है। इससे यह भी मालूम पड़ता है कि कैसे कोविड-19 महामारी ने अन्य लोगों के मुकाबले एलजीबीटीक्यू युवाओं को बहुत ज्यादा प्रभावित किया है, लेकिन इस तरह का ट्रेंड पिछले कुछ सालों से देखा जा रहा है। ट्रेवर प्रोजेक्ट विभिन्न कार्यक्रमों और समूहों के साथ एलजीबीटीक्यू युवाओं में आत्महत्या रोकथाम के विषय पर जन जागरूकता और वकालत करने वाला दुनिया का सबसे बड़ा संगठन बन चुका है।

इसके पांच अहम कार्यक्रम इसप्रकार हैं:

1. संकट के समय सेवाएँ

एलजीबीटीक्यू युवाओं को सीधे चौबीस घंटे और सातों दिन फोन, मैसेज व चैट के जरिए आत्महत्या की रोकथाम और संकट के समय तुरत सहायता देने की सेवाएँ

2. साथियों से मदद

एलजीबीटीक्यू युवाओं के लिए दुनिया का सबसे बड़ा सुरक्षित सोशल नेटवर्किंग कम्युनिटी स्पेस

3. रिसर्च

ट्रेवर प्रोजेक्ट की सेवाओं को मजबूत करने के लिए मूल्यांकन और स्वतंत्र अध्ययन

4. शिक्षा और जन जागरूकता

एलजीबीटीक्यू युवा और उनके मददगार लोगों से जुड़े विभिन्न विषयों पर जागरूकता बढ़ाने के लिए कार्यक्रम, प्रशिक्षण और अन्य सामग्रियाँ।

5. वकालत

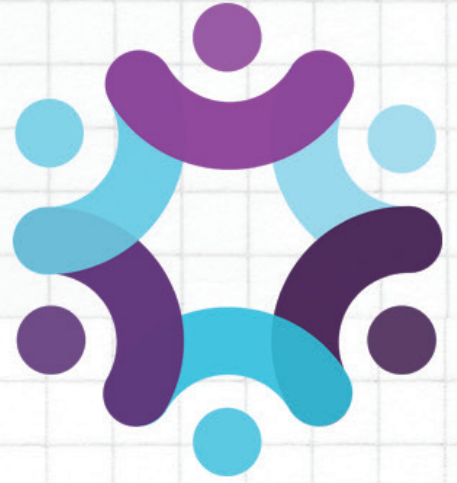
एलजीबीटीक्यू युवाओं की रक्षा और समर्थन करने वाले कानून व नीतियों के लिए संघीय, राज्य और स्थानीय स्तर पर वकालत

इस तरह की सहयोगात्मक, बहुविध व इंटरसेक्टरल रणनीति एलजीबीटीक्यू युवाओं के लिए काफी मददगार होगी। दुनिया के अन्य भागों में भी यह रणनीति अपनाई जा सकती है।

5.

मनोरोग से ग्रस्त लोगों के लिए काम करने वाले केयर ट्रांजिशन ने किस तरह उनके जीवन के नाजुक मौके पर आत्महत्या के खतरे को कम किया

...



मानसिक अस्पताल से डिस्चार्ज होकर बाह्यरोग विभाग (आउटपैशेंट) में जाने का समय मरीजों तथा स्वास्थ्य व्यवस्था में लगे लोगों के लिए काफी अहम होता है। इस मौके पर व्यक्ति मानसिक अस्पताल के संस्थागत माहौल से बाहरी दुनिया में जाता है, जहां देखभाल का तरीका और स्वास्थ्य कर्मचारियों पर निर्भरता बिल्कुल अलग हो जाती है।

