

یادداشت

طرح شکفت انگیز مجلس برای تشویق به فرزندآوری!



محمد رضا رسولی

● نمایندگان مجلس برای تشویق به فرزندآوری و افزایش زاد و ولد، در مصوبه‌ای دولت را مکلف کردند به ازای هر فرزند که از ابتدای سال ۱۴۰۰ متولد می‌شود ۱۰ میلیون ریال به‌صورت بلاعوض صرفا برای خریداری واحدهای صندوق‌های سرمایه‌گذاری پذیرفته‌شده در بورس به سرپرست فرزند اختصاص دهد؛ به عبارتی دیگر براساس این مصوبه مجلس، هر نوزادی که در سال ۱۴۰۰ به دنیا بیاید، سه‌ماهه بورس است و یک میلیون تومان از سهام شرکت‌های دولتی را دارا خواهد بود. در زمان دولت محمود احمدی‌نژاد در سال ۱۳۸۹ نیز طرحی با عنوان «تامین آتیه جوانان» راه‌اندازی شد که به موجب آن قرار شد دولت در ابتدای تولد هر نوزاد، یک میلیون تومان به حسابی غیرقابل برداشت به‌نام آنان واریز و بعد از آن تا ۱۸ سال خانواده نوزاد، سالانه ۲۴ هزار تومان و دولت هم مبلغ ۱۲۰ هزار تسهیلات ۱۲۰ میلیون تومانی مسکن به جوانانی که در آستانه ازدواج قرار دارند تعلق بگیرد.
محمودرضا خاوری، مدیرعامل وقت بانک ملی ایران نیز در آن زمان به عنوان مجری طرح در سخنانی این‌طرح را کاری مثبت و شجاعانه دانست که با ابتکار و دوراندیشی رئیس‌جمهور عملیاتی شده است اما کمتر از یک سال بعد از آغاز اجرای این طرح، مشخص شد اجرای آن متوقف و موجودی صندوق افرادی که پول به حساب آنها واریز شده، مصرف شده است.
شواهد امر مبین آن است، در شرایطی که مردم به علت مشکلات اقتصادی، توان تأمین هزینه‌های اولیه فرزند جدید را ندارند و با توجه به وضعیت بازار سرمایه که در شرایط نامناسبی به سر می‌برد، این طرح بیشتر شبیه طنز تلخی است که به هیچ عنوان نمی‌تواند رغبتی به فرزندآوری ایفا کند.
مسئولان مردم را تشویق به فرزندآوری می‌کنند ولی هیچ‌گونه اقدام عملی درخوری در دولت، مجلس، شورای عالی انقلاب فرهنگی و نهادهای مسئول صورت نمی‌گیرد.
افزایش جمعیت به حمایت عملی و مشوق‌های عینی احتیاج دارد نه مشوق‌های کاغذی و اقدامات نمایشی. نهادهای مسئول باید از تجربیات کشورهای دیگر در زمینه سیاست‌های تشویقی استفاده کنند.
برای نمونه کشوری مانند روسیه برای فرزند اول ۱۵ هزار دلار و برای تولد فرزند سوم یک خانه به پدر و مادر نوزاد هدیه می‌دهد.
در کشور انگلیس ۵۲ هفته مرخصی زایمان برای مادران، که ۳۹ هفته آن همراه با حقوق است در نظر گرفته شده است یا در کشور فرانسه، خانواده‌های فرزندآوری تا سه سال می‌توانند با ضمانت بازگشت به کار، در کنار فرزند خود حضور داشته باشند.
همه اینها در حالی است که در کشور ما هنوز بر سر ۹ ماه مرخصی زایمان زنان شاغل مسئله وجود دارد. طبق اصلاحیه قانون تنظیم جمعیت خانواده مصوب ۲۰ خرداد ۹۲ مجلس، مرخصی زایمان برای زنان باردار ۲۰ هفته‌ای است اما به‌صورت کتبی اعلام کنیم که من به علت مشغله کاری فراموش کردم که فرم را پر کنم و دیگر در این جلسات از من دعوت نشد.
در مورد اینکه بقیه کارشناس‌های دعوت‌شده در شرکت در جلسات مداوم داشتند یا خیر، از یک نفرشان یاد کردم که او هم گفت که بعد از دو، سه جلسه دیگر از او هم دعوت نشده است. بنابراین فکر نمی‌کنم همه افرادی که به‌عنوان طراحان این مدل درمانی معرفی شده‌اند، در تدوین آن نقش داشته باشند.
بنابراین فکر می‌کنم این مدل درمانی کارشناسان حاضر در آن جلسات تدوین شده است. او می‌گوید: «اگر بخواهم مشخصا در مورد خودم حرف بزنم، می‌توانم بگویم من نقشی در تدوین این مدل درمانی نداشته‌ام و از خروجی مدل درمانی‌ای که برای این مراکز تدوین شده است، اطلاع ندارم. ولی بسیار مشتاقم که پروتکل منتشر شود تا از جزئیات آن مطلع شوم. اطلاعات من در مورد مدل درمانی این مراکز به اطلاع‌رسانی‌های رسانه‌ای درازین‌باره خلاصه می‌شود.»
این درمانگر اعتیاد می‌گوید: «من اصلا نمی‌دانم که مدل درمانی مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد دقیقا چگونه است و اینکه این مدل دقیقا با مدل‌های پیشین درمان اقامتی چه تفاوتی دارد. من هنوز متوجه نشده‌ام که آیا در این مراکز امکان استفاده از داروهای آنتاگونیستی وجود دارد یا خیر، چون در مصاحبه‌ای که اخیرا درباره این مراکز منتشر شده بود، اول به‌صراحت گفته می‌شود که از داروهای آنتاگونیستی استفاده نخواهیم کرد و در مرحله بعدی با اصرار خبرنگار گفته می‌شود که حالا اگر بیمار در طی سم‌زداییی حالش بد شود، لازم باشد دارو هم می‌دهیم.»
نارنجی‌ها می‌گویند: «باید مشخص شود که در این مراکز از ابتدا تا انتهای روند درمان، چه برنامه‌هایی برای بیمار تدارک دیده شده است که برای فهم این موضوع باید پروتکل درمانی این مراکز منتشر شود.»
چه نیازی باعث شده مسئولان مراکز با تابلوی جدید راه‌اندازی کنند؟
این کارشناس اعتیاد می‌گوید: «این موضوع باید مشخص شود چه نیازی مسئولان را بر این داشته است که مرکزی با تابلوی جدید راه‌اندازی کنند و اینکه چه کسانی قرار است مشتریان این مراکز باشند و چرا مراکز موجود درمان اعتیاد برای این بیماران مناسب نبوده است. مراکز درمان سرریایی اعتیاد، مراکز اقامتی درمان اعتیاد، تی‌سی‌های و … هم‌کردم

مرضیه نسوری؛ راه‌اندازی مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد، جدیدترین اقدام سازمان بهزیستی در حوزه درمان اعتیاد است. براساس ادعای مسئولان سازمان بهزیستی و ستاند مبارزه با مواد مخدر قرار است این مراکز تحول عظیمی در حوزه درمان اعتیاد ایجاد کنند. به گفته آنها ۴۰ درصد از مصرف‌کنندگان موادی که به این مراکز وارد می‌شوند، مانایی در درمان خواهند داشت و دیگر لغزش نخواهند کرد. همان مسئولان گفته‌اند که میانگین مانایی در درمان در سایر مراکز درمان اعتیاد در ایران به‌طور میانگین حدود پنج درصد است.

هفتم بهمن‌ماه امسال ۲۴ مرکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد به‌طور هم‌زمان در سراسر ایران افتتاح شد. شش مرکز هم قبل از این تاریخ افتتاح شده بود و بعد از این تاریخ هم مراکز دیگری راه‌اندازی شد. سیاست ستاد بهزیستی کشور این مدل درمانی در کشور است. اما کارشناسان اعتیاد بر این اعتقادند که هیچ نیازی به راه‌اندازی این مراکز نبوده و سازمان بهزیستی بودجه‌اش را در جایی هزینه کرده است که از دیدگاه هزینه اثربخشی قابل‌توجهی نیست. دکتر رامین رادفر، پژوهشگر و درمانگر اعتیاد چندی پیش در مصاحبه با یکی از خبرگزاری‌ها درباره این مراکز گفت: «راه‌اندازی این مراکز شاید کاربردهای تبلیغاتی و سیاسی داشته باشد اما قرار نیست گرهی از مشکلات اعتیاد کشور باز کند کم‌اینکه مراکز دیگر با نام‌های متفاوت چون نجات، ماده ۱۶، بهاران و… موفقیت نداشته‌اند.»
به اعتقاد او اگر بهزیستی می‌خواهد پولی هزینه کند، بهتر است برای ارتقای مراکز موجود و نظارت بیشتر هزینه کند تا کیفیت کار آنها افزایش پیدا کند و با درمان اصولی مانایی درمان بیماران خروجی همین مراکز را افزایش دهد. حالا کنتور هومان نارنجی‌ها، کارشناس و درمانگر اعتیاد هم همین حرف‌ها را می‌زند. او هم می‌گوید که نمی‌داند مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد برای پاسخ به چه نیازی راه‌اندازی شده است. این در حالی است که دکتر «فاطمه رضوان‌مدنی»، معاون توسعه، پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور در مصاحبه‌اش از دکتر هومان نارنجی‌ها به‌عنوان یکی از طراحان مدل درمانی مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد نام برده است.

در تدوین مدل درمانی مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد نقش نداشته‌ام

دکتر هومان نارنجی‌ها در پاسخ به این پرسش که آیا در تدوین مدل درمانی مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد نقش داشته، می‌گوید: «چندی پیش دکتر قبادی‌دانا، رئیس سازمان بهزیستی، گروهی از کارشناسان اعتیاد را دعوت کرد ت در جلساتی با موضوع ارتقای سیستم درمان‌های اقامتی شرکت کنند. از من هم برای شرکت در این جلسات دعوت شده بود. بعد از دو جلسه فرامی‌برد را برای ما ارسال کردند که درباره موضوعاتی در حوزه درمان اقامتی نظمان را به‌صورت کتبی اعلام کنیم که من به علت مشغله کاری فراموش کردم که فرم را پر کنم و دیگر در این جلسات از من دعوت نشد. در شرکت در جلسات مداوم داشتند یا خیر، از یک نفرشان یاد کردم که او هم گفت که بعد از دو، سه جلسه دیگر از او هم دعوت نشده است. بنابراین فکر نمی‌کنم همه افرادی که به‌عنوان طراحان این مدل درمانی معرفی شده‌اند، در تدوین آن نقش داشته باشند. بنابراین فکر می‌کنم این مدل درمانی کارشناسان حاضر در آن جلسات تدوین شده است. او می‌گوید: «اگر بخواهم مشخصا در مورد خودم حرف بزنم، می‌توانم بگویم من نقشی در تدوین این مدل درمانی نداشته‌ام و از خروجی مدل درمانی‌ای که برای این مراکز تدوین شده است، اطلاع ندارم. ولی بسیار مشتاقم که پروتکل منتشر شود تا از جزئیات آن مطلع شوم. اطلاعات من در مورد مدل درمانی این مراکز به اطلاع‌رسانی‌های رسانه‌ای درازین‌باره خلاصه می‌شود.»

این درمانگر اعتیاد می‌گوید: «من اصلا نمی‌دانم که مدل درمانی مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد دقیقا چگونه است و اینکه این مدل دقیقا با مدل‌های پیشین درمان اقامتی چه تفاوتی دارد. من هنوز متوجه نشده‌ام که آیا در این مراکز امکان استفاده از داروهای آنتاگونیستی وجود دارد یا خیر، چون در مصاحبه‌ای که اخیرا درباره این مراکز منتشر شده بود، اول به‌صراحت گفته می‌شود که از داروهای آنتاگونیستی استفاده نخواهیم کرد و در مرحله بعدی با اصرار خبرنگار گفته می‌شود که حالا اگر بیمار در طی سم‌زداییی حالش بد شود، لازم باشد دارو هم می‌دهیم.»
نارنجی‌ها می‌گویند: «باید مشخص شود که در این مراکز از ابتدا تا انتهای روند درمان، چه برنامه‌هایی برای بیمار تدارک دیده شده است که برای فهم این موضوع باید پروتکل درمانی این مراکز منتشر شود.»
چه نیازی باعث شده مسئولان مراکز با تابلوی جدید راه‌اندازی کنند؟
این کارشناس اعتیاد می‌گوید: «این موضوع باید مشخص شود چه نیازی مسئولان را بر این داشته است که مرکزی با تابلوی جدید راه‌اندازی کنند و اینکه چه کسانی قرار است مشتریان این مراکز باشند و چرا مراکز موجود درمان اعتیاد برای این بیماران مناسب نبوده است. مراکز درمان سرریایی اعتیاد، مراکز اقامتی درمان اعتیاد، تی‌سی‌های و … هم‌کردم

جامعه

نقدی بر عملکرد مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد و گفت‌وگو با هومان نارنجی‌ها

کاربرد تبلیغاتی و سیاسی به بهانه ترک اعتیاد!



امکانات متفاوتی را در اختیار بیماران قرار می‌دهد. چه اشکالی در این مراکز بوده که قابل حل و ارتقا نبوده و مسئولان به ناچار به فکر افتاده‌اند مراکز جدیدی راه‌اندازی کنند. آیا مشکل این بوده که این بیماران حاضر به درمان سرریایی نبوده‌اند؟ مراکز اقامتی فعلی را مناسب نمی‌دانستند؟ پول نداشتند برای درمان اعتیاد اقدام کنند؟».

باز کند کم‌اینکه مراکز دیگر با نام‌های متفاوت چون

نجات، ماده ۱۶، بهاران و… موفقیت نداشته‌اند.»
به اعتقاد او اگر بهزیستی می‌خواهد پولی هزینه کند، بهتر است برای ارتقای مراکز موجود و نظارت بیشتر هزینه کند تا کیفیت کار آنها افزایش پیدا کند و با درمان اصولی مانایی درمان بیماران خروجی همین مراکز را افزایش دهد. حالا کنتور هومان نارنجی‌ها، کارشناس و درمانگر اعتیاد هم همین حرف‌ها را می‌زند. او هم می‌گوید که نمی‌داند مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد برای پاسخ به چه نیازی راه‌اندازی شده است. این در حالی است که دکتر «فاطمه رضوان‌مدنی»، معاون توسعه، پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور در مصاحبه‌اش از دکتر هومان نارنجی‌ها به‌عنوان یکی از طراحان مدل درمانی مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد نام برده است.
چرا نتایج طرح پایلوت را منتشر نمی‌کنند؟
او ادامه می‌دهد: «اگر مخاطبان مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد کسانی هستند که درمان اعتیاد را قبلا در مراکز سرریایی یا مراکز اقامتی امتحان کرده‌اند و پاک شده‌اند اما بعد از خروج دوباره لغزش کرده‌اند، آن‌وقت این سؤال پیش می‌آید که این مراکز چطور می‌خواهند این افراد را پاک نگه دارند؟ باید این موضوع در پروتکل به‌طور دقیق قید شده باشد که چه راهکاری برای این افراد در نظر گرفته‌اند. داوطب توضیح که مانایی در درمان اعتیاد قرار است ۴۰ درصد باشد، شاید مردم عادی را راضی کند اما من به‌عنوان فردی که سال‌هاست در حوزه درمان اعتیاد مشغول به کار هستم، متوجه نمی‌شوم که چطور قرار است این اتفاق بیفتد؟ چرا دقیق توضیح داده نشده است در مرکز سفهان که این مدل درمانی پایلوت شده است، چه کارهایی انجام شده است؟ چه کسانی پذیرش شده‌اند و روند درمان بیماران چگونه بوده است؟ بنابراین بسیار علاقه‌مندم مدل درمانی این مرکز و نتایج پایلوت انجام‌شده در سفهان را مطالعه کنم.».

درباره تعدادم فعالیت مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد درازمدت شک دارم

نارنجی‌ها سؤال دیگری هم دارد. او می‌پرسد: «براساس آنچه گفته شده، قرار است بیماران به‌صورت داوطلبانه برای درمان اعتیاد به این مراکز مراجعه کنند و دولت هم قرار است هزینه ۶۰ درصد این بیماران را پرداخت کند. ۴۰ درصد هم خودشان هزینه‌هایشان را پرداخت کنند؛ اما حالا مسئولان است که چه تضمینی وجود دارد که مصرف‌کنندگان برای درمان اعتیادشان به این مراکز مراجعه کنند؟ آیا واقعا مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد مستثنی خواهند داشت؟ پیش‌بینی من این است که در ابتدای راه‌اندازی از این مراکز استقبال می‌شود، ولی به مرور زمان دیگر مشتری نخواهند داشت. ساختار

مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد بسیار شبیه به مراکز تی‌سی است. الان ما چند تی‌سی در کشور داریم؟ کمتر از ۳۰ مرکز تی‌سی. چرا این مراکز با وجود همه تلاش‌هایی که انجام شد، گسترش پیدا نکردند؟
به خاطر اینکه بیماران از این مراکز استقبال نکردند. بیماران از تی‌سی‌ها به خاطر هزینه بالا و ساختار درمانی‌ای که دارند و بیمار را به مدت طولانی که می‌دارند، استقبال نمی‌کنند.

به همین دلایل ساده احتمال اینکه بیماران تمایل داشته باشند به این مراکز هم مراجعه کنند. نیز کم است.».

مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد قرار است به چه کسانی خدمات دهند؟

این کارشناس اعتیاد با تأکید بر اینکه باید مشخص شود چه کسانی قرار است در این مراکز پذیرش شوند، می‌گوید: «بگذارد یک مثال بزنم، فرض کنبد مدرسه‌ای راه‌اندازی شده است که مؤسسان آن مدعی‌اند ۴۰ درصد دانش‌آموزان این مدرسه در آزمون ورودی دانشگاه رتبه زیر ۵۰۰ کس خواهند کرد. اولین سؤالی که از مؤسسان این مدرسه می‌شود پرسیدز این است که چطور قرار است این اتفاق بیفتد؟ آیا قرار است بچه‌های باهوش و دارای استعداد را در مدرسه ثبت‌نام کنند و می‌خواهند آنها را شکوفا کنند؟ یا اینکه هر کسی که بخواهد می‌تواند در این مدرسه ثبت‌نام کند؟ اگر این مدرسه مختص بااستعدادها است، درآن صورت برنامه‌ای که دارند دقیقا چیست؟ یا اگر همه می‌توانند ثبت‌نام کنند و وارد مدرسه شوند، چطور می‌خواهند بچه‌ای را که انگیزه‌ای برای تحصیل ندارد، درس‌خوان کنند؟ برنامه‌شان چیست؟ پاسخ‌ها هرچه باشد، باید شواهدمحمور باشد تا مثل فن بتوانند درباره درستی یا نادرستی ادعای مؤسسان مدرسه اظهارنظر کنند.».

چرا باید فقط بیماران مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد از خدمات اضافه برخوردار شوند؟ چرا از زیرساخت‌های موجود استفاده نکنیم و خدمات تکمیلی را برای همه بیماران تعریف نکنیم؟ دولت می‌توانست پروتکل مراکز درمانی موجود را ارتقا دهد و با راه‌اندازی واحدهای روان‌شناسی، مددکاری، توانمندسازی و اشتغال‌زایی امکانی را برای همه معنادانی که از مراکز درمان اعتیاد ترخیص می‌شوند، فراهم کند. آن‌وقت هر بیماری براساس نیازی که داشت، می‌توانست از این خدمات بهره ببرد.».

نارنجی‌ها می‌گویند: «مسئولانی که درباره این مراکز مصاحبه کرده‌اند، گفته‌اند که میزان ماندگاری بیماران در درمان اعتیاد در کشور به‌طورکلی پنج درصد است و این مراکز قرار است حدود ۴۰ درصد از بیماران در درمان باقی بمانند. آیا منظور مسئولان این است که مراکز موجود که سال‌ها فعالیت کرده‌اند و اتفاقا از سازمان بهزیستی یا وزارت بهداشت مجوز دارند، عملکرد مطلوبی نداشته‌اند؟ آیا ارتقای مراکز موجود و نظارت بر آنها مقرون‌به‌صرفه‌تر بود یا راه‌اندازی مراکز جدید؟ ۳۰ مرکز جدید پاسخ‌گو می‌ناب بیماران نیست، در بهترین حالت چند گنجد بیمار در این مراکز می‌توانند تحت درمان قرار بگیرند؟».
او می‌گوید: «ما درحال حاضر به مدل‌های جدید نیاز داریم اما به مرکز جدید نیاز نداریم و باید مراکز موجود را ارتقا دهیم. اینکه گفته می‌شود مراکز موجود کارایی پایینی دارند و مراکز جدید راه‌اندازی کرده‌اند، مانند این است که بگوییم زندان‌ها در اصلاح مجرمان توانوستند مؤثر واقع شوند؛ به‌طوری‌که بسیاری از مجرمانی که از زندان آزاد می‌شوند، دوباره مرتکب جرم می‌شوند و راهکارشان برای این مشکل هم این باشد که بگویند حالا که این‌طور است ما زندان‌های جدیدی راه‌اندازی می‌کنیم. اگر چنین تصمیمی بگیرند، عجیب و باورنکردنی خواهد بود و این سؤال پیش می‌آید که چرا در همان زندان‌های قبلی مشکل را حل نمی‌کنند؟ چرا اشکالاتی را که در زندان‌ها وجود دارد، برطرف نمی‌کنند و می‌خواهند بنای جدیدی از نو بسازند؟

این کارشناس اعتیاد می‌گوید: «می‌شود از همین امکانات موجود استفاده کرد و اشکالات را برطرف کرد. مسئولان باید به این نکته توجه کنند که مرکز جدید با تابلوی جدید مشکل را حل نمی‌کند بلکه اصلاح روندها و ساختارهای مراکز موجود است که می‌تواند به ارتقای خدمات‌رسانی کمک کند. درحال‌حاضر بیش از هشت‌هزار مرکز درمان سرریایی وجود دارد و بااستعداد را که هدف‌شان کسب رتبه بالا در کشور سراسری است، جذب می‌کند. شرطش هم این باشد که خانواده‌ها هم باید حامی باشند و برای اینکه فرزندان‌شان در کنگور موفق شوند، هر کاری برای آنها بکنند، خب معلوم است که میزان قبولی دانش‌آموزان این مدرسه در کنگور سراسری خیلی بالا خواهد بود. چون این مدرسه همه خوب‌ها را گلچین کرده است. هنر این نیست که این مدرسه‌ای بتواند برنامه‌ای طراحی کند که دانش‌آموزانی را که انگیزه‌ای برای درس‌خواندن ندارند، هوش متوسط دارند و خانواده‌ها از آنها حمایت نمی‌کنند و البته پول هم ندارند، برای کنگور آماده کند و درصد قبولی بالا داشته باشد.».

خوبان را در جایی جمع کنیم، آمارهای بهبودی بالای‌مدی رود

نارنجی‌ها می‌گویند: «سؤال دیگری که باید از مسئولان بپرسم این است که آیا نیاز اساسی‌تری (کار روی مدل درمانی دیگری) در حوزه درمان اعتیاد وجود نداشت که مراکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد راه‌اندازی شود؟ حتما نیازه‌ای جدی‌تری هم وجود داشته است.».

برای مثال ما در کشور معتضلی داریم به نام کمپ‌های غیرمجاز درمان اعتیاد. چرا این کمپ‌ها ایجاد شده و با وجود اینکه کارایی ندارد، مشتری دارد؟ چون به یک نیاز واقعی پاسخ می‌دهد و جای خالی را پر می‌کند که مسئولان برای آن راهکاری نیندیشیده‌اند.».

نارنجی‌ها می‌گویند: «برخی از مصرف‌کنندگان مواد به خاطر نوع ماده مصرفی و تخریب بالایی که دارند، خانواده‌هایشان را بسیار آزار می‌دهند. ممکن است زن و بچه‌هایشان را کتک بزنند، زدنی کنند و… به‌هرحال معتردان آزاردهنده خانگی هستند و خسونت می‌ورزند. باید سازوکار اصولی عملی برای این بیماران تعریف شود که داده‌اند و فرایند درمان شوند. شاید زیرساختی برای مداخله فوری اعتیاد برای این بیماران و خانواده‌هایشان نیاز باشد. اما دولت برای این بیماران و خانواده‌هایشان فکری نکرده است. نتیجه آن هم این‌ بوده که کمپ‌های ترک اعتیاد غیرمجاز در کشور هر روز بیشتر می‌شود.».

به گفته او کسانی که به این نیازی پی برده‌اند، با هدف کسب سود اقتصادی کمپ‌هایی راه‌اندازی کرده‌اند که هیچ فرایند درمانی‌ای در آن انجام نمی‌شود. به خانه بیماران می‌روند و با زور و اجبار آنها را سوار ماشین می‌کنند و به کمپ‌های غیرمجازشان می‌برند، در آنجا فرد را با کتک و تحقیر جامعه عمل بیوشانند، باز هم کار سختی نکرده‌اند. فقط خوبان را در جایی جمع کرده‌اند و آمارهای بهبودی‌شان بالا رفته است.».

چرا خدمات تکمیلی به همه بیماران ارائه نمی‌شود

نارنجی‌ها می‌گویند: «من سیاست‌گذار نیستم اما اگر سیاست‌گذار عرصه درمان اعتیاد بودم، به‌جای راه‌اندازی مراکز با تابلوی جدید، زیرساخت‌هایی برای مهارت‌آموزی، اشتغال و خدمات پس از ترخیص راه‌اندازی می‌کردم که به همه بیماران خدمات تکمیلی را ارائه دهند. چون حتما تعدادی از بیمارانی هم که از سایر مراکز درمانی طی مدت و هم دریافت می‌کنند، به این خدمات تکمیلی نیاز دارند.

ادامه از صفحه اول

تعیین مزد کارگری توافقی بدون بازنده

زیرا دست دیپلمات‌های مذاکره‌کننده کشورمان را بازتر خواهد گذاشت تا با تکیه بر تفاهم تنش‌زدای کارگران و کارفرمایان، تأمین عزتمندانه منافع ملی را با قدرت چانه‌زنی بیشتری، هدف‌گذاری و پیگیری کنند.
جنبه سوم، مبنای علمی توافق مزدی اخیر است. این، توهم بزرگی است که کسی فکر کند پیامد افزایش حقوق کارگران، به میزان نرخ تورم یا اندکی بیش از این نرخ، رکود اقتصادی یا صعود تورم خواهد بود. حامیان چنین دیدگاهی از پشتوانه علمی/ تئوریک لازم برخوردار نیستند؛ زیرا سهم کارگران در متوسط قیمت فروش کالا و خدمات ایران به زحمت ۱۰ تا ۱۲ درصد است و این درصد در صنایع مهمی مانند خودروسازی حتی به کمتر از پنج درصد هم می‌رسد؛ بنابراین هرگونه افزایش مزد کارگری در سطوح رقم توافق اخیر، نتواند باعث رکود اقتصادی یا صعود تورم نمی‌شود؛ بلکه از طریق افزایش بهره‌وری نیروی کار، از سویی و افزایش تقاضا، از سوی دیگر، می‌تواند عاملی مؤثر در رونق اقتصادی و تقویت تولید ضدتورمی باشد؛ بنابراین از دیدگاه علمی، هم رئیس‌جمهور و هم وزیر کار، در مقوله حمایت از افزایش مزد کارگری، رویکردی علمی و درست اتخاذ کرده‌اند و البته، این رویکرد، محدود به رقم اعلامی در مذاکرات مزدی امسال نیست؛ زیرا زنجیره سیاست‌های دولت روحانی در هشت سال گذشته، یعنی هم در دوره وزارت آقایان شریعتمداری و ربیعی، جز شاید یک سال در بقیه سال‌ها، بر مدار تقویت منظم قدرت خرید کارگران بوده که حدود ۱۴ میلیون خانوار، یعنی نیمی از خانوارهای کشور را شامل می‌شوند و این برخلاف تصور عمومی از دولت‌های روحانی است که معمولا به‌عنوان کابینه حامی طبقات فرودست، مشهور نیست.
مقایسه میانگین افزایش مزدها در سال‌های ریاست‌جمهوری روحانی که بدون مانور تبلیغی ثبت شد، با میانگین کاهش قدرت خرید ۲۵درصدی سال‌های ۸۹ تا ۹۲ در دولت مهرورز، نشان می‌دهد که خدمت به محرومان، نه بر پایه شعار بلکه براساس عملکرد باید محک بخورد و این واقعیت، نکته‌ای نیست که با وجود برخی انتقادهای موجود از کارنامه کابینه، از چشم‌ان تیزبین کارگران و افکار عمومی پنهان بماند.
خلاصه آنکه افزایش مزد ۳۹درصدی کارگران، هم به کاهش تنگناهای معیشتی این طبقه زحمتکش کمک می‌کند، هم با ارتقای بهره‌وری نیروی کار و افزایش تقاضا به رونق بازارها و درنتیجه، افزایش سود کارفرمایان یاری می‌رساند. طبقه کارگر ایران به‌خوبی می‌فهمد از طریق تزریق این رونق به بازار خرید کارفرماهای ایران هم از آن منتفع خواهند شد و هم کشور و حاکمیت از نتایج تنش‌زدای این توافق در حوزه امنیت داخلی و نبرد دیپلماتیک با آمریکا، منتفع خواهند شد و هم نمونه‌ای از تصمیم‌گیری منطبق با الزامات علمی در حوزه‌های مهم است؛ بنابراین توافق نهایی‌شده مزد کارگری برای سال ۱۴۰۰ را می‌توان از معدود رخدادهای ایران دانست که همه برده‌اند و بازنده‌ای ندارد.

نوروزی متفاوت در آستانه قرن جدید

…به این معنی که قطعی ناشی از جنگ که به قطعی بزرگ مشهور بود و در کنار آن ابیدمی‌هایی مانند وبا و کووید یک یا آنفلوآنزای اسپانیایی باعث شد که صدمات بسیار زیادی به سرزمین ایران وارد شود و تعداد زیادی از هموطنان‌مان از دنیا رفتند. چنان‌که در خانواده سا مادر بزرگ و عمه من به دلیل ابتلا به این بیماری جان باختند و در بسیاری از نقاط ایران هم هموطنان از آثار سوء این بیماری در امان نماندند. اما پایان قرن ۱۳ و آغاز قرن ۱۴ در سال ۱۳۰۰ با برپایی جشن نوروز همراه بود. با امید به آینده‌ای بهتر و شروع قرنی جدید و تسلط‌یافتن بر شرایط جدید که کشور را در سر گرفته بود. جشن نوروز در آن شرایط با دانستن این موضوع همراه بود که آمدن عید نشانه آغاز زندگی مجدد است. بنابراین در آن شرایط تنها جشن نوروز در همه خانه‌ها و خانواده‌ها برگزار شد که در ابعادی ملی هم گرامی داشته شد. طبیعتا در روزگار کنونی شرایط ابیدمی موجب می‌شود که از تجمع‌ها به دلیل رعایت پروتکل‌های بهداشتی پرهیز شود. اما اگرچه امر فری نیست جشن بزرگ و واحد داشته باشیم اما می‌توانیم در هر خانه که‌برایای سفره‌های نوروز جشن‌های کوچکی برگزار کنیم که در کنار هم و در یک گستره جغرافیایی بزرگ تبدیل به یک جشن بزرگ شود. همه آتهایی که در جهان نوروز قرار می‌گیرند، می‌توانند امسال با برگزاری جشن نوروز در واحدهای کوچک خانواده با کنار هم بودن خود به نوعی بیعت با گذشته و همچنین فرهنگ تاریخی ایران را به نمایش بگذارند. در عین حال که این جشن نشانی از صلح و همزیستی هم هست. به این ترتیب و با وجود شرایطی خاص با امید به قرنی بهتر و سالی بهتر لحظه تحویل سال را جشن بگیرند.