یادداشت

زمین؛ گلوگاه پنهان مسکن

چهار دهه سیاست‌گذاری، چندین طرح و یک مسئله حل‌نشده

جلیل حاجی‌حسینی
وکیل پایه یک دادگستری و پژوهشگر حوزه اراضی و مسکن

در ایران، سیاست مسکن همیشه یک قهرمان داشته است: «ساختن». هر دولتی که آمده، از ساخت واحد بیشتر گفته؛ یکی از زمین دولتی، یکی از تعاونی، یکی از مسکن مهر، دیگری از نهضت ملی. عددها هم معمولا بزرگ بوده‌اند. اما یک سؤال ساده کمتر پرسیده شده است: زمین این خانه‌ها کجاست و با چه سازوکاری قرار است وارد چرخه ساخت شود؟ مسئله شاید همین‌جا باشد؛ جایی که معمولا در پایان خبرها می‌آید، نه در ابتدای سیاست‌گذاری. چهار دهه است درباره مسکن حرف می‌زنیم، اما هنوز بخش مهمی از سیاست‌گذاری ما به‌جای «زنجیره تولید مسکن»، روی یک حلقه متمرکز می‌شود: ساخت واحد. قانون اراضی شهری در ابتدای دهه ۶۰ و سپس قانون زمین شهری در سال ۱۳۶۶، اساسا با هدف تنظیم زمین، افزایش عرضه و حتی تعدیل و تثبیت قیمت آن تصویب شدند. قانون زمین شهری صراحتا تأمین مسکن و افزایش عرضه زمین را از اهداف خود قرار داد. درواقع مسئله‌ای که امروز دوباره درباره آن بحث می‌کنیم، مسئله تازه‌ای نیست. زمین، از همان روزهای نخست سیاست‌گذاری مسکن، روی میز بوده است. پس چرا هنوز روی همان میز مانده؟

از «زمین» تا «زمین قابل ساخت»

مشکل این است که سیاست‌گذار اغلب زمین را با مترمربع می‌سنجد، بازار اما زمین را با «قابلیت» آن، ارزش‌گذاری می‌کند. یک قطعه زمین ممکن است بزرگ باشد، اما کاربری مسکونی نداشته باشد. ممکن است کنار شهر باشد، اما داخل محدوده نباشد. ممکن است سند داشته باشد، اما مسئله ثبتی یا حقوقی آن حل نشده باشد. ممکن است وارد محدوده شود، اما آب، برق، راه و سایر زیرساخت‌ها هنوز به آن نرسیده باشد. پس وقتی از تأمین زمین برای مسکن حرف می‌زنیم، سؤال واقعی این نیست که چند هکتار زمین شناسایی شده است، سؤال این است: چند هکتار زمین، چه زمانی و با چه هزینه‌ای به زمین قابل ساخت تبدیل می‌شود؟ این تفاوت، همان جایی است که بسیاری از برنامه‌های مسکن در آن گرفتار شده‌اند.

دولت‌ها عوض شدند، نسخه زمین نه

در سال ۱۳۸۷، قانون ساماندهی و حمایت از تولید و عرضه مسکن، دولت را مکلف کرد برای تأمین مسکن از جمله از طریق تأمین زمین مناسب و کاهش یا حذف بهای زمین از قیمت تمام‌شده مسکن اقدام کند. بعدتر، واگذاری حق بهره‌برداری از زمین با مدل اجاره بلندمدت، از جمله الگوی ۹۹ساله، به یکی از ابزارهای سیاست مسکن تبدیل شد. سپس رسیدیم به قانون جهش تولید مسکن در سال ۱۴۰۰؛ قانونی که هدف‌گذاری عرضه متوسط سالانه یک میلیون واحد مسکونی را در چهار سال نخست اجرای آن مقرر کرد. طرح‌ها تغییر کردند، نام‌ها تغییر کردند، دولت‌ها آمدند و رفتند؛ اما یک واقعیت سر جای خود باقی ماند: مسکن با دستور تولید نمی‌شود. مسکن، زمین می‌خواهد؛ سرمایه می‌خواهد؛ مجوز می‌خواهد؛ زیرساخت می‌خواهد؛ سازنده می‌خواهد و در نهایت، خریداری می‌خواهد که بتواند قیمت تمام‌شده را بپردازد. نادیده‌گرفتن هرکدام از این حلقه‌ها، عدد تولید را از واقعیت بازار جدا می‌کند.