इनपैशेंट केयर (अस्पताल में भर्ती कर मरीजों को दिया जानेवाला इलाज) त्वरित जोखिम को कम करने, इलाज और पीड़ित व्यक्ति को समाज में पुनः लौटने के लिए तैयार करता है। दूसरी ओर, आउटपैशेंट केयर (वह सुविधा जो मरीजों को जरूरत पड़ने पर अस्पताल जाकर मिलती है और सुविधा लेने के बाद मरीज घर लौट जाता है) में लोगों को लगातार बेहतर स्वास्थ्य और सेहत प्राप्त करने में मदद दी जाती है। भर्ती के बाद जब लोग डिस्चार्ज होते हैं और उन्हें आगे की देखभाल के लिए बाह्य विभाग में जाना होता है, उस समय काफी लोग स्वास्थ्य व्यवस्था की पहुंच से बाहर निकल जाते हैं। सच तो यह है कि मानसिक अस्पताल में भर्ती से छूटने के पहले महीने में आम लोगों की तुलना में आत्महत्या की दर 300 गुना बढ़ जाती है। वहीं, पहले हफ्ते में पूरे महीने की तुलना में 200 गुना अधिक हो जाती है।^[31]

ऐसा होने के पीछे कई वजहें हैं, जैसे व्यक्ति के भर्ती से छूटने के बाद चिकित्सकीय सुविधाओं की कमी हो जाना, परिवारों में सहायता देने की जानकारी का अभाव तथा पीड़ित व्यक्ति का

नये वातावरण में खुद को असुरक्षित महसूस करना। भर्ती से छूटने के बाद नये वातावरण में ढलने के लिए नेशनल एक्शन अलायंस फॉर सुसाइड प्रीवेंशन^[32] द्वारा तैयार किया गया एक विस्तृत व साक्ष्य आधारित दिशानिर्देश इस दिशा में एक महत्वपूर्ण कदम हो सकता है।

इन दिशानिर्देशों में मानसिक अस्पताल से छुट्टी की तैयारी करने से लेकर छुट्टी होने के वक्त तक विभिन्न चरणों में मिलने वाले सहयोग और देखभाल को शामिल करना चाहिए। केयर ट्रांजिशन (इनपैशेंट से आउटपैशेंट में प्रवेश) प्लान मरीज की सलाह पर, उनकी जरूरतों के मद्देनजर और उनकी सक्षमता को केंद्र में रखते हुए तैयार किया जाना चाहिए। उन्हें आउटपैशेंट केयर प्रदान करने वालों, परिवार के सदस्यों तथा मरीज के सहयोगियों के साथ मिलकर काम करना चाहिए ताकि मरीज केयर ट्रांजिट के दौरान बेहतर महसूस करे। आउटपैशेंट सेवा प्रदाताओं को इनपैशेंट स्वास्थ्य केंद्र के साथ संवाद, जरूरी दस्तावेजों का आदान-प्रदान और मरीज के परिजनों से संपर्क करने तथा ट्रांजिशन गैप (इनपैशेंट से आउटपैशेंट में प्रवेश के बीच की अवधि) को कम करने के लिए प्रोटोकॉल होना चाहिए। और बहुत सारे मरीज जो मेडिकल सुविधाओं से बाहर निकलने के बाद आत्महत्या का जोखिम झेलते हैं, उसे देखते हुए आउटपैशेंट केयर प्रदाताओं को मरीजों तक पहुँचना चाहिए, न कि उन्हें खुद जाकर चिकित्सीय मदद लेने के लिए छोड़ देना चाहिए। ये सारे कदम अंततः आत्महत्या को रोकने में मदद कर सकते हैं।

हमारी रूपरेखा

अलायंस फॉर सुसाइड प्रीवेंशन (एएसपी) परिवर्तनकारी और सुगम आत्महत्या रोकथाम व्यवस्था की तरफ स्थानांतरण करने के लिए एक रूपरेखा का इस्तेमाल करेगा। यह रेखाचित्र साझेदारों का एक वृहद आधार बनाने के लिए एएसपी के फंडिंग और रणनीतिक सहयोग को प्रदर्शित करता है। इस साझेदारी के तहत विभिन्न तरह के संस्थानों और नीतियों के साथ एक व्यापक विमर्श शुरू किया जा सकता है।

1.

अनुदान और सहायता

एएसपी संभावित सहयोग और विचारों के आदान प्रदान के लिए साझेदारों के साथ संपर्क करते हुए रचनात्मक आत्महत्या रोकथाम के लिए रचनात्मक प्रयासों को आर्थिक और रणनीतिक सहयोग देगा।

2.

