

موردپژوهی تجربه‌ی تاریخی کاهش آسیب تریاک از طریق زنجیره‌ی تامین تحت کنترل در ایران

آنی‌تا جلوداری^۱، زهرا شریف^۲، حمیدرضا راسخ^۳، نازیلا یوسفی^{۴*}

(۱) دکترای داروسازی، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. (۲) دکترای داروسازی، دستیار اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. (۳) دکترای تخصصی فارماکولوژی و سم‌شناسی، استاد گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. (۴) استادیار، دکترای تخصصی اقتصاد و مدیریت دارو، استادیار گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

*نویسنده‌ی مسئول: خیابان ولیعصر، تقاطع بزرگراه هاشمی رفسنجانی، دانشکده‌ی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه اقتصاد و مدیریت دارو، تهران، ایران، تلفن و نمابر: ۰۲۱۸۸۶۶۵۶۹۲، پست الکترونیک: n.yousefi@sbmu.ac.ir

دریافت: ۹۸/۴/۱۰ پذیرش: ۹۸/۱۰/۸

چکیده

مقدمه: یکی از راه‌های کاهش معضل چندوجهی اعتیاد در جامعه، که عوامل مختلف فردی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در گسترش آن دخالت دارند، کنترل زنجیره‌ی تامین مواد مخدر است. در مطالعه‌ی حاضر، کاهش آسیب تریاک در ایران از طریق کنترل زنجیره‌ی تامین، با عنایت به تجربه‌ی توزیع کوپنی تریاک پیش از انقلاب، مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار: در مطالعه‌ی موردپژوهی حاضر، با استفاده از تکنیک بررسی رویدادهای بحرانی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۵ نفر از متخصصین، صاحب‌نظران و تصمیم‌گیران فعلی و اسبق به‌انجام رسید و سپس، به‌دنبال مرور اسناد موجود، کلیه‌ی داده‌ها کدگذاری و دسته‌بندی شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از کدگذاری و مرور اسناد در دو قسمت کلی ارائه شد. نتایج مربوط به سیاست‌ها و فرآیند اجرایی کاهش آسیب پیش از انقلاب شامل وضعیت تریاک از مرحله‌ی فرآوری و کشت تا توزیع و نقاط قوت و ضعف آن و نتایج مربوط به وضعیت کاهش آسیب پس از انقلاب شامل بررسی چالش‌های موجود، اقدامات در دست‌انجام (از جمله بنیادهای مردم‌نهاد جهت ترک تریاک، کلینیک‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر و...) توسط دولت و نقاط قوت و ضعف آن بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد پیگیری طرح توزیع مواد مخدر دولتی و تکرار تجربه‌ی توزیع تریاک در داروخانه، نسبت به وضعیت مراکز ترک اعتیاد کنونی، راهکار مناسب‌تری جهت کاهش آسیب تریاک در جامعه‌ی ایران نباشد.

کلیدواژه‌گان: تریاک، آسیب‌پذیری، کاهش آسیب، زنجیره‌ی تامین، طبی‌سازی

مقدمه

چهار فرضیه‌ی اساسی در سیاست کاهش آسیب مطرح است: (الف) کاهش آسیب، یک پیشگیری بهداشتی است و می‌تواند جایگزین الگوهای اخلاقی و پیگردهای کیفی باشد؛ (ب) طی آن، نتیجه‌ی ایده‌آلی کسب نمی‌گردد، اما به‌میزان زیادی از آسیب‌ها کاسته می‌شود؛ (ج) بیشتر سیاست‌گذاری «پایین به بالا» تلقی می‌شود تا «بالا به پایین» و (د) یک روش دسترسی با محدودیت را به‌عنوان جایگزین روش‌های دسترسی سنتی ارائه می‌دهد [۲]. پروژه‌ی کاهش آسیب، نخستین بار در اروپا (هلند و انگلستان) مطرح و به‌کار گرفته شد [۲]. پس از آن، دیگر کشورها به‌طور متفاوت، مانند جرم‌زدایی، تعدیل سیاست‌های اقتصادی و استفاده از ابزار رسانه، سعی بر کاهش آسیب ناشی از سوءمصرف مواد مخدر داشته‌اند. تجربه‌ی برخی از آن‌ها نشان داده که یکی از راه‌های کاهش آسیب سوءمصرف

سوءمصرف مواد مخدر، پدیده‌ای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که عوامل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی در گسترش آن دخالت دارد. کشور ایران نیز یکی از کشورهایی تلقی می‌شود که با معضل اعتیاد به مواد مخدر دست و پنجه نرم می‌کند. طی ارزیابی در سال ۲۰۱۱، تعداد سوءمصرف‌کنندگان مخدر در ایران یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر برآورد شد. این رقم ۲/۲ درصد از جمعیت بزرگسالان را تشکیل می‌دهد. بیشترین سهم (۷۵ درصد) از مواد مخدر کشف‌شده به تریاک و شییره‌ی تریاک تعلق دارد [۱].

به استراتژی‌های طراحی‌شده برای کاهش پیامدهای مضر رفتارهای مصرف‌کنندگان داروهای اعتیادآور، کاهش آسیب^۱ گفته می‌شود.

^۱ Harm Reduction

چنانچه مطالعه‌ی موردی بر رویدادی مهم متمرکز شود، اصطلاحاً چنین گفته می‌شود که از تکنیک رویداد بحرانی^۳ استفاده شده‌است. اگرچه این تکنیک بیش از ۶۰ سال قدمت دارد، ولی خارج از محافل آکادمیک، شیوع گسترده‌ای نیافته است. این تکنیک، توانایی بالایی برای کمک به حل و فصل چالش‌ها و مسایل اجتماعی دارد و در واقع یک روش سیستماتیک عملی است که قادر به جمع‌آوری اطلاعات جامع به‌صورت پایان باز، تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی بازتاب در مورد آن‌ها می‌باشد [۵].

تکنیک رویداد بحرانی، روش مناسبی به‌ویژه برای آنالیز و کشف راه‌حل مشکلات از طریق مطالعه‌ی روایات است و به بررسی اتفاق رخ داده می‌پردازد. این روش، کاری به چرایی آن ندارد و از طریق آنالیز تجربه‌ی افراد و روایات آنان، به مطالعه و بررسی کیفی اتفاقات رخ داده می‌پردازد [۶]. در جریان این روش، محققان علل احتمالی یک بحران را با تاکید بر ملاحظات مربوط به افراد و گروه‌های دخیل تخمین می‌زنند تا از این طریق، فواید آن‌ها را در حل مشکلات مشخص کنند [۷]. با توجه به همین خصوصیات و کارایی تکنیک رویداد بحرانی، در مطالعه‌ی حاضر از آن به‌عنوان روش تحقیق استفاده شد.

از آن‌جا که تعداد نمونه‌ی مناسب برای مطالعات کیفی از پیش قابل اندازه‌گیری نیست، نمونه‌گیری تا جایی ادامه یافت که داده‌های جمع‌آوری شده به سطح اشباع رسیدند.

در مطالعات کیفی، سه رویکرد کلی برای انتخاب نمونه وجود دارد: نمونه‌گیری دردسترس^۴، نمونه‌گیری تئوریک^۵ و نمونه‌گیری قضاوتی^۶ [۴]. در پژوهش حاضر، ترکیبی از هر سه روش استفاده شد؛ به این صورت که ابتدا با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تئوریک، حوزه‌هایی مانند کشت، توزیع و قانون‌گذاری مشخص شد. سپس به کمک روش نمونه‌گیری قضاوتی، خبرگان کلیدی در هر حوزه انتخاب شدند. در مواردی که افراد خبره‌ی انتخاب‌شده به‌علل مختلف در دسترس نبودند، با بهره‌گیری از روش سهل، به‌سراغ افراد دردسترس‌تر رفته و پژوهش با روش گلوله‌برفی^۷ ادامه یافت. جهت جمع‌آوری اطلاعات، با ۱۵ تن از صاحب‌نظران به‌صورت نیمه‌ساختاریافته مصاحبه شد. هنگامی که هیچ‌کد جدیدی به کدهای قبلی اضافه نشد، حالت اشباع داده‌ها تایید و مصاحبه‌ها متوقف گردید. مشخصات افراد مصاحبه‌شونده در جدول ۱ آورده شده‌است.

مواد مخدر در جامعه، کنترل زنجیره‌ی تامین مواد مخدر است؛ به این معنی که از صفر تا صد روند تولید و فرآوری تا توزیع، تحت کنترل قرار گیرد.

ایران نیز پیش از انقلاب، اجرای چنین طرحی را تجربه کرده و مجدداً در تاریخ ۱۳۹۶/۴/۲۷، طرحی یک فوریتی با عنوان «توزیع مواد مخدر دولتی» از سوی کمیسیون قضایی مجلس شورای اسلامی جهت توزیع کوپنی تریاک، در دست بررسی قرار گرفت. هدف از این طرح، انقطاع رابطه‌ی مصرف‌کنندگان و قاچاقچیان است. این طرح تنها مختص توزیع تریاک کوپنی نبوده و شامل تصویب قوانین کیفری نیز می‌باشد. در صورت اجرایی‌شدن این مصوبه، مجازات اعدام تنها برای قاچاقچیان خطرناک و مسلح مواد مخدر اعمال می‌شود و سایر قاچاقچیان به حبس‌های طولانی با شرایط سخت محکوم خواهند شد [۳].

نظریه طرح دوباره‌ی موضوع کنترل دولتی بر زنجیره‌ی تامین تریاک، همانند طرح اجراشده در سال ۱۳۴۷ و عدم بررسی دقیق تجربه‌ی کشور در زمینه‌ی توزیع دولتی تریاک و عدم ارزیابی نکات مثبت و منفی آن، تصمیم بر آن شد که مطالعه‌ی موردی پیرامون توزیع دولتی تریاک در ایران انجام شود. از آن‌جا که برای اخذ تصمیمات صحیح و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، به بررسی دقیق‌تر تجربیات گذشته نیاز است، در مطالعه‌ی حاضر تلاش شد که ابتدا توصیف دقیق و کاملی از طرح اجراشده در سال‌های ۱۳۴۷ تا ۱۳۵۷ ارائه و نکات مثبت و منفی آن مطرح شود و سپس احتمال کاهش یا افزایش مخاطرات، در صورت اجرایی‌شدن کنترل دولتی زنجیره‌ی تامین تریاک، با توجه به تجربه‌ی گذشته، مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی کیفی-طولی است؛ بدین صورت که با رویکرد پژوهش کیفی و به‌روش موردپژوهی^۲ به بررسی دو مقطع زمانی پیش و پس از انقلاب پرداخت. موردپژوهی، یکی از روش‌های تحقیق کیفی در علوم اجتماعی است که به بررسی متمرکز و عمیق یک فرد، گروه، یا رویدادی اجتماعی می‌پردازد و نقطه‌ی قوت و منحصربه‌فرد آن، استفاده از انواع مدارک، مثل اسناد، آثار فرهنگی و تاریخی، مصاحبه و مشاهده است. هرچند این روش ابزاری ارزشمند است که با استفاده از آن می‌توان متغیرهای معناداری را کشف نمود، اما امکان تعمیم داده‌ها را فراهم نمی‌سازد. تحقیق موردی، همانند سایر روش‌های کیفی، از قدرت تعمیم پایینی برخوردار است. روش‌های موردپژوهی شامل جمع‌آوری تجربه‌ها، بررسی آماری و کندوکاو داده‌های بایگانی‌شده می‌باشد [۴].

² Case Study

³ Critical Incidence Technique, CIT

⁴ Convenience Sample

⁵ Theoretical sample

⁶ Judgement sample

⁷ Snowball

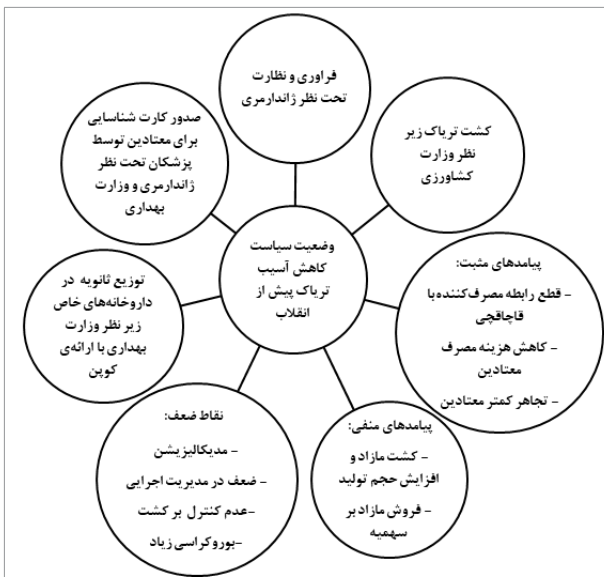
جدول ۱- مشخصات مصاحبه‌شوندگان

نام مصاحبه‌شونده	تحصیلات/سمت
مصاحبه‌شونده‌ی ۱	مدیرکل نظارت بر دارو و مواد مخدر وزارت بهداشت از سال ۸۴ تا ۸۵
مصاحبه‌شونده‌ی ۲	معاون اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر پیش از انقلاب
مصاحبه‌شونده‌ی ۳	مسئول فنی داروخانه از سال ۵۴ تا ۵۸ و سپس مشغول به‌کار در وزارت بهداشتی
مصاحبه‌شونده‌ی ۴	استخدام وزارت بهداشتی از سال ۵۴ در قسمت اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر
مصاحبه‌شونده‌ی ۵	رییس سابق اداره‌ی مواد مخدر و داروهای تحت کنترل
مصاحبه‌شونده‌ی ۶	رییس ساختمان معتادین ونک پیش از انقلاب
مصاحبه‌شونده‌ی ۷	مسئول فنی داروخانه‌ی بنجامین پیش از انقلاب
مصاحبه‌شونده‌ی ۸	روان‌پزشک و پژوهشگر مطالعات اعتیاد، معاون آموزشی مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران
مصاحبه‌شونده‌ی ۹	۲۰ سال سابقه‌ی کار در حوزه‌ی آسیب‌های اجتماعی، معاون کاهش تقاضا و توسعه‌ی مشارکت در ستاد مبارزه با مواد مخدر، معاون سلامت و اصلاح زندانیان کشور و مدیرکل بهداشت و درمان سازمان زندان‌های کشور
مصاحبه‌شونده‌ی ۱۰	۱۷ سال کارمند رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر، رییس کارگروه مبارزه با مواد مخدر در مجمع تشخیص مصلحت نظام درحال حاضر
مصاحبه‌شونده‌ی ۱۱	پژوهشگر «مساله‌ی اعتیاد» در دانشگاه علوم پزشکی سیستان و بلوچستان از سال ۱۳۷۶، نظریه‌پرداز در زمینه‌ی اعتیاد به تریاک و عضو NGO کنگره‌ی ۶۰
مصاحبه‌شونده‌ی ۱۲	رییس پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر وزارت بهداشت
مصاحبه‌شونده‌ی ۱۳	دکترای جرم‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشکده‌ی علوم بهزیستی و توان‌بخشی شهید بهشتی، عضو گروه مسایل و آسیب‌های اجتماعی انجمن جامعه‌شناسی ایران
مصاحبه‌شونده‌ی ۱۴	رییس اداره‌ی مواد و داروهای تحت کنترل از سال ۸۵ تا ۹۰، مشغول به‌کار در شرکت فاران شیمی (تولیدکننده‌ی بوپرنورفین، متادون و شربت اپیوم) درحال حاضر
مصاحبه‌شونده‌ی ۱۵	رییس سندیکای تولیدکننده‌ی دارو، ۳۰ سال سابقه‌ی فعالیت در حوزه‌های مربوط به دارو و مواد مخدر

کدها توسط محقق دوم و تایید کدها توسط محقق سوم، کدهای مربوطه به مصاحبه‌ها را استخراج نمودند. باتوجه‌به چهارچوب مفهومی مطالعه و تحلیل داده‌ها، یافته‌های مطالعه در دو بخش اصلی، یافته‌های مرتبط با پیش از انقلاب و یافته‌های مربوط به پس از انقلاب، به شرح زیر به‌دست آمد:

۱) یافته‌های مرتبط با پیش از انقلاب

کدهای اصلی استخراج‌شده در این دسته، در شکل ۱ نمایش داده‌شده‌اند.