مشکل فقط کمبود زمین نیست، کمبود «زمین درست» است

اینجا باید یک اشتباه رایج را کنار گذاشت. ایران زمین کم ندارد؛ آنچه کم داریم، زمین مناسب توسعه سکونتگاهی در مکان مناسب و با وضعیت حقوقی و شهرسازی روشن است. این موضوع امروز نیز دوباره در سیاست‌های تأمین زمین، الحاق اراضی و توسعه شهرک‌ها خود را نشان می‌دهد. اما اگر زمین جدیدی به محدوده شهری اضافه شود و سال‌ها طول بکشد تا زیرساخت، مجوز، آماده‌سازی و سرمایه‌گذاری آن فراهم شود، نمی‌توان آن را عرضه فوری مسکن دانست. زمین روی نقشه، خانه روی زمین نیست. این جمله شاید ساده باشد، اما بسیاری از آمارهای رسمی مسکن را باید با همین معیار دوباره خواند.

سیاست‌گذار یک بار هم از خودش بپرسد: «بعدش چه؟»

مشکل اصلی سیاست مسکن در ایران فقط کمبود برنامه نیست؛ اتفاقا برنامه زیاد داشته‌ایم. مشکل، گسست میان برنامه‌هاست. زمین یک دستگاه است، شهرسازی دستگاه دیگر، ثبت اسناد مسیر خودش را دارد، شهرداری قواعد خودش را دارد، بانک با منطق دیگری تسهیلات می‌دهد و سازنده هم در نهایت با حساب‌وکتاب اقتصادی خودش تصمیم می‌گیرد. مالک زمین نیز با یک مسئله حقوقی و اقتصادی مستقل مواجه است. نتیجه، همان چیزی است که مردم هر روز در بازار می‌بینند: زمین هست، اما پروژه پیش نمی‌رود؛ پروژه هست، اما منابع مالی نیست؛ واحد ساخته می‌شود، اما قیمت آن از توان خرید خانوار فاصله دارد. در چنین شرایطی، سیاست‌گذار گاهی تصور می‌کند با افزایش وام می‌توان مسئله را حل کرد. اما اگر زمین گران باشد، وام بیشتر ممکن است فقط قدرت خرید را به قیمت‌های بالاتر منتقل کند. اگر زمین آماده نباشد، افزایش تسهیلات الزاما ساخت‌وساز را سرعت نمی‌دهد. و اگر خانوار توان بازپرداخت نداشته باشد، حتی خانه ساخته‌شده هم الزاما به معنای «مسکن قابل دسترس» نیست.

این بار باید از مترمربع عبور کنیم

سیاست مسکن اگر قرار است از دور باطل خارج شود، باید از «تعداد واحد» به «هزینه دسترسی به مسکن» تغییر جهت دهد. باید مشخص شود هر زمین دولتی یا الحاقی دقیقا چه زمانی قابل ساخت می‌شود، چه هزینه‌ای برای زیرساخت آن لازم است، چه تعداد واحد از آن حاصل خواهد شد و قیمت نهایی هر واحد برای مصرف‌کننده چقدر خواهد بود. همچنین باید میان زمین خام، زمین شهری، زمین مسکونی و زمین آماده ساخت تفاوت گذاشت. این تفاوت فقط یک بحث فنی نیست؛ مستقیم به حقوق مالکیت، ارزش اقتصادی ملک، قیمت زمین، تغییر کاربری، الحاق اراضی و حتی پرونده‌های حقوقی متعدد بازار ملک مربوط می‌شود. بازار زمین پر از اختلافاتی است که ریشه آنها گاهی نه در «قیمت»، بلکه در ابهام درباره وضعیت حقوقی و شهرسازی ملک است. اگر سیاست‌گذار این لایه را نبیند، بخشی از مسئله مسکن را به آینده و البته به دادگاه‌ها منتقل خواهد کرد.

حرف آخر

مسکن در ایران قربانی کمبود شعار نبوده؛ قربانی گسست سیاست‌ها بوده است. ما بارها خواسته‌ایم با ساختن، مشکل مسکن را حل کنیم؛ در حالی که باید پیش از ساختن، درباره زمین تصمیم درست می‌گرفتیم. چهار دهه تجربه به اندازه کافی به ما نشان داده که نمی‌توان زمین را در حاشیه سیاست مسکن نگه داشت و بعد انتظار داشت قیمت خانه در متن زندگی مردم پایین بیاید. اگر قرار است سیاست تازه‌ای برای مسکن نوشته شود، شاید بهتر باشد این بار کار را از ساختمان شروع نکنیم؛ از زمین شروع کنیم؛ از این سؤال ساده: کدام زمین، با چه وضعیتی، در کجا، با چه زیرساختی و در چه زمانی می‌تواند واقعا به خانه تبدیل شود؟ اگر پاسخ این پرسش روشن نباشد، هر عدد بزرگی که در برنامه‌های مسکن نوشته شود، ممکن است فقط یک عدد بزرگ باقی بماند؛ درست مثل زمین‌هایی که سال‌هاست روی نقشه وجود دارند، اما هنوز خانه نشده‌اند.

عکس: مجید عسگری‌پور، Reuters

گفت‌وگو با سخنگوی انجمن علمی روان‌پزشکان ایران درباره چالش‌های پس از اقدام به خودکشی

از لبه مرگ تا مسیر بازگشت

بنفشه پورناجی: ۱۹ شهریور (۱۰ سپتامبر)، روز جهانی پیشگیری از خودکشی است؛ روزی که هرساله بهانه‌ای می‌شود تا این پدیده به عنوان یک بحران سلامت عمومی، بیشتر مورد توجه قرار گیرد. سالانه ۱۰ تا ۱۵ برابر تعداد جان‌باختگان خودکشی، کسانی هستند که با وجود اقدام به خودکشی، از آن جان سالم به در می‌برند. در این میان عده‌ای هرچند اقدام به خودکشی نمی‌کنند، اما افکار خودکشی دارند. آمارهای غیررسمی نشان می‌دهد پدیده خودکشی را باید به عنوان یک بحران در حوزه سلامت عمومی جدی گرفت. بیشتر مطالبی که تاکنون در رسانه‌ها درباره پدیده خودکشی منتشر شده است، بر جان‌باختگان متمرکز بود و این مسئله را اغلب از منظر شرایط اجتماعی و اقتصادی کشور مورد توجه قرار است. در اینجا اما قرار است به چالش‌های نجات‌یافتگان از خودکشی، به‌ویژه نوجوانان و جوانان پرداخت. این موضوع با امیرحسین جلالی‌ندوشن، سخنگوی انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، در میان گذاشته شد.

مهم‌ترین چالش‌هایی که فرد نجات‌یافته از خودکشی با آن دست‌به‌گریبان است چیست؟

اقدام به خودکشی نشان‌دهنده یک رنج عمیق روانی و بن‌بست هیجانی یا نشان‌دهنده فروپاشی موقت ظرفیت‌های مقابله‌ای فرد است. نباید فراموش کنیم که نجات‌یافتگی نشان‌دهنده پایان بحران نیست، بلکه آغاز مرحله پرخطری است که به مراقبت دقیق، مستمر و چندوجهی نیاز دارد. خودکشی یک پدیده خطی تک‌علتی نبوده، از آنجا که عوامل مختلفی باعث پیدایش آن می‌شود، تنوع بسیار دارد. در نتیجه پرداختن به آن نخست مستلزم شناخت پیچیدگی این پدیده و دوم واکنش متناسب نسبت به دلایل یا پیامدهای ایجادشده در اثر آن است. افراد نجات‌یافته از اقدام به خودکشی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های مشمول خدمات سلامت روان هستند. از سوی دیگر از آنجا که خودکشی یک رویداد صرف فردی نیست، بلکه پیامدهای روانی و اجتماعی جدی بر افراد پیرامون فرد برجای می‌گذارد، امروزه در جامعه ما و بسیاری از جوامع دیگر به عنوان یک مسئله سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شود که نیازمند برنامه‌ریزی‌های کلان ملی است.

از نظر روانی، اقدام به خودکشی یک فرد چه تأثیری بر خانواده او می‌گذارد؟

وقتی خودکشی در یک خانواده رخ می‌دهد، این مسئله فقط به آن عضو خانواده که به این عمل اقدام کرده است محدود نشده، تعادل هیجانی مجموع خانواده را به هم می‌ریزد و خانواده در این شرایط با ترکیب پیچیده‌ای از هیجانات منفی مثل احساس شوکه‌بودن، ترس، خشم، حس گناه، سردرگمی، انکار و... مواجه می‌شود. خانواده از یک طرف تصور می‌کند مراقبت‌های لازم را از فرد نکرده، از سوی دیگر ممکن است از اقدام او به دلایلی مانند خودخواهانه‌بودن این اقدام یا در معرض قضاوت قراردادن خانواده عصبانی شود. تجربه این احساسات متناقض دال بر نداشتن شناختن کافی از موقعیت فرد نجات‌یافته از خودکشی است. از سوی دیگر، هم‌زمانی چنین احساساتی می‌تواند اعضای خانواده را به لحاظ روانی در وضعیت شکننده‌ای قرار دهد.

پیامدهای آن منجر به ایجاد چه رفتارهایی می‌شود؟

از آنجا که وقوع خودکشی در یک خانواده می‌تواند دقیقا به عنوان یک واقعه تروماتیک (آسیب‌زا) بروز کند، روی درک و برداشت افراد اثر گذاشته، آنان را محتاط، گوش‌به‌زنگ، شکاک و ترسو می‌کند. این مسئله در خیلی از پدیده‌ها وجود دارد. برای مثال فردی که تصادف رانندگی می‌کند، احتمالا بعد از آن نمی‌تواند به‌آسانی رانندگی کند. محتاط می‌شود و در حین رانندگی واکنش‌های خیلی برانگیخته‌ای نشان می‌دهد. این در صورتی است که به رانندگی ادامه دهد و به‌طور کلی رانندگی‌کردن را کنار نگذارد. موقعیت خودکشی یک نفر هم می‌تواند در اعضای خانواده و شبکه پیرامونی او همین میزان از ترس، وحشت، برانگیختگی و به‌اصطلاح گوش‌به‌زنگی را ایجاد کند. از همین روست که وضعیت روانی کسانی که قرار است از فرد نجات‌یافته مراقبت و چنین وضعیت به نسبت بحرانی و شکننده‌ای را مدیریت کنند، بسیار مهم است؛ چون ذهنیت‌های آنان هم از این حادثه زخمی شده و معمولا افراد در یک وضعیت بحرانی قادر به پردازش صحیح شرایط نیستند. بنابراین ممکن است به‌شدت فرد آسیب‌دیده را کنترل کنند که همین امر مشکلات زیادی را برای او به دنبال خواهد داشت. در نتیجه واکنش‌های هیجانی و مراقبت‌هایی که در پی چنین احساساتی ایجاد می‌شود، معمولا خیلی زیاد خارج از اندازه لازم و افراطی است.

به مراقبت‌های افراطی اشاره کردید. چه رفتارهایی از سوی والدین می‌تواند ناخواسته فشار روانی بر فرد نجات‌یافته را افزایش دهد؟

اطرافیان دائم فکر می‌کنند او کجا می‌رود، چه‌کار می‌کند، چه چیزی در فکرش هست... مثلا اگر ساکت باشد، تصور می‌کنند به خودکشی فکر می‌کند. اگر بخواهد برای بهبود حالش قدم بزند یا ورزش کند یا به بهداشت شخصی‌اش رسیدگی کند، ممکن است، نگران بشوند که فکری در سرش هست و می‌خواهد در جای دیگری اجرا کند. این کنترل‌های افراطی که اغلب با نیت محافظت از فرد نجات‌یافته می‌شود، هرچند از سوی اطرافیان به‌ویژه والدین قابل فهمند، فشار روانی روی فرد نجات‌یافته را که هم بعد از اقدام به خودکشی دچار وضعیت هیجانی دردناکی شده و از قبل هم یک گره‌هایی در کارش بوده، افزایش می‌دهد.

آیا این مراقبت‌ها می‌تواند، مانع تکرار مجدد اقدام به خودکشی شود؟

حقیقت این است که الزاما مراقبت نمی‌تواند به اندازه کافی از اقدام مجدد جلوگیری کند. برای مثال با وجود تمام مراقبت‌هایی که در محیط‌های بیمارستانی انجام می‌شود، سالانه حتی در کشورهای پیشرفته و با امکانات زیاد مثل آمریکا تعداد قابل توجهی از افراد حتی پس از بستری‌شدن در بیمارستان متأسفانه بر اثر اقدام به خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. از سوی دیگر این یک اصل پذیرفته‌شده است که خیلی از وقت‌ها دقت بیش از اندازه، به‌ویژه در موضوعی مثل خودکشی که با هیجانات زخمی و منفی زیادی گره خورده، نه‌تنها کار را بهتر نمی‌کند، که در شرایطی مثل وضعیت شکننده نوجوانی، مراقبت و کنترل، پیگرد و... از سوی خانواده مسئله را پیچیده‌تر نیز خواهد کرد. چنین رفتارهایی نه‌تنها احتمال اقدام‌های تکانه‌ای را کاهش نخواهد داد، بلکه ممکن است در مواردی سبب افزایش آن شود. درواقع با وجود اینکه موقعیت تلخ و گزنده‌ای است، ولی واقعیت آن است که ما چاره‌ای جز پذیرش این موضوع نداریم که ظرفیت، امکانات و توانایی‌مان برای اتخاذ بهترین تصمیم در چنین مواردی با محدودیت‌های زیادی همراه است.

خانواده‌ها باید با فرد نجات‌یافته چگونه رفتار کنند؟ سکوت کنند یا درباره آن صحبت؟ مرز ایجاد حس امنیت روانی و کنترل آسیب‌زا کجاست؟

در چنین حالت‌هایی داشتن یک‌سری دستورالعمل‌ها و پیروی از یک‌سری اصول شناختی معین و مدون ما را کمتر دچار افتادن در دام آن احساسات گوش‌به‌زنگی و افراطی‌گری در مراقبت می‌کند. معمولا در ساعت‌ها و روزهای بعد از اقدام، تمرکز اصلی باید در ایجاد احساس امنیت روانی در فرد و کاهش فشار هیجانی باشد. فردی که اقدام به خودکشی می‌کند، در بحران است. به عبارتی غیر از مسئله یا مسائلی که پیش از خودکشی با آن دست به گریبان بوده و به‌واسطه آنها اقدام به این عمل کرده، پس از خودکشی دچار احساساتی مثل شرم از دیگران، حس گناه و ترس از قضاوت دیگران است. از سوی دیگر معمولا خانواده و اطرافیان خودشان هم در وضعیت شکننده‌ای قرار دارند. بنابراین به دلیل وضعیت‌های هیجانی و شکننده و نه از سر منطق و پختگی، قضاوت‌های افراطی می‌کنند. بزرگ‌نمایی افراطی مسئله یا کوچک جلوه‌دادن موضوع و قضاوت از منظر اخلاقی، از جمله مواردی است که به‌شدت باید از آن پرهیز کرد. از سوی دیگر نباید آن را بی‌اهمیت شمرد و خودکشی را به یک رفتار تکانشی تقلیل داد که مثلا فرد به سرش زد و این اقدام را انجام داده است؛ چون درمیان‌گذاشتن این مسئله با فرد نجات‌یافته می‌تواند علاوه بر نادیده‌گرفتن عمق رنج روانی او، باعث افزایش شرم شده و از سوی دیگر شانس اقدام مجدد را افزایش دهد. بنابراین نحوه واکنش مناسب به این مسئله از سوی خانواده بسیار مهم است که این امر نیازمند آن است که خانواده‌ها در این زمینه اطلاعاتی داشته باشند.

چگونه باید عوامل خطر را برای فردی که ایده‌پردازی خودکشی دارد، شناسایی کرد؟ مثالی هست که می‌گویند اگر فردی به‌طور جدی قصد خودکشی داشته باشد در این مورد با کسی صحبت نمی‌کند و افرادی که درباره قصد خود برای پایان زندگی صحبت می‌کنند، بیشتر به دنبال دریافت کمک هستند. با این ایده موافق هستید؟

نکته حائز اهمیت این است که با تمام دستاوردهایی که در زمینه دانش روان‌پزشکی، سلامت روان و علوم اجتماعی داریم، همچنان درنظرگیری احتمال اقدام به خودکشی و اینکه ارزیابی خطر آن از دقت کافی برخوردار باشد، یک مسئله مهم است. مثال بارز آن خودکشی در بیمارستان بود که به آن اشاره شد. این مسئله را باید در نظر بگیریم که چون فکر و ایده خودکشی بسیار تنوع داشته و از پیچیدگی برخوردار است، شکل، نوع و نحوه بروز و رفتار آن می‌تواند از یک فرد به فرد دیگر متفاوت و متغیر باشد. بنابراین حتی بالینگران و افراد بسیار خبره هم ممکن است نتوانند به اندازه کافی این موضوع را تشخیص دهند. حقیقت این است که مسئله بعد از وقوع بر ما کشف می‌شود و الزاما نمی‌توان قبل از وقوع آن را به دقت پیش‌بینی کرد.

آیا خطرناک‌بودن روشی که فرد برای پایان‌دادن به زندگی خود انتخاب می‌کند، می‌تواند نشان از جدی‌بودن تصمیم او باشد؟

اصولا هرچند میزان خطرناک‌بودن روش، احتمال جدی‌تربودن تصمیم فرد را برای مردن نشان می‌دهد، اما ردکننده این نیست که فرد ممکن است در معرض یک خطر مجدد باشد و این مسئله خیلی اهمیت دارد. برای مثال ممکن است فردی پنج عدد قرص بخورد که ما آنها را قرص‌های خطرناکی نمی‌دانیم. یا فرد دیگری زخم‌های کوچکی روی دستش ایجاد کند که مشخص باشد منجر به مرگش نمی‌شود. بنابراین هرکس که اقدام به خودکشی می‌کند، بدون قضاوت‌کردن مبنی بر اینکه اقدام او تا چه اندازه خطرناک است، باید از مراقبت‌های تخصصی بهره‌مند شود.

بسیاری از خانواده‌ها پس از اقدام به خودکشی فرزندشان از ترس قضاوت دیگران دست به پنهان‌کاری می‌زنند. مهم‌ترین پیامدهای این پنهان‌کاری چیست؟

اغلب خانواده‌ها به دلیل مسائلی مثل آبرو و ترس از قضاوت دست به سکوت و پنهان‌کاری می‌زنند و می‌گویند کسی نفهمد. اما مسئله اینجاست، همین پنهان‌کاری خیلی وقت‌ها باعث می‌شود این افراد از شبکه‌های حمایتی درون خانواده‌ها و از کمک افرادی مثل عمو، خاله، پدربزرگ یا دوستان محروم شوند. به‌ویژه در خانواده‌های گسترده ایرانی که نقش این افراد بسیار مهم و پررنگ است. از طرف دیگر خیلی وقت‌ها این پنهان‌کاری‌ها مانع از پیگیری‌های درمانی تخصصی می‌شود. اصولا در چنین مواقعی خانواده‌ها نباید تنها باشند و باید مورد حمایت و آموزش قرار گیرند.

خانواده‌ها چگونه می‌توانند احساس امنیت بدهند، بدون آنکه استقلال فرد را سلب کنند؟

خانواده باید سعی کند حرف بزند و سوءتفاهم را کاهش دهد. باید خانواده‌ها را نسبت به مسائلی مثل قضاوت‌نکردن فرد نجات‌یافته از خودکشی و فرصت‌دادن به او آگاه کرد. در عین حال اطرافیان باید برنامه‌هایی را که برای فرد نجات‌یافته دارند با او در میان بگذارند تا بتوانند به یک درک مشترک برسند. به او یادآوری کنند که شرایط سخت او را می‌فهمند. فرد نجات‌یافته هم باید به خانواده این امکان را بدهد که از او مراقبت کنند. هرجا هم ناراحت شد، بتواند مسئله را به‌راحتی با آنان در میان بگذارد. فرد نجات‌یافته از خودکشی مثل هر انسانی باید آزاد باشد و بتواند زندگی را از سر گیرد. اما در عین حال باید به خودش وقت و فرصت بدهد و خانواده هم این مسئله را درک کند. در کل اگر خانواده خواستار آن است که فرد نجات‌یافته راه متفاوتی را در پیش گیرد، باید به‌جای کنترل و فشار به فرد به یک منبع حمایت پایدار تبدیل شود. این مسئله باید به عنوان یک پیام سلامت عمومی و به عنوان یک خواسته و مطالبه مطرح شود.

بازگشت به کار و زندگی با چه ملاحظاتی به نجات‌یافتگان از خودکشی توصیه می‌شود؟

شرایط برای افراد مختلف متفاوت است. شاید روان‌پزشک برای فردی که به‌تازگی خودکشی کرده، بستری‌شدن در بیمارستان روان‌پزشکی را لازم بداند. یا اینکه فردی که در وضعیت افسردگی خیلی شدید خودکشی کرده و نجات یافته، اول باید افسردگی‌اش درمان شود. ولی اگر کسی در یک موقعیتی از زندگی بدون آسیب‌پذیری خیلی عمیق روانی پیشین دست به خودکشی زده، تا جای ممکن باید پس از اطمینان از اینکه او به اقدام مجدد فکر نمی‌کند، بستر را برای زندگی مستقلش فراهم کنیم. اغلب تصور می‌شود پس از این اتفاق فرد باید مرخصی بگیرد و در خانه بماند، سر کار نرود و از محیط‌های مختلف خود را دور نگه دارد. البته اگر محیط‌های سازنده‌ای نباشند، می‌تواند برای فردی که رنج روانی شدیدی دارد، آزاردهنده باشد. ولی در کل بهتر است هرچه سریع‌تر شرایط بازگشت فرد را به فضای کار، آموزش و جامعه و یک زندگی مستقل فراهم کرد. یکی از تله‌هایی که اطرافیان به طور ناخواسته در هر ترومایی فرد را گرفتار می‌کنند، قراردادن او در یک وضعیت قربانی‌نمایی یا قربانی‌انگاری و سلب عاملیت از اوست. عاملیت به معنای تصمیم‌گیری برای خود است. این درحالی است که شرط بازیابی سلامت روان فرد این است که بتواند عاملیت را پس بگیرد و این بدان معناست که او به این باور برسد که آدمی است که می‌تواند فکر کرده و خوب و بد را از هم تشخیص بدهد. اینکه دیگر از آن حالت شکنندگی که خود را در کام مرگ کشیده بیرون آمده است و بنابراین می‌تواند برای خود تصمیم بگیرد، به‌تنهایی به سر کار برود و بدون آنکه لازم باشد کسی او را تا مدرسه یا دانشگاه برساند. ما معمولا در مراقبت‌مان فکر می‌کنیم از فردی که هر نوع بیماری دارد، باید به طور افراطی مراقبت کنیم. در قفس و زیر مراقبت ماندن زیاد و طولانی با این استدلال که باید بهبود پیدا کنی در واقع دادن این پیام غیرمستقیم به فرد است که او عاملیت ندارد. نداشتن عاملیت نه‌تنها وضع را بهتر نمی‌کند، بلکه باعث تثبیت نقش قربانی و حتی در مورد موضوع خودکشی امکان افزایش آسیب‌پذیری می‌شود.

نقش تیم درمان در آموزش خانواده‌ها در نحوه برخورد درست با فرد نجات‌یافته تا چه حد پررنگ است؟

تیم درمان در پایان مراقبت‌های اولیه علائم هشدار را به صورت روشن و اختصاصی به خانواده‌ها آموزش می‌دهند. این باعث می‌شود خانواده به هر رفتاری واکنش افراطی نشان ندهند. توضیحاتی در مورد اینکه خودکشی چطور رخ می‌دهد، چه آثاری روی فرد و خانواده دارد و اینکه چطور باید آن را فهمید، در اغلب موارد باعث می‌شود خانواده به شکل واقع‌بینانه‌تری با این مسئله برخورد کنند. در این شرایط ما باید سرویس‌هایی داشته باشیم که به خانواده‌ها خدمات مشاوره و فرصتی را بدهند که در صورت ناتوانی در مدیریت شرایط بتوانند از این خدمات استفاده کنند.

آیا امکانات ارائه خدمات مشاوره‌ای به خانواده‌های افراد نجات‌یافته از خودکشی در حال حاضر در کشور وجود دارد؟

به طور کلی خدمات روان‌پزشکی در کشور به دو بخش حاد و مزمن تقسیم شده است. وزارت بهداشت از طریق بیمارستان‌های روان‌پزشکی و درمانگاه‌هایی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی متولی خدمات روان‌پزشکی حاد است. این خدمات شامل مراقبت‌های مربوط به اورژانس، بستری، درمان سرپایی یا پیگیری موارد بعد از ترخیص در موارد اورژانسی و بستری است. پزشکان عمومی زیادی در این زمینه آموزش‌های لازم را دیده‌اند و خدمات مورد اشاره در اکثر مراکز بهداشت نیز ارائه می‌شود. این مجموعه‌ها خوشبختانه دانش قابل توجهی در زمینه موضوع خودکشی دارند؛ مواردی همچون درک و فهم این پدیده، نحوه و فراهم‌کردن امکانات لازم برای مقابله با آن. در سال‌های اخیر هم به دلیل اهمیت روبه‌فزون این مسئله با تلاش‌هایی که چه در سطح دولتی و چه در سطح دانشگاه‌ها و از طریق انجمن‌های علمی از جمله انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران و دیگر انجمن‌های علمی حوزه سلامت روان انجام شده، این دانش از رشد مناسبی برخوردار شده است. خوشبختانه برای مراقبت‌های حاد بسیار توانمند هستیم. یعنی اگر کسی اقدام به خودکشی کند یا قصد خودکشی داشته باشد، می‌توانیم به او رسیدگی کافی کنیم؛ حتی سرویس‌های جامع و خدمات مربوط به اقدامات بعد از اقدام نیز فراهم است؛ اما از آنجا که اصولا خودکشی بعد از یک بار اقدام به پایان نمی‌رسد، همواره باید برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای جلوگیری از اقدام مجدد در دستور کار باشد. در حال حاضر مسئله اصلی مراقبت‌های بعد از اقدام است، مراقبت‌هایی که در ترمیم فرد و خانواده او لازم است انجام شود. همچنین آموزش در زمینه پیشگیری از تکرار این مسئله از طریق شناسایی نشانه‌ها و کمک به فرد در شرایطی که در سرازیری اقدام مجدد یا شدت‌یافتن افکار خودکشی قرار می‌گیرد؛ متأسفانه در این زمینه هنوز نتوانستیم امکانات لازم را به اندازه کافی رشد و گسترش دهیم و این یکی از نقصان‌های جدی برنامه‌های پیشگیری و مراقبت از خودکشی در ایران به شمار می‌رود. هرچند در یکی دو سال اخیر توجه‌های جدی به آن جلب شده و باید در این حوزه امکانات بیشتری را توسعه دهیم.

چه نهادهایی باید این اختلال جدی در برنامه‌های پیشگیری و مراقبت پس از خودکشی را در کشور مدیریت کنند؟ نهادهای دولتی یا سازمان‌های مردم‌نهاد؟

خودکشی یک مسئله در حوزه سلامت عمومی و یک موضوع ملی و مسئله‌ای است که روی سلامت تک‌تک شهروندان و سلامت جامعه به عنوان یک ارگانیزم واحد تاثیر می‌گذارد. تا جایی که وقتی اخبار خودکشی پخش می‌شود، روی ادراک اجتماعی و حتی روی کسانی که به خودکشی فکر هم نمی‌کنند اثر می‌گذارد. بنابراین این پدیده اجتماعی می‌تواند در درازمدت انسجام اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار دهد. فرد باید ثابت کند که سوءنیت و قصد سیاه‌نمایی ندارد و نمی‌خواهد آبروی کشور را ببرد. برای بسیاری از اشخاص آسان نیست که وارد چنین فضاهایی شوند. در اینجا دولت می‌تواند با کاهش و سبک‌کردن بوروکراسی و اعطای بسته‌های تشویقی و حمایتی به رشد و توسعه چنین فعالیت‌هایی کمک کند. نجات‌یافتگان از خودکشی هم باید انجمن داشته باشند که در گام نخست می‌بایست عده‌ای در این زمینه داوطلب شوند. برای پیداشدن داوطلبان آگاهی‌رسانی، سبک‌کردن بوروکراسی و تشویق می‌تواند نقش مهمی ایفا کند. طبعا ما نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم که یکباره سازمان‌ها و انجمن‌های بزرگی ایجاد شود. خیلی از اینها باید در بسترهای محلی شکل بگیرد. در شرایط کنونی معقول‌تر به نظر می‌رسد که به‌جای راه‌اندازی یک سازمان برای حمایت از نجات‌یافتگان از خودکشی از ظرفیت‌های انجمن‌های خوش‌نام و با سوابق طولانی‌مدت که در حال حاضر در زمینه حمایت‌های اجتماعی فعال هستند، استفاده کنیم.

خودکشی یک مسئله در حوزه سلامت عمومی و یک موضوع ملی و مسئله‌ای است که روی سلامت تک‌تک شهروندان و سلامت جامعه به عنوان یک ارگانیزم واحد تأثیر می‌گذارد. تا جایی که وقتی اخبار خودکشی پخش می‌شود، روی ادراک اجتماعی و حتی روی کسانی که به خودکشی فکر هم نمی‌کنند اثر می‌گذارد. بنابراین این پدیده اجتماعی می‌تواند در درازمدت انسجام اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار دهد