विमर्श

आत्महत्या रोकथाम के विभिन्न साझेदारों जैसे सामाजिक कार्यकर्ताओं, स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं और शोधकर्ताओं आदि के साथ व्यापक विचार-विमर्श से एक रचनात्मक और संदर्भ आधारित आत्महत्या रोकथाम रणनीति बनाने में मदद मिलेगी। ये समुदाय, सार्वजनिक और निजी संस्थानों और नीति के साथ आत्महत्या रोकथाम के कार्य को आकार देंगे।

3.

राज्य और सिविल सोसाइटी

एक अधिकार आधारित आत्महत्या रोकथाम रणनीति में सरकार, गैर-सरकारी संस्थान, संगठन व समुदाय जुड़ने चाहिए। प्रभावित लोगों के नेतृत्व वाली इस साझेदारी के बनने से आत्महत्या रोकथाम के प्रयासों में तेजी आएगी तथा एक जीवंत व जवाबदेहीपूर्ण इकोसिस्टम का निर्माण होगा।

4.

पब्लिक

एक बार राज्य और सिविल सोसाइटी अधिकार आधारित व इंटरसेक्टरल आत्महत्या रोकथाम कार्य शुरू कर देते हैं, तो बाद में अन्य सामाजिक सुरक्षा तथा समेकित नीतियों को जोड़ा जा सकता है। ये नीतियां किसी भी लिंग, लैंगिक रुझान, भाषा, सक्षमता, उम्र, वर्ग, जाति, क्षेत्र और धर्म की बंदिश के परे एक समावेशी आत्महत्या रोकथाम सेवाओं की ओर ले जाएगी।

आत्महत्या की रोकथाम के लिए आप कैसे मदद कर सकते हैं



आत्महत्या रोकथाम भारत का प्रयास अभी शुरुआती दौर में है। इसका मतलब है कि आप इकोसिस्टम में कहीं भी खड़े हों या आपकी योग्यता या दक्षता कुछ भी हो, आप आत्महत्या की रोकथाम में भूमिका निभा सकते हैं।

इसमें आप कैसे भाग ले सकते हैं -

अगर आप फंडर हैं

• खुद को शिक्षित करें

आत्महत्या रोकने के लिए जन स्वास्थ्य पद्धति के बारे सीखने और समझने के लिए वक्त निकालें। एक मनो-सामाजिक बहुविषयक और इंटरसेक्टरल रणनीति तैयार करें। इस विषय पर अतिरिक्त पवन-पाठन के लिए रिपोर्ट के आखिर में दिये गये संदर्भ को देख सकते हैं।

• व्यवस्था की खामियों को दूर करें

- आत्महत्या की रोकथाम के लिए सिर्फ जागरूकता बढ़ाने और स्टिग्मा को कम करने से आगे बढ़कर इस पर काम करने वाले गैर-लाभकारी संगठनों और प्रोजेक्ट को समर्थन दें।
- न केवल आत्महत्या की रोकथाम की सेवाओं को विकसित करने बल्कि इस मुद्दे के समाधान के लिए नीतियों, रणनीतियों और योजना का विकास कर उन्हें लागू करने के लिए भी फंडिंग करें।
- आत्महत्या से जुड़े मिथकों पर चर्चा करें और आत्महत्या रोकथाम को लेकर जागरूकता फैलाएँ।

• दीर्घकालिक विचार अपनाएँ

आत्महत्या रोकथाम क्षणिक नहीं, बल्कि एक लम्बी प्रक्रिया है। आत्महत्या की दरों में किसी भी तरह की अर्थपूर्ण गिरावट हेतु 5-7 सालों के लिए क्रमिक, दीर्घकालिक निवेश की जरूरत होगी।

- **आत्महत्या रोकथाम के प्रयासों का समर्थन करने वाले दूसरे अनुदान देने वाली संस्थाओं के साथ साझेदारी करें।** अलायंस फॉर सुसाइड प्रीवेंशन (एएसपी) के जरिए मारीवाला हेल्थ इनीशिएटिव इस मुद्दे पर एक ठोस प्रयास शुरू कर रहा है। इंटरसेक्शनल, अधिकार आधारित, जन स्वास्थ्य दृष्टिकोण के जरिए आत्महत्या रोकने के हमारे साझा प्रयासों में शामिल हों।

अगर आप नीति निर्माण/सरकार में काम करते हैं

आत्महत्या रोकथाम से जुड़े कार्य स्वास्थ्य मंत्रालय के अधीन आते हैं।

- एक जनस्वास्थ्य, इंटरसेक्टरल और मनो-सामाजिक दृष्टिकोण अपना कर एक आत्महत्या रोकथाम पर राष्ट्रीय नीति तैयार करें।
- आत्महत्या की रोकथाम पर काम करने से संबंधित प्रयासों के लिए बजट में प्रर्याप्त फंड आवंटन सुनिश्चित करें।
- आत्महत्या से मृत्यु और आत्महत्या की कोशिशों को आपराधिक आँकड़ों की जगह सिविल रजिस्ट्रेशन सिस्टम के तहत आँकड़ों का संग्रहण हो। ये आँकड़े सार्वजनिक रूप से सुलभ, गुणवत्तापूर्ण और पृथक्कृत होने चाहिए ताकि इनका प्रभावी इस्तेमाल इस समस्या की गंभीरता को समझने और निगरानी करने में किया जा सके।
- सभी के लिए और खासकर हाशिए के समूहों के लिए सेवाओं की उपलब्धता सुनिश्चित करें। विमर्श में स्वास्थ्य विभाग, सामाजिक सुधार विभाग, गृह विभाग, शिक्षा विभाग और कृषि विभाग समेत अन्य साझेदारों को शामिल करें।
- अंतर्विभागीय संपर्क और सहयोग की वकालत करें ताकि बेहतर संभावित परिणामों के लिए भिन्न-भिन्न प्राथमिकताओं और हितों को साधा जा सके। मिसाल के लिए कृषि मंत्रालय की प्राथमिकता कृषि उत्पादन बढ़ाना है, जिसके लिए कीटनाशकों का इस्तेमाल आवश्यक है अतः वह इसके उत्पादन और इस्तेमाल की वकालत करेगा। जबकि स्वास्थ्य विभाग कीटनाशक के सेवन से होनेवाली आत्महत्या को रोकने के लिए इसकी पहुंच और उपलब्धता को कम करने के लिए काम करेगा। आत्महत्या रोकथाम को लेकर दूसरे विभागों को संवेदनशील बनाना और उनके प्रतिस्पर्धी हितों को कम कर एक साझी रणनीति विकसित करना अत्यावश्यक है।

६६

“निश्चित तौर पर वर्ग, लैंगिकता, विकलांगता समेत अन्य इंटरसेक्शनैलिटी महत्त्वपूर्ण पहलू हैं। एक व्यक्ति को सहयोग करने के बजाय समुदायिक सहयोग विकसित करना ज्यादा जरूरी है। उदाहरण के लिए, जहाँ विभिन्न प्रकार के जाति-आधारित पेशे की बात आती है, तो हम उस पर विचार नहीं करते हैं। हमें यह भी देखने की जरूरत है कि कैसे समुदाय अपने सदस्यों की मदद करने के लिए आगे आता है। हमें जाति आधारित पहलुओं की तरफ देखने की जरूरत है।”

- ज्योत्सना सिद्धार्थ

अगर आप मीडिया में काम करते हैं

- आत्महत्या की रिपोर्टिंग पर विश्व स्वास्थ्य संगठन और प्रेस काउंसिल ऑफ इंडिया के दिशा-निर्देशों का पालन करें।^[33]
- इस बात की जानकारी होनी चाहिए कि आत्महत्या की अनैतिक, सनसनीखेज रिपोर्टिंग असल में आत्महत्या को बढ़ावा दे सकती है।
- आत्महत्या की रिपोर्टिंग में आप मृतक और उनके परिवार की भावनाओं की कद्र करते हुए मृत्यु से संबंधित हर जानकारी देने से बचें और पाठकों को भी इस तरह की जानकारियाँ लेने के लिए हतोत्साहित करें।
- आत्महत्या के कारणों को उसके व्यापक संदर्भ में लिखें, जिससे संस्थागत मुद्दे व अन्य तत्व स्टोरी का हिस्सा बने; स्टिग्मा- रहित भाषा के इस्तेमाल के लिए खुद को शिक्षित करें।
- शोकाकुल परिवार की निजता का ख्याल रखें; ऐसी भाषा का इस्तेमाल करें जो व्यक्ति व उसके परिवार और आत्महत्या रोकथाम के मुद्दे को लेकर संवेदनशील हो।

अगर आप एक गैर-लाभकारी या सिविल सोसाइटी संगठन में काम कर रहे हैं

- मूल्यांकन करें कि जिन समुदायों के बीच आप काम कर रहे हैं, उनमें कौन से तत्व तनाव उत्पन्न कर रहे हैं। उदाहरण के लिए कुछ शिक्षा व्यवस्था यह मान सकती है कि ऑनलाइन स्कूलिंग शिक्षा देने का बेहतर तरीका है, लेकिन वे यह नहीं मानती कि जिन परिवारों में डिजिटल साक्षरता या तकनीक उपलब्ध नहीं है, उन पर इस तरह की व्यवस्था का नकारात्मक असर पड़ता है।
- संकट के समय सहयोग के लिए क्षमता का निर्माण कीजिए। उदाहरण के लिए, जो संगठन जेंडर आधारित हिंसा पर काम करते हैं, उनके पास आत्महत्या का विचार करने वालों के साथ बात करने का प्रोटोकॉल होना चाहिए क्योंकि ये लोग किसी सदमे से गुजर चुके होते हैं।
- स्थानीय, राज्य और केंद्र सरकार से आत्महत्या रोकथाम को प्राथमिकता देने और नेशनल मेंटल हेल्थ पॉलिसी, 2014 व नेशनल हेल्थ पॉलिसी, 2017 को लागू करने की वकालत कीजिए। कानून में सुधार की प्रक्रिया में भाग लें और सरकार की सक्रियता सुनिश्चित करने के लिए रणनीतिक मुकदमा दायर कर सकते हैं।
- नेशनल हेल्थ पॉलिसी, 2017 में मानसिक स्वास्थ्य व आत्महत्या रोकथाम से जुड़े सहयोग देने के लिए सामुदायिक सदस्यों का नेटवर्क बनाने की बात कही गई है। इसे लागू करने के लिए प्रयास करना चाहिए।

अंत में

हमें अपने दोस्तों, परिवारों और कार्यस्थलों पर आत्महत्या से जुड़ी चर्चा को सामान्य बनाना चाहिए। अगर आप जानते हैं कि किसी ने आत्महत्या पर बातचीत शुरू की है, तो उसे इस परिस्थिति को झेलने के लिए मजबूत बनने तथा अपने अंदर क्षमता विकसित करने की सलाह न दें बल्कि यह समझने की कोशिश करें कि इस पर बात करने वाला व्यक्ति किस अनुभव से गुजर रहा है। वे अगर सहयोग चाहते हैं, वह मुहैया कराएँ। यह समझें कि इन मामलों में उनका निर्णय सर्वोपरि है और बातचीत की गोपनीयता सुनिश्चित करें।

मारीवाला हेल्थ इनीशिएटिव में हम आत्महत्या की रोकथाम से जुड़े विमर्श और इस पर काम करने के तरीके में बदलाव के लिए समर्पित हैं। मानसिक स्वास्थ्य के लिए फंडिंग पर काम करते हुए हमने देखा कि आत्महत्या रोकथाम का क्षेत्र काफी

उपेक्षित है और इसको लेकर व्यापक समझ का घोर अभाव है। इसलिए हम अलायन्स फॉर सुसाइड प्रीवेंशन (एएसपी) शुरू कर रहे हैं। यह एक साझा प्रयास है, जिसका उद्देश्य इंटरसेक्शनल, इंटरसेक्टरल और अधिकार-आधारित पद्धति के अनुसार इस मुद्दे पर ठोस प्रयास करना है।

अगर आप एक एक्टिविस्ट, मीडियाकर्मी, फंडर, अकादमिक संस्थान, शोधार्थी या मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर हैं, तो हमारे साथ साझेदारी करें, हम अलायन्स फॉर सुसाइड प्रीवेंशन (एएसपी) का विस्तार करना चाहते हैं।

आप इस साझा प्रयास में कैसे शामिल हो सकते हैं, इस बारे में और जानकारी के लिए कृपया हमें asp@mariwalahealthinitiative.org पर मेल लिखें।

शब्दकोश

सांकेतिक रोकथाम: सांकेतिक रोकथाम रणनीति में एक आबादी के भीतर खास जोखिम वाले लोगों पर फोकस किया जाता है, जैसे वे लोग जिन्होंने पूर्व में आत्महत्या की कोशिश की हो।

जिया हुआ अनुभव: जिया हुआ अनुभव उन लोगों के अनुभवों और जानकारीयों को खुद जाहिर करना है, जिन्हें उन्होंने अनुभवों से हासिल किया है। आत्महत्या के संदर्भ में जिया हुआ अनुभव का अर्थ उन लोगों के अनुभवों से है जो आत्महत्या की कोशिश, विचार और/खुद को क्षति पहुँचाने के दर्द से गुजर चुके हैं। इसमें वे लोग भी आते हैं जिन्होंने आत्महत्या के चलते अपनों को खो दिया।

माध्यमों को सीमित करना: जान बूझकर खुद को नुकसान पहुँचाने के तरीकों और माध्यमों की उपलब्धता या पहुँच को सीमित करने की तकनीक, नीतियाँ और प्रक्रिया।

मनो-सामाजिक दृष्टिकोण: मानसिक स्वास्थ्य परामर्श या कार्यक्रम के हस्तक्षेप में व्यक्ति पर भावनात्मक और मनोवैज्ञानिक तत्व तथा दैनिक जीवन में अकेलापन, बहिष्कार, शिक्षा व रोजगार पाने के लिए संघर्ष आदि को शामिल करता हो। यह पद्धति उस संकुचित संदर्भ से परे है, जिसमें व्यक्ति के मानसिक रोग को जैविक और मेडिकल की नजर से देखा जाता है। इसकी जगह इसमें मानसिक बीमारी को विविध भावनाओं और दैनिक जीवन के अनुभवों के मिश्रण से तैयार हुई परिस्थिति के तौर पर देखा जाता है।

लोक स्वास्थ्य दृष्टिकोण: जन स्वास्थ्य दृष्टिकोण में पूरी आबादी की स्वास्थ्य, सुरक्षा और खुशहाली ध्यान पर होता है। इस दृष्टिकोण का एक अनूठा पहलू यह है कि इसमें बड़ी आबादी तक ज्यादा से ज्यादा लाभ पहुँचाने का प्रयास किया जाता है। जन स्वास्थ्य दृष्टिकोण में विभिन्न क्षेत्रों जैसे - स्वास्थ्य, शिक्षा, सामाजिक सेवाएँ, न्याय, नीति और निजी क्षेत्रों से मिलने वाले सुझावों पर जोर देता है। इन हितधारकों की तरफ से साझा कार्यवाही आत्महत्या जैसी समस्याओं का समाधान करने में मदद कर सकती है।

चयनित रोकथाम: चयनित रोकथाम रणनीतियों में एक आबादी के भीतर उम्र, लिंग, पेशा या पारिवारिक इतिहास के आधार पर एक नाजुक समूह पर लक्ष्य रखा जाता है। इस तरह के लोग संभव है कि अभी आत्महत्या का विचार जाहिर न करें लेकिन वे जैविक, मनोवैज्ञानिक या सामाजिक-आर्थिक जोखिम की तरफ बढ़ सकते हैं।

आत्मक्षति: आत्महत्या की इच्छा रखे बिना खुद को जानबूझकर नुकसान पहुँचाने में व्यस्त रहना। इसमें प्रायः शरीर को क्षति पहुँचती है।

आत्महत्या का विचार: आत्महत्या के विचार को आत्महत्या की सोच या इच्छा के रूप में भी जाना जाता है। यह एक वृहद शब्द है जो मृत्यु और आत्महत्या को लेकर लंबे समय से चले आ रहे विचार, इच्छा और मानसिक व्यस्तता का वर्णन करता है।

आत्महत्या: आत्महत्या जान बूझकर खुद की जान लेने का कृत्य है।

आत्महत्या की कोशिश: आत्महत्या का मतलब गैर-जानलेवा आत्महंता व्यवहार से है। इसका संबंध खुद को नुकसान पहुँचाने या जख्मी करने से है, जिसका इरादा या परिणाम घातक हो भी सकता है और नहीं भी।

आत्महत्या की कोशिश के सर्वाइवर: आत्महत्या की कोशिश के सर्वाइवर वे लोग होते हैं, जिन्होंने पूर्व में आत्महत्या की कोशिश की।

वैश्विक रोकथाम: वैश्विक रोकथाम की रणनीतियाँ पूरी आबादी तक पहुँच बनाने के इरादे से तैयार की जाती है। इसका प्रयास देखभाल और मदद मांगने में आने वाले अवरोधों को हटाकर स्वास्थ्य को बढ़ाना देना और आत्महत्या के जोखिम को कम करना है। साथ ही इसमें मदद को बढ़ाना, सामाजिक सहयोग जैसे रक्षात्मक प्रक्रिया को मजबूत करना और भौतिक माहौल में बदलाव शामिल हैं।





संदर्भ

- 1 National Crime Records Bureau (2019). Accidental Deaths and Suicides in India. Retrieved from https://ncrb.gov.in/sites/default/files/Chapter-2-Suicides_2019.pdf
- 2 Mascarenhas, A. (2016). Suicide leading cause of death among India's young, says Lancet report. The Indian Express. Retrieved from <https://indianexpress.com/article/india/india-news-india/suicide-leading-cause-of-death-among-indias-young-report-2792671/>
- 3 For a complete list of everyone who attended these consultations and whose inputs have contributed to this report, go to www.mhi.org.in/asp.
- 4 World Health Organisation (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- 5 Amudhan, S., Gururaj, G., Varghese, M., Benegal, V., Rao, G.N., Sheehan, D.V., ...& Shibukumar, T.M. (2019) A population-based analysis of suicidality and its correlates: findings from the National Mental Health Survey of India, 2015-16. The Lancet Psychiatry, 7(1), 41-51.
- 6 Pathare, S., Shields-Zeeman, L., Vijayakumar, L., Pandit, D., Nardodkar, R., Chatterjee, S., ...& Smit, F. (2020) Evaluation of the SPIRIT Integrated Suicide Prevention Programme: study protocol for a cluster-randomised controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials* 21, 572. doi: 10.1186/s13063-020-04472-2
- 7 World Health Organisation (2018). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators.
- 8 Pathare, S., Vijayakumar, L., Fernandes, T.N., Shastri, M., Kapoor, A., Pandit, D., ...& Korde, P. (2020) Analysis of news media reports of suicides and attempted suicides during the COVID-19 lockdown in India. *International Journal of Mental Health Systems* 14, 88. doi: 10.1186/s13033-020-00422-2
- 9 World Health Organisation (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- 10 Harmer, B., Lee, S., Duong, T., & Saadabadi, A. (2021). Suicidal Ideation. In StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
- 11 Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324
- 12 World Health Organisation (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- 13 U.S. Department of Health and Human Services (2001). National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED456371.pdf>
- 14 Mahesh Paswan's story is fictional, but his circumstances, struggles, and constraints resemble the adversities of many others who lost their livelihoods and loved ones as a result of the COVID-19 pandemic.
- 15 Acharya, S. (2019). Student Suicides – Why Do Numbers Disproportionately Tilt Towards Dalits? The Bloomberg Quint. Retrieved from <https://www.bloombergquint.com/opinion/student-suicides-why-do-numbers-disproportionately-tilt-towards-dalits>
- 16 Mariwala Health Initiative (2018). ReFrame: Funding Mental Health. Retrieved from https://mhi.org.in/media/insight_files/MHL_Progress_Report_DIGITAL.pdf
- 17 National Crime Records Bureau (2019). Accidental Deaths and Suicides in India. Retrieved from https://ncrb.gov.in/sites/default/files/Chapter-2-Suicides_2019.pdf

- 18 Office of the High Commissioner for Human Rights (2019). Removing obstacles to liveable lives: A rights-based approach to suicide prevention. Retrieved from <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25117&LangID=E>
- 19 Mariwala, R. (2021). Mental health for India's young women – way forward. *The Economic Times*. Retrieved from <https://health.economictimes.indiatimes.com/news/industry/mental-health-for-indias-young-women-way-forward/81083876>
- 20 Arora, T. & Bhan, N. (2016). Postpartum Depression: Is Motherhood for Indian Women as Blissful as it Should Be? *The Wire*. Retrieved from <https://thewire.in/health/postpartum-depression-mothers-violence>
- 21 National Crime Records Bureau (2019). Accidental Deaths and Suicides in India. Retrieved from https://ncrb.gov.in/sites/default/files/Chapter-2-Suicides_2019.pdf
- 22 Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H. & Harrington, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 946–952. doi: 10.1001/archpsyc.61.9.946
- 23 Whittall, J., Sumner, A., Ravindran, A.V., Rodrigo, A. & Walker, Z.J. (2018) Evaluating sociodemographic and psychiatric contributors to suicide in Sri Lanka: An ecological survey. *International Journal of Noncommunicable Diseases* 3(2), 49-55. doi: 10.4103/jncd.jncd_42_17
- 24 Gunnell, D., Fernando, R., Hewagama, M., Priyangika, W. D., Konradsen, F., & Eddleston, M. (2007). The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1235–1242. doi: 10.1093/ije/dym164
- 25 World Health Organisation (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- 26 Christian, C., Hensel, L. & Roth, C. (2019). Income Shocks and Suicides: Causal Evidence from Indonesia. *The Review of Economics and Statistics*, 101(5), 905–920. doi: 10.1162/rest_a_00777
- 27 Ramakrishnan, S. (2019). Bridging the 'class' divide: What can be done to prevent student suicide. *The New Indian Express*. Retrieved from <https://www.newindianexpress.com/states/tamil-nadu/2019/jul/07/bridging-the-class-divide-what-can-be-done-done-to-prevent-student-suicide-2000465.html>
- 28 Palminteri, S., Kilford, E.J., Coricelli, G. & Blakemore, S. (2016). The Computational Development of Reinforcement Learning during Adolescence. *PLOS Computational Biology*, 12(6). doi: 10.1371/journal.pcbi.1004953
- 29 Refers to lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and questioning.
- 30 The responses were collected and analysed from almost 35,000 LGBTQ participants aged 13–24 in the United States. The survey was carried out by Trevor Project, between October 12 and December 31, 2020.
- 31 Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M. & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open* 9:e023883. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023883
- 32 The National Action Alliance for Suicide Prevention is an American public-private partnership working towards suicide prevention.
- 33 Kaul, R. (2019). Press council adopts norms over covering suicide, mental illness. *The Hindustan Times*. Retrieved from <https://www.hindustantimes.com/india-news/press-council-adopts-norms-over-covering-suicide-mental-illness/story-JgPXQblk4roAMc8j30BhWP.html>



mhi.org.in

 / [mariwalahealth](https://twitter.com/mariwalahealth)
 / [mariwalahealth](https://www.facebook.com/mariwalahealth)
 / [mariwalahealth](https://www.instagram.com/mariwalahealth)
 / [mariwalahealth](https://www.linkedin.com/company/mariwalahealth)

Grande Palladium, 8th floor,
175, CST Road, Kalina, Santa Cruz (E.)
Mumbai, Maharashtra 400098

022 6648 0500
asp@mariwalahealthinitiative.org