شکل ۱- وضعیت سیاست‌های کاهش آسیب تریاک پیش از انقلاب

در جمع‌آوری داده‌ها، علاوه‌بر مصاحبه، از اسناد ثبت‌شده‌ی رسمی و موجود متعلق به زمان اجرایی‌شدن طرح توزیع دولتی نیز بهره گرفته‌شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، محتوای ضبط‌شده‌ی مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و سپس، متون پالایش گردید. در تجزیه‌وتحلیل کیفی مصاحبه‌های اولیه، از روش تحلیل کیفی موسوم به تحلیل مضمون^۸ استفاده شد. تحلیل مضمون عبارت است از تحلیل مبتنی‌بر استقرا که در آن محقق از طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون و برون داده‌ای به سنخ‌شناسی تحلیلی دست می‌یابد. به این ترتیب، در پژوهش فعلی، کدهای متناسب با مضامین از پیش مشخص‌شده، استخراج و در مضمون مورد نظر قرار گرفتند. در جریان کدگذاری، کدهای اولیه‌ی تعلق گرفته به هر مضمون در کدهای ثانویه‌ی جامع‌تری طبقه‌بندی شدند. اسناد مرتبط با این حوزه نیز با استفاده از روش تحلیل محتوا بررسی و کدگذاری شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۶۰۰ دقیقه مصاحبه انجام، پیاده و کدگذاری شد و با اسناد موجود پیش و پس از انقلاب تطابق یافت. داده‌های زیر، نتایجی هستند که پس از انجام مصاحبه‌ها و مطالعه‌ی اسناد رسمی، استخراج و کدگذاری شدند. سه نفر از محققین، طی سه مرحله به‌روش تطبیق متقاطع^۹، یعنی کدگذاری توسط محقق اول، بازبینی

^۸ Thematic Analysis

^۹ Cross Match

- کشت و فرآوری:

وزارت کشاورزی، وظیفه‌ی نظارت بر کشت و سازمان معاملات تریاک، به‌نماینده‌ی از وزارت اصلاحات ارضی و تعاون روستایی، وظیفه‌ی نظارت بر خرید محصول شیریه تریاک و پرداخت بهای آن طبق نرخ مصوب هیئت وزیران و کلیه‌ی عملیات مربوط به تیاری و نگهداری و حمل‌ونقل شیریه تریاک را برعهده داشت.

- تامین هزینه‌های کشت:

کلیه‌ی هزینه‌های مربوط به تیاری، نگهداری و توزیع تریاک توسط بنگاه کل دارویی ایران تامین می‌شد و از محل فروش تریاک قابل پرداخت بود.

- مناطق کشت:

کشت در مناطقی که از شرایط آب‌وهوایی مساعدی برخوردار بودند، انجام می‌گرفت. در مناطق مساعدتر، چون کرمان، ورامین و محلات، تریاک کشت شده از مرغوبیت و خلوص بیشتری برخوردار بود و در اصطلاح عوام به آن تریاک سناتوری می‌گفتند. مناطق شمالی ایران برای کشت گیاه خشخاش نامساعد تلقی می‌شد. «در شمال ایران به علت شرایط نامناسب، کشت بسیار کم انجام می‌شد» (۷۰م).

- فرآوری:

با توجه به این که تریاک باید پیش از طلوع آفتاب تیغ بخورد، کشت‌کاران صبح زود شیریه را استخراج کرده و پس از تیغ زدن، آن‌ها را جمع‌آوری و لول (باندرول) کرده و تحویل دولت می‌دادند تا توسط وزارت بهداشت میان داروخانه‌های خاصی توزیع شود. «دو نوع تریاک در این فرآیند فرآوری می‌شد: تریاک معمولی برای توزیع در سیستم کوپنی و تریاک سناتوری برای توزیع خارج از سیستم کوپنی و معمولاً برای قشر ثروتمند جامعه» (۴۰م).

- توزیع:

لول‌های تریاک فرآوری شده، توسط وزارت بهداشت میان داروخانه‌های خاصی توزیع می‌شد. «در انبار داروخانه، دو ترازو قرار داشت. یکی برای وزن‌های بالا که بالک تریاک با آن وزن‌کشی می‌شد و دیگری که حساس‌تر بود، برای مقادیر اندک. سهمیه‌ی هر فرد در پاکتی که از پیش نام‌نویسی شده بود، ریخته و منگنه می‌شد» (۱۰م). «اصطلاحات مقیاس در داروخانه‌های آن زمان عبارت بود از: یک لول تریاک معادل ۲۰ گرم و یک تیغ تریاک معادل یک گرم» (۱۱م).

تریاک‌های حاصله از شیریه‌های مکشوفه و قاچاق که قابل استفاده بوده و در انبار نگهداری می‌شدند، با الصاق باندرول وزارت بهداشت، برای فروش، تحویل سازمان معاملات تریاک می‌شدند.

مصرف‌کنندگان به‌طور معمول، ماهیانه یا دو هفته

بهار ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره اول، پیاپی ۸۸

وضعیت سیاست کاهش آسیب تریاک در دوران پیش از انقلاب در هفت دسته طبقه‌بندی شد که در ادامه به شرح آن‌ها خواهیم پرداخت.

گزارش‌های اولیه‌ی مربوط به استفاده از تریاک در ایران به قرن ۱۷ میلادی بازمی‌گردد و خوردن یا مصرف تریاک در برخی از اقوام فارس، به لحاظ فرهنگی، نسبتاً پذیرفته شده است [۸]. در دوره‌ی صفوی، دستورات، قوانین و مجازات‌هایی جهت منع مصرف مواد مخدر وضع شد، اما چندان موفقیت آمیز نبود [۹]. به‌طور کلی، حکومت‌ها در قبال مساله‌ی اعتیاد، سیاست بازدارنده‌ی درپیش نمی‌گرفتند. تنها در یک سیاست‌گذاری و برای نخستین بار، شاه طهماسب صفوی دستور داد تریاک موجود در دربار را از بین ببرند؛ همچنین شاه عباس دوم، برای پیشگیری از مصرف تریاک، فرامینی صادر کرد [۱۰]. ولی در زمان حکومت قاجار، بسیاری از مزارع گندم و دیگر محصولات به کشت خشخاش اختصاص داده شد و اساس خرید و فروش آن به انحصار دولت درآمد. در این میان، ناآگاهی جامعه نیز عامل موثری برای گسترش اعتیاد گردید؛ به‌طوری که پزشکان وقت، تریاک را به‌عنوان دارویی موثر برای درمان بیماری‌ها تجویز می‌کردند و چندی نگذشت که مواد مخدر به درون هر خانه‌ای راه یافت [۱۱]. به دنبال این وقایع، معاملات تریاک در اقتصاد دوره قاجار (۱۳۴۴-۱۳۱۰ قمری) صورت تجاری به خود گرفت که نمودهای آن در قالب شیریه کش خانه‌ها، کوکنارخانه‌ها و قهوه‌خانه‌ها آشکار شد [۱۰]. بنابر اسناد موجود تاریخی، دولت قاجاریه، به‌ویژه تا پیش از روزگار مشروطه، با بسط دامنه‌ی کشت تریاک، به گسترش مصرف آن یاری رساند [۱۲]. دولت مشروطه نیز در سال ۱۲۸۹ خورشیدی، لایحه‌ی تریاک را از تصویب مجلس گذراند تا به‌موجب آن، کشت تریاک در یک دوره‌ی هفت ساله کنترل و بهره‌گیری از آن، به تولید دارو محدود شود. اما این کوشش قانونی نیز بی‌نتیجه ماند و دستاوردی نداشت و بحران اعتیاد به مواد مخدر تا دو دهه‌ی بعد، همچنان تداوم یافت. دولت ایران در سال ۱۳۰۷ برآن شد که اقدامی جدی در زمینه‌ی کنترل اعتیاد صورت دهد و مجلس شورای ملی با تصویب قانون انحصار تریاک، به دولت اجازه داد برنامه‌ای در این زمینه تنظیم، طراحی و اجرا کند. در دوره‌ی پهلوی دوم، در سال ۱۳۴۷، مصرف‌کنندگان تریاک به دو دسته‌ی قانونی (بالای ۶۰ سال سن) و غیرقانونی (زیر ۶۰ سال سن) تقسیم شده و سهمیه‌ی تریاک، میان مصرف‌کنندگان قانونی توزیع شد که ذیلاً به شرح زنجیره‌ی تامین آن از مزرعه تا توزیع می‌پردازیم. به‌جهت اعتباربخشی بیشتر به کدهای استخراج‌شده، در برخی موارد، نقل‌قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان داخل گیومه آورده شده است.

کدهای اصلی می پردازیم.

- دلایل اجرای طرح:

بنابر اظهارات مصاحبه‌شوندگان، فشار عوامل خارجی و تلاش آن‌ها برای به‌دست گرفتن اقتصاد مالی مواد مخدر، منافع برخی افراد دربار در واردات مواد مخدر، شیوع بالای مصرف تریاک و عدم وجود زیرساخت‌های لازم برای ترک اعتیاد، از جمله دلایل اجرای طرح بود. «باند‌هایی در درون حکومت با سوءاستفاده از قدرت، اقدام به واردکردن هرویین به جامعه‌ی ایران کردند. در راس این باند، اشرف پهلوی قرار داشت» (۶.م).

- پیامدهای طرح:

پیامدهای مثبت این طرح، قطع ارتباط مصرف‌کننده تریاک و قاچاقچی، کاهش هزینه‌ی خانواده‌های مصرف‌کننده و تظاهر کم‌تر مصرف‌کنندگان مواد عنوان شد. «این طرح باعث می‌شد عده‌ای برای تهیه‌ی تریاک روانه‌ی خیابان‌ها نشوند. بالاخره مصرف‌کننده‌ی مواد بودند و سهمیه‌شان را می‌گرفتند و رقمی هم نبود و زندگی‌شان را هم به‌باد نمی‌دادند» (۹.م).

مصاحبه‌شوندگان، همچنین نشت تریاک به بازار آزاد، فروش مازاد بر سهمیه‌های تعیین‌شده و افزایش حجم تولید را از جمله پیامدهای منفی این طرح برشمردند. «یک عده هم آن‌هایی بودند که صرفه‌جویی می‌کردند و سهمیه‌شان را می‌فروختند و از این طریق، یک راه امرار معاشی هم داشتند. معمولاً افراد بیش از سهمیه دریافت می‌کردند و مقدار اضافه، در بازار فروخته می‌شد» (۹.م).

- نقاط قوت و ضعف

به‌طور کلی، این طرح نیز مانند هر پروژه‌ی دیگری نقاط ضعف و قوتی داشت. از مشکلات این طرح، ضعف مدیریت تقاضا، ایجاد تقاضای القایی و طبی‌سازی^{۱۰} تریاک بود. در فرآیند طبی‌سازی، مشکلات و اختلالات اعتیاد به‌عنوان مشکلات پزشکی تعریف‌شده، پذیرفته می‌شوند [۱۳]. «با رخ دادن مدیکالیزیشن، قبح تریاک فروریخت و به‌جای کاهش آسیب، به‌نوعی به افزایش آسیب منتهی شد» (۱.م).

همچنین، ضعف مدیریت درمان باعث شد مراکز جدی جهت درمان سوءمصرف‌کنندگان تریاک وجود نداشته باشد. «... البته تجربه‌ی استفاده از متادون در پیش از انقلاب، از سال ۵۳ تا ۵۷ هم وجود داشت، اما در آن زمان بیشتر به‌عنوان سم‌زدایی استفاده می‌شد تا درمان» (۱۲.م).

مدیریت نامناسب توزیع نیز منجر به گسترش اعتیاد در سنین پایین ۶۰ سال شد. در آخر، به‌دنبال حجم

یک‌بار جهت دریافت سهمیه‌ی خود، با ارایه‌ی کوپن به داروخانه مراجعه می‌کردند. توزیع براساس سهمیه و نام داروخانه‌ی مندرج در کوپن صورت می‌گرفت و تریاک توزیع‌شده، معمولاً رایگان یا با قیمت ناچیز بود. نحوه‌ی احراز هویت مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر به این صورت بود که پزشک باید گواهی می‌کرد فرد مزبور بالای ۶۰ سال بوده و توانایی یا اراده‌ی ترک اعتیاد را ندارد.

پس از احراز هویت، یک کارت شناسایی برای شخص صادر می‌شد. این کارت گرچه معمولاً مختص افراد بالای ۶۰ سال بود، اما در شرایط خاص، برای افراد بالای ۴۰ سال نیز صادر می‌گردید.

در نامه‌ی وزارت بهداشتی وقت به‌تاریخ ۱۳۵۴/۱۲/۱۹، بر این مسئله تأکید شده که در توزیع و تحویل تریاک به افراد بالای ۵۰ سال و ناتوان، سخت‌گیری نشود، اما برای سنین پایین‌تر، علاوه‌بر سخت‌گیری، معتادین به معالجه نیز تشویق شوند. میزان تریاک حداکثر ۲ گرم برای تریاک‌خوران و ۵ گرم برای تریاک‌کشان باشد. بنابراین، مراتب به پزشکان ابلاغ شود و مراقبت نمایند که از حداکثر مذکور، به‌هیچ‌وجه تجاوز نمایند.

- نظارت:

نظارت در دو سطح «کشت، فرآوری و حمل‌ونقل» و «عرضه» انجام می‌گرفت. نظارت بر کشت، فرآوری و حمل‌ونقل توسط ژاندارمری، نظارت بر انبارش خشک‌شده‌ی قاچاق و امحای آن‌ها توسط سازمان منطقه‌ای بهداشتی و نظارت بر قاچاقچیان عمده با کمک وزارتخانه‌های کشور و دادگستری صورت می‌گرفت. مراکز فروش (داروخانه‌ها) به‌طور محرمانه زیرنظر مامورین انتظامی قرار داشت تا در صورت فروش غیرمجاز، تحت پیگرد قرار گیرند. مکان‌های کسبی که به‌طور غیرمجاز به فروش و توزیع مواد مخدر می‌پرداختند و یا اماکن عمومی که در آن تریاک کشیده می‌شد یا وافور از آن‌جا به‌دست می‌آمد، با گزارش مقامات انتظامی دچار لغو پروانه می‌گردید.

«نظارت بر تخلفات سطح عرضه نیز توسط یکی از زیرمجموعه‌های وزارت بهداشتی، به‌نام اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر صورت می‌گرفت. وزارت بهداشتی وقت، زیرمجموعه‌ای به‌نام اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر داشت، علی‌رغم این‌که ظاهراً نظارت بر قاچاق و کشت، چندان تناسبی با وظایف بهداشتی و سلامت و بهداشت ندارد، همچنان بخشی از این مسئولیت به‌عهده‌ی وزارت بهداشتی بود» (۴.م).

علاوه‌بر اجزای زنجیره‌ی تامین، کدهای اصلی دیگری شامل دلایل اجرای طرح، پیامدها و نقاط قوت و ضعف نیز از خلال کدهای اولیه‌ی استخراج‌شده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به‌دست آمد. در زیر به تشریح این

¹⁰ Medicalization

قطع توزیع دولتی تریاک، باعث برقراری مجدد ارتباط مستقیم میان مصرف‌کنندگان و فروشندگان شد» (م.۹۰). به‌علاوه، لغو اختیاری مجوز سازمان بین‌المللی کنترل مواد مخدر از سوی ایران را می‌توان ضربه‌ای به اقتصاد کشور تلقی نمود. «پیش از انقلاب، ایران از سوی سازمان بین‌المللی کنترل مواد مخدر، مجوز کشت ایوم سومنیفروم را داشت، اما امروزه تنها مجاز به کشت شقایق اولئوفر است» (م.۷۰).

افزایش تعداد معتادین زن در پی افزایش مشکلات روانی و اقتصادی پس از جنگ، افزایش تمایل به خرده‌فروشی مواد مخدر، وضعیت معیشتی و سلامتی نامناسب مصرف‌کنندگان، عدم توجه به ماده‌ی ۸۰ قانون پنج‌ساله‌ی برنامه‌ی ششم توسعه در راستای کاهش آسیب اعتیاد در کشور، به‌گونه‌ای که آسیب‌های اجتماعی در انتهای برنامه به ۲۵ درصد میزان کنونی کاهش یابد، تصمیم‌گیری‌های نسنجیده و ورود مواد مخدر صنعتی به بازار از دیگر مشکلاتی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند.

چالش‌های مرتبط با کلینیک‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر

با این که پس از انقلاب، کلینیک‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر تاسیس شدند، اما این مراکز نیز از نظر مصاحبه‌شوندگان با چالش‌های زیر دست‌به‌گریبانند:

۱- نشت شربت متادون به بازار آزاد

«شرکت تولیدکننده طی پنج مرحله شربت تریاک تولیدشده را به پخش و پخش آن را به انبار دانشگاه علوم پزشکی می‌دهد؛ دانشگاه آن را به مرکز ترک اعتیاد و مرکز آن را به دست بیمار می‌دهند و در هر قسمت، امکان نشت وجود دارد» (م.۱۴).

۲- مقاومت در برابر طرح سامانه‌ی شناسایی امواج رادیویی^{۱۲}

«برای کنترل نشت مواد مخدر به بازار آزاد، پیشنهاد طراحی یک نرم‌افزار توزیع متصل به شبکه‌ی وزارت بهداشت مطرح گردید تا بدین وسیله مقدار توزیع مختص هر فرد ثبت شود، اما مراکز با طرح ادعای ترس بیماران از ثبت مشخصات و اطلاعات معتادان، بهانه‌ای برای ادامه‌ی نشت مواد به بازار پیدا کرده و با این طرح مخالفت کردند» (م.۱۴).

۳- سخت‌گیری نادرست بر کلینیک‌ها

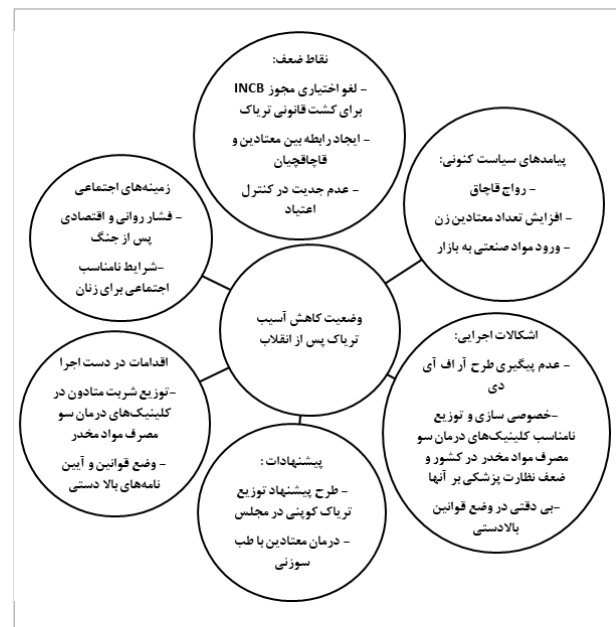
«سیاری از کلینیک‌دارها معتقدند دانشگاه خیلی سخت می‌گیرد. یک شیشه شربت از دستمان می‌افتد و می‌شکند، آن قدر ما را توییح می‌کنند که مجبور می‌شویم از ترس با هزینه‌ی خودمان آن را بخریم و جایگزین کنیم و کسری را گزارش نکنیم تا پروانه‌مان باطل نشود» (م.۸۰).

بالای بوروکراسی و نامه‌نگاری‌های فراوان، ناهماهنگی و بی‌نظمی مسئولین و تفویض اختیار به بخش‌های مختلف، مشکل‌ساز گردید.

از سوی دیگر می‌توان به تصویب قوانین نظارتی لازم، تشدید مجازات‌ها، کشت محدود خشخاش و اعطای مجوز کشت از سوی سازمان بین‌المللی کنترل مواد مخدر^{۱۱} به ایران، که موجب رونق اقتصادی گشته بود، به‌عنوان نقاط قوت این طرح اشاره نمود. به‌موجب این مجوز، امتیاز تولید تریاک برای صادرات و مصرف در هفت کشور بلغارستان، یونان، هند، ایران، ترکیه، شوروی و یوگسلاوی به ایران اعطا شده‌بود [۱۴].

۲) یافته‌های مرتبط با دوران پس از انقلاب

کلیه‌ی کدهای اصلی و فرعی استخراج‌شده‌ی مرتبط با پس از انقلاب، در شمایی کلی، در شکل ۲ نمایش داده‌شده‌اند.



شکل ۲- وضعیت سیاست‌های کاهش آسیب تریاک در دوران پس از انقلاب

وضعیت سیاست کاهش آسیب تریاک در دوران پس از انقلاب در شش دسته طبقه‌بندی شد که در ادامه به شرح آن‌ها خواهیم پرداخت.

چالش‌های حوزه‌ی مصرف مواد مخدر

مصاحبه‌شوندگان با درنظرداشتن تجربه‌ی توزیع دولتی تریاک در پیش از انقلاب، از چالش‌های حوزه‌ی توزیع و مصرف مواد مخدر در دوران پس از انقلاب به مواردی چند اشاره نمودند. یکی از این معضلات، رویکرد ضربتی و غیرعلمی در سیاست‌گذاری‌ها برای کاهش تعداد مصرف‌کنندگان بود. «به معتادین شش ماه فرصت ترک داده شد، که عملی غیرعلمی تلقی می‌شد. همچنین،

¹² RFID: Radio Frequency Identification

¹¹ INCB (International Narcotics Control Board)

اساس، به‌نظر می‌رسد اختلالی در روند نظارت بر صدور کوپن وجود داشته و افراد بدون کوپن و بالتبع بدون مشخصات و میزان دقیق سهمیه، مبادرت به دریافت تریاک کرده و یا از طرق دیگری مواد مخدر موردنیازشان را تهیه می‌کرده‌اند.

عدم‌مدیریت علمی سهمیه‌بندی‌ها و وجود روابط ناسالم در توزیع، مانند ایجاد تبصره‌های فراوان، از قبیل ضرورت تخصیص سهمیه به افراد کم‌تر از ۶۰ سال تحت عنوان بیمار، باعث شده‌بود برخی به هر طریقی مازاد بر سهمیه‌ی مقرر، تریاک دریافت کنند، که موجب شد مصرف و توزیع به‌طرز بی‌رویه‌ای گسترش یافته و مباحه‌ی تریاک در بازار آزاد رواج یابد. در آن سیستم، تمامی عوامل انسانی فعال، اعم از پزشک صادرکننده‌ی گواهی، کارکنان دفتری تشکیلات و دست‌اندرکاران داروخانه‌ها، امکان مداخله‌های مختلفی داشته و از پی آن تخلفات زیادی صورت می‌گرفت؛ حتی در مواردی مقامات مجبور به راه‌اندازی تشکیلات موازی برای کنترل توزیع می‌شدند که یکی از آن‌ها مختص کنترل تخلفات پزشکان صادرکننده‌ی گواهی سهمیه‌ی مواد بود. حجم تخلفات به‌حدی بود که نهایتاً دولت، حتی اگر هم می‌خواست، نمی‌توانست کنترل لازم را اعمال کند و به‌تدریج حکومت مجبور به پذیرش وضع موجود شد و با شرایط کنار آمد.

افزایش حجم تولید داخلی تریاک، به‌سبب کاهش ارتباط مصرف‌کننده و قاچاقچی، تجاهر کم‌تر و رونق اقتصادی کشور، امر مثبتی به‌شمار می‌آمد، اما در کنار آن به خرید و فروش تریاک در بازار آزاد نیز دامن زده بود. از سوی دیگر، از نظر روان‌شناسی، قبح مصرف تریاک در جامعه فروریخته و در واقع به‌جای کاهش آسیب، افزایش آسیب به‌بار آورده بود. ماحصل طرح آن شد که آسیب‌های مواد مخدر نه به‌عنوان آسیب، بلکه به‌عنوان بخشی از زندگی عادی تلقی گردد و در نتیجه، امر طبی‌سازی که پیش‌تر به آن اشاره شد، به‌وقوع پیوست. فرآیند طبی‌سازی، تریاک را از جرگه‌ی مواد ممنوعه خارج کرده و در فهرست دارماکوپه‌ی کشور قرار داد و بدین‌صورت، تریاک به‌عنوان ماده‌ای درمانی در کنار سایر داروها، در اختیار افراد قرار گرفت. این فرآیند به‌مثابه‌ی شمشیری دولبه، از یک طرف موجب آثار مثبت و از سوی دیگر، پدیدآورنده‌ی عواقب منفی بود. از عواقب منفی آن این بود که این باور عمومی را ایجاد کرد که تریاک در حد یک داروی معمول در داروخانه است و مصرف آن امری مباح می‌باشد، که این مسئله با استراتژی‌های کاهش آسیب مغایرت داشت. از مزایای مثبت طبی‌سازی این بود که افرادی که به‌طور ذاتی و از نظر روان‌شناختی تمایل به استفاده از مواد مخدر داشتند، به‌سراغ مواد مخدر پرخطرتر نمی‌رفتند.

۴- توزیع نامناسب کلینیک‌ها در کشور و دسترسی کم‌تر مردم به آن‌ها، به‌گونه‌ای که در بسیاری از مناطق محروم، هنوز کلینیکی وجود ندارد.

۵- نظارت ضعیف بر حضور پزشک در مراکز «درحال‌حاضر، بازرسی بر حضور داروساز در سطح داروخانه، قوی‌تر از بازرسی بر حضور پزشک در کلینیک‌ها است» (م.۱۴).

۶- اعطای مجوز به بخش خصوصی «با اعطای این مجوز در سال ۱۳۸۴، برخی افراد توانایی دریافت خدمات از بخش خصوصی را نداشتند و این درحالی است که بخش دولتی نیز توسعه‌ی چندانی برای پوشش آن‌ها نیافته بود. همچنین، زمانی که سیستم در اختیار بخش خصوصی قرار می‌گیرد، انگیزه‌های مادی و مالی بر امر درمان اولویت می‌یابد» (م.۱۲).

- اقدامات صورت‌گرفته‌ی اخیر

در چنین شرایطی، جهت کاهش آسیب اعتیاد به تریاک در ایران، طرح توزیع کوپنی تریاک در سال ۱۳۹۶ از سوی مجلس پیشنهاد شد و متعاقباً ستاد مبارزه با مواد مخدر با آن مخالفت نمود. دلایل مخالفان مشتمل بر اطلاعات ناکافی نمایندگان مجلس در این زمینه و سطحی و ناپخته‌بودن طرح ارایه‌شده بود.

در کنار این طرح، وزارت بهداشت به تدوین آیین‌نامه‌های نظارت بر توزیع مواد مخدر درمانی، تحت عنوان «آیین‌نامه‌ی اجرایی و دستورالعمل‌های موضوع ماده‌ی ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر» پرداخت و همچنین، سازمان‌های مردم‌نهادی چون کنگره‌ی ۶۰ جهت درمان تدریجی اعتیاد سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر احداث شد که البته چالش‌هایی را با نیروی انتظامی به‌دنبال داشت.

«کنگره‌ی ۶۰ سازمان غیردولتی بزرگ و خوشنامی بود که درصدد بود به‌روشن تدریجی، با کاهش مصرف تریاک طی ۱۳ ماه، افراد را ترک دهد» (م.۸).

همچنین، بهره‌گیری از طب سوزنی جهت درمان اعتیاد نیز به‌طور مقطعی در پاره‌ای از کلینیک‌ها انجام شد. «پیشنهاد اضافه‌کردن پروتکل پنج‌نقطه‌ای اکوپانکچر به پروتکل جامع مبارزه با مواد مخدر، به‌سبب موفقیت چشمگیر، از نیویورک الهام گرفته‌شد» (م.۲)

بحث

شیوع مصرف تریاک در ایران، سابقه‌ای چندصد ساله دارد. به‌روایت اسناد، تعداد کل مصرف‌کنندگان مواد مخدر در سال‌های پیش از انقلاب، حدود ۱/۵ میلیون نفر (به‌نسبت جمعیت حدود ۳۴ میلیون نفری) و تعداد دریافت‌کنندگان کوپن تریاک، ۱۵۰ هزار نفر بود. بنابراین، درصد مصرف‌کنندگان تحت پوشش کوپن به‌نسبت کل جمعیت مصرف‌کنندگان، ۱۰ درصد بوده‌است. بر همین

و تغییر قوانین فعلی کشور، گامی مثبت در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد و مواد مخدر باشد.

علاوه بر وضع قوانین کلی، سیاست‌های دیگری نیز در سایر کشورها اتخاذ شده است. از جمله این اقدامات، آموزش مصرف‌کننده و پزشک و تعیین چهارچوب تجویز مواد مخدر به صورت محتاطانه در امریکا است [۲۰]. همچنین، جامعه بین‌المللی اقداماتی در راستای مبارزه با مواد مخدر در قالب تدوین قوانین و کنوانسیون‌ها انجام داده است [۱۴].

در ایالات متحده آمریکا، کشت و خرده‌فروشی کانابیس از سال ۲۰۱۲ در چهار ایالت آلاسکا، کلرادو، اورگان و واشنگتن قانونی شده و به دنبال آن، قیمت کانابیس کاهش یافته است. اما این سیاست منجر به افزایش گزارش‌های مصرف سنگین شده و در درازمدت احتمال می‌رود بر تعداد مصرف‌کنندگان جدید افزوده شود [۲۱]. در واقع این تجربه نشان داد که آزادسازی مواد مخدر، همواره پیامدهای مثبتی به همراه ندارد.

همچنین، پس از فروپاشی حلقه‌های عمده‌ی مواد مخدر در دهه‌ی ۱۹۸۰، عرضه‌ی هرویین وارداتی در نیوزلند محدود شد. در نتیجه، مصرف‌کنندگان اپیویدی به داروهای در دسترس‌تری چون مورفین به دست آمده از قرص‌های ضد درد طولانی‌اثر حاوی مورفین و کدیین^{۱۳} روی آوردند [۲۲]. در این کشور، همچنین منبع دیگری از مواد مخدر موجود است که به آن چای خشخاش^{۱۴} گفته می‌شود. این چای از دانه‌ی خشخاش تهیه شده و از طریق دم کردن و یا خیساندن دانه‌های خشخاش به دست می‌آید. این چای حاوی آلکالوئیدهای مختلفی چون حدود ۱۰٪ مورفین، ۶٪ ناسکارین، ۱٪ پاپاورین، ۵/۰٪ کدیین و ۲/۰٪ تبایین است [۲۵-۲۳].

در نیوزیلند، دانه‌ی خشخاش خشک شده به راحتی در دسترس بوده و در سوپرمارکت‌ها و عمده‌فروشی‌ها به فروش می‌رسد. مقامات این کشور معتقدند که این الگوی مصرف مواد مخدر از نظر کاهش آسیب، مطلوب بوده و در دسترس بودن آن، به عنوان ماده‌ی مجاز کم‌هزینه، از تاثیرات مالی و جنایی بسیار کم‌تری برخوردار است. علاوه بر این، استفاده از چای خشخاش می‌تواند باعث کاهش میزان آلودگی‌های ویروسی ناشی از استفاده از سرنگ آلوده به هنگام تزریق مواد مخدر شود. همچنین می‌تواند کاهش خطر مصرف بیش از حد مواد مخدر و اختلالات اقتصادی و اجتماعی را به دنبال داشته باشد. البته چای خشخاش ممکن است با القای وابستگی و معرفی فرهنگ مصرف مواد مخدر به افراد جامعه، منجر به بروز آسیب شود؛ هرچند طعم و بوی بد آن احتمالاً باعث می‌شود مصرف‌کنندگان پس از اولین چشیدن، هرگز سراغ آن نروند [۲۶].

بوروکراسی عظیم، ناپایداری و عدم ثبات در تشکیلات اداری طرح توزیع تریاک (انتقال مسئولیت از یک وزارتخانه به وزارتخانه‌ی دیگر)، عدم هماهنگی مقامات بالادستی، ضعف مدیریت و فقدان دید درست مدیریتی، عدم تسهیل روندها و فساد ساختاری در طرح توزیع دولتی تریاک پیش از انقلاب، پیامدهای منفی را به بار آورد. در دیگر کشورها نیز سیاست‌های کاهش آسیب مواد مخدر با تجربیات مشابهی روبه‌رو بوده‌اند.

در ترکیه، قانون‌گذاری با محوریت کاهش عرضه شکل گرفت و برای پیاده‌سازی این سیاست، از تدوین قوانین کیفری و اعمال مجازات‌های شدید برای قاچاقچیان بهره گرفته شد [۱۶، ۱۵]. اما اعمال این سیاست، نه تنها از میزان مصرف مواد مخدر در این کشور نکاست، بلکه منجر به افزایش تعداد زندانیان و پرشدن زندان‌ها و به بار آمدن آسیب‌های اجتماعی بیشتر گردید.

کشور پرتغال توانست با چهارچوب جرم‌زدایی از استعمال مواد مخدر و کاهش مجازات آن در حد تخلف، تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر را کنترل کرده و در درازمدت کاهش دهد. البته مجبور شد در زمینه‌ی قاچاق مواد مخدر، شدت عمل بیشتری به خرج دهد [۱۷].

در هلند، سیاست‌گذاران معتقدند مصرف‌کنندگان مواد مخدر از جرایم جنایی خود، بیش از مصرف مواد مخدر رنج می‌برند و سیاست عادی‌سازی مصرف مواد مخدر بر همین اساس در این کشور اعمال شد. مقالات منتشر شده در این کشور گواه این مدعا است که سیاست عادی‌سازی نسبتاً موفق بوده و گزارش‌ها افزایش مصرف مواد مخدر را نشان نمی‌دهد [۱۸].

ایران نیز همانند سایر کشورها، قوانینی را جهت مبارزه با مواد مخدر و ترک اعتیاد تدوین کرد. این قوانین کمابیش به قوانین کشور ترکیه شباهت دارد. با توجه به مواد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر، اعتیاد جرم است و البته فردی که گواهی تحت درمان و کاهش آسیب را دریافت کرده و تجاهر به اعتیاد نکند، از تعقیب معاف می‌باشد؛ در غیر این صورت، برای ۱ تا ۳ ماه به مراکز درمانی فرستاده می‌شود. البته مقام قضایی می‌تواند به جای اعزام وی به مراکز درمانی، قرار تعلیق تعقیب صادر کند که به مدت شش ماه و برای یک مرتبه تا سه ماه قابل تمدید است. چنانچه در این مدت ترک اعتیاد نکند، برایش قرار موقوفی تعقیب صادر می‌شود. در غیر این صورت، به سه ماه و یک روز تا شش ماه حبس محکوم می‌شود که لزوماً تبدیل به مجازات جایگزین می‌گردد، مگر آن که محکومیت‌های ماده‌ی ۶۶ قانون مجازات اسلامی را داشته باشد که در این صورت، به زندان فرستاده می‌شود [۱۹]. با توجه به نزدیکی بستر سیاسی و فرهنگی ایران به ترکیه و نتایج اعمال مجازات شدید قاچاقچیان در آن کشور، به نظر می‌رسد کیفرزدایی از مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر

¹³ Homebake

¹⁴ Poppy Seed Teat (PST)

اقتصادی و همچنین، گسترش انواع مواد مخدر در دسترس و ارتقای زنجیره‌ی توزیع غیررسمی این مواد، می‌تواند بیانگر کنترل مناسب این معضل نسبت به پیش از انقلاب باشد. امروزه تنوع مواد مخدر نسبت به گذشته افزایش یافته و علاوه بر تریاک، استعمال مواد دیگری از قبیل ماری‌جوانا، مت‌آمفتامین، گرد فرشته و غیره در میان جوانان رایج شده که عوارض بسیار شدیدتری دارد. در حال حاضر، مصرف‌کنندگان تریاک تنها ۴۰ درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر را تشکیل می‌دهند.

بنابراین، اتخاذ سیاست کاهش آسیب تریاک، اگرچه لازم است اما کافی نیست و باید تدابیری برای سایر مواد مخدر و روانگردان‌ها نیز اندیشیده شود.

در رابطه با طرح تکرار تجربه‌ی توزیع کوپنی تریاک، باید توجه نمود که در حال حاضر اکثریت مصرف‌کنندگان، موادی به‌غیر از تریاک مصرف می‌کنند و این طرح به بخش بزرگ‌تر مصرف‌کنندگان مواد، بی‌توجه بوده و تنها به درصدی که صرفاً با تریاک سروکار دارند، می‌پردازد. به‌علاوه، چنانچه ناکارآمدی ساختار تشکیلاتی و دولتی پیش از انقلاب از عوامل اصلی شکست طرح در مراحل اجرایی بوده، ممکن است ناکارآمدی‌های موجود در ساختارهای تشکیلاتی و نظارتی فعلی نیز موفقیت این طرح را با چالش‌هایی روبه‌رو کرده، مشکلات پیش‌بینی‌نشده‌ای را به‌همراه داشته باشد. در نهایت، معضل اعتیاد، تنها مربوط به نحوه‌ی دسترسی به مواد مخدر نیست. برای حل ریشه‌ای معضل اعتیاد، پیش از این که سیاست‌ها را به‌سمت مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر سوق دهیم، سیاست‌های پیشگیری باید در اولویت و مقدم بر سیاست‌های کاهش آسیب قرار گیرند. در این راستا، فرهنگ و نظام ارزشی جامعه باید در جهت خلاقیت، کار و تولید گسترش یابد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به‌نظر می‌رسد پیگیری طرح توزیع مواد مخدر دولتی و تکرار تجربه‌ی توزیع تریاک در داروخانه، مشابه پیش از انقلاب، نسبت به وضعیت مراکز ترک اعتیاد کنونی، راهکار مناسب‌تری جهت کاهش آسیب تریاک در جامعه‌ی ایران نباشد.

محدودیت‌ها

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌هایی چون محدودیت تعداد مصاحبه‌شوندگان، کهولت سن اغلب مصاحبه‌شوندگان و احتمال دریافت اطلاعات غیردقیق از ایشان به‌واسطه‌ی فاصله‌ی زمانی طولانی از زمان واقعه و احتمال فراموشی برخی جزئیات، احتمال تاثیر تعصبات شخصی بر پاسخ‌ها و نیز محدود بودن افراد و مسئولین در دسترس و در قید حیات بود. همچنین، تجربه‌ی تاریخی حاکی از آن است که آرایه‌ی آمار و اطلاعات همواره در کنترل مقامات و مسئولان

در رابطه با اقدامات درمانی در ایران، همان‌طور که در یافته‌ها شرح داده‌شد، آرایه‌ی مشاوره‌های پزشکی و روان‌شناختی و توزیع شربت متادون در کلینیک‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر، در حال انجام می‌باشد.

فرانسه نیز سیستمی کمابیش مشابه ایران داشته و در مراکز درمانی از مخدر دارویی بوپرنورفین برای کمک به ترک مواد مخدر بهره می‌گیرد. این کشور با کاهش مراحل بوروکراسی و تسهیل دسترسی به بوپرنورفین، پس از شش سال توانست مرگومیر ناشی از بیش‌مصرفی مواد مخدر را ۷۹ درصد کاهش دهد [۲۷].

اگرچه متادون و بوپرنورفین، دو جایگزین رایج برای درمان اعتیاد به مواد مخدر^{۱۵} هستند، ولی نگرانی‌هایی در مورد انحراف از این داروها مطرح شده که منجر به جستجو برای یافتن گزینه‌های دیگری گردیده‌است [۳۱-۲۸].

ترامادول، یک آگونیست اکسیدهای موضعی است که روی گیرنده‌های اپیویدی عمل می‌کند. میزان مصرف ترامادول در مقایسه با مورفین به‌میزان قابل‌توجهی کم‌تر است. از آن‌جا که ترامادول گزینه‌ای موثر برای کنترل سندرم پس‌ازترک است، احتمالاً می‌تواند به‌عنوان یک دارو برای درمان طولانی‌مدت و ترک اپیویدها نیز استفاده شود [۳۲]. به‌همین منظور، از این ترکیب در شماری از مراکز درمانی شهر دهلی‌نو استفاده شد. اگرچه ترامادول پیش‌تر برای درمان وابستگی حاد به مواد مخدر مورد استفاده قرار گرفته‌بود، ولی بر مدیریت آگونیست درازمدت و وابستگی مزمن به مواد افیونی نیز تاثیر مثبتی نشان داد.

نتایج مطالعات روی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد در دهلی‌نو نشان داده که متادون در کنترل علائم ترک مصرف هرویین داخل وریدی، موثر است [۳۳]. در حالی که درمان اعتیاد با تتنور تریاک، اثرات دارویی مثبت و قابل‌توجهی به‌دنبال داشته، تاثیر آن در درمان اعتیاد به تریاک، ناکافی بوده‌است؛ این احتمالاً بدان سبب است که در دوزهای تجویز شده‌ی روتین و معمول، غلظت مورفین پلاسما بسیار پایین اندازه‌گیری شده‌است. با این وجود، این ماده می‌تواند به‌لحاظ فرهنگی، گزینه‌ی جایگزین قابل‌قبولی برای متادون باشد، اما پیش‌تر لازم است دوزبندی آن به‌دقت مورد بررسی قرار گیرد [۳۴].

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

در ایران پس از انقلاب، محوریت سیاست‌های اتخاذی، کاهش تعداد مصرف‌کنندگان بوده‌است. امروزه، برابر آمارهای آرایه‌شده از سوی مسئولین، جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران معادل ۱/۵ میلیون نفر است که علی‌رغم افزایش مشکلات روحی-روانی و

¹⁵ Opium Substitution Therapy (OST)

همکاری‌های ارزشمند و صادقانه تقدیم جناب آقایان دکتر آذرنوش، دکتر شیبانی، دکتر سلیمان‌جاهی، دکتر موسوی‌زادگان، دکتر نجفی، دکتر مکرری، دکتر افشار، مهندس اختراعی، دکتر صفاتیان، دکتر نوروزی، دکتر مدنی، دکتر صفوی و مهندس دژاکام می‌دارند. همچنین، از جناب آقای عربشاهی بابت پیش‌برد اهداف پژوهش، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

بوده و منابع مستقلی برای این موضوع وجود ندارد؛ لذا ممکن است شبیهاتی در اعتبار آمار و اطلاعات منتشرشده وجود داشته‌باشد. در نهایت، به‌علت محرمانه‌بودن، دسترسی مناسب به برخی اطلاعات این حوزه میسر نشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را بابت

References

- 1- Abazari Fomeshi M. A Collection of Narcotics Rules and Regulations. Tehran: Khorsandi publications; 1388: 217-241 (In persian)
- 2- Marlatt GA. Harm reduction: Come as you are. *Addict Behavior*. 1996;21(6):779–88. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460396000421>. (accessed July 30, 2018)
- 3- The final ratification of governmental Opium retail, *Fararu News*, 2018. Available from: <https://fararu.com/fa/news/323171>. (accessed July 30, 2018) (In persian)
- 4- Marshall, Catherine, and Gretchen B Rossman. *Designing Qualitative Research*. 5th ed. Los Angeles: Sage, 2011: 17-177
- 5- Hettlage R, Steinlin M (2006) The critical incident technique in knowledge management-related contexts. Swiss Association for International Cooperation
- 6- Flanagan J.C. (1954) 'The Critical Incident Technique', *Psychological Bulletin* 51(4): 327-358
- 7- Breunig KJ, Christoffersen L. If x then why? Comparative analysis using critical incidents technique. *J Bus Res*. 2016;69(11):5141–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296316302570> (accessed July 30, 2018)
- 8- The historical disaster of opium / The social and economic roots of drug addiction in the past days of Iran , *Farhange Emrooz News*, 2018. Available from: <http://farhangemrooz.com/news/50682> (accessed July30,2018) (In persian)
- 9- Akhavan M. History of Drugs in the World and Iran. 2004; Available from: www.forum.98ia.com/t103398.html (accessed July 30, 2018) (In persian)
- 10- Alam M, HajiAbadi F. Traders' reaction to opium Suppression law according to documents of the Islamic parliament. *Socio-economic historical journal of Iran*. 2016; 5(1):77-89 (In persian)
- 11- DehghanHessampur M, Ranjbar M. Commer Cialization of Opium in the Iranian Economy in Qajar Period. 2016 *Nov* 21;26(31):69–97. (In persian)
- 12- Navaee A. Documents from the Opium Story. The treacherous documents. 1999 *Feb* 20; (3,4): 62-75. (In persian)
- 13- Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annu Rev Sociol*. 1992 *Aug* 1;18(1):209–32.
- 14- Amirkhizi M. The strategic challenge of opium cultivation and trafficking in Afghanistan. *Journal of foreign policy*. 1385;5–6(2):155. Available from: <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/756223>. (In persian)
- 15- Gomis BE. Turkey Declares New War on Drugs, Ignoring Pitfalls and Global Trends. *WPR-World Politics Review*. 2014 *Oct* 3;3. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Benoit_Gomis/publication/316212722_Turkey_Declares_New_War_on_Drugs_Ignoring_Pitfalls_and_Global_Trends/links/58f66eeca6fdcc187f3a576f/Turkey-Declares-New-War-on-Drugs-Ignoring-Pitfalls-and-Global-Trends.pdf.
- 16- Bas bakan uyus turucuya kars savas bas lattt. *Milliyet*. 13.11.2014. Available from: <http://www.milliyet.com.tr/basbakan-uyusturucuya-karsi-savasi-siyaset-1969004/> (accessed July 30, 2018)
- 17- Greenwald G, Institute C. *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. CATO Institute; 2009. Available from: <https://books.google.com/books?id=7moNPwAACAAJ> (accessed July 30, 2018)
- 18- Engelsman EL. Dutch Policy on the Management of Drug-related Problems *. *Br J Addict*. 2018 *Sep* 17;84(2):211–8
- 19- *Majm'fe Mosavabat-e Majmace Tashkhis-e Maslahat-e Nezam* [Collection of Articles by the Expediency Council] (Tehran: Expediency Council, 1388 [2009]). (In persian)
- 20- Dowell D, TM H, Chou R. Cdc guideline for prescribing opioids for chronic pain—united states, 2016. *JAMA*. 2016 *Apr* 19;315(15):1624–45.
- 21- Wayne H, Michael L. Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States. *Addiction*. 2016 *Jun* 7;111(10):1764–73.
- 22- Bedford KR, Nolan SL, Onrust R, Siegers JD. The illicit preparation of morphine and heroin from pharmaceutical products containing codeine: 'homebake' laboratories in New Zealand. *Forensic Sci Int*. 1987;34(3):197–204.
- 23- 23. Kalant H. Opium revisited: a brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks1. *Addiction*. 2006 *Jan* 24;92(3):267–77.
- 24- Reisine T, Pasternak G. Opioid analgesics and antagonists. In: Goodman and Gilman's *The pharmacological basis of therapeutics*, 9th edn. New York: McGraw-Hill, 1996:521–56
- 25- Paul BD, Dreka C, Knight ES, Smith ML. Gas chromatographic/ mass spectrometric detection of narcotine, papaverine and thebaine in seeds of *Papaver somniferum*. *Planta Med*. 1996;62:544 – 7.
- 26- Braye K, Harwood T, Inder R, Beasley R, Robinson G. Poppy seed tea and opiate abuse in New Zealand. *Drug Alcohol Rev*. 2009 *May* 29;26(2):215–9.
- 27- Marc A, Mélina F, Jacques D, Jean-Pierre D, Jean T. French Field Experience with Buprenorphine. *Am J Addict*. 2010 *Feb* 18;13(S1):S17–28.

- 28- Johnson B, Richert T. Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: Prevalence estimates and risk factors. *Int J Drug Policy*. 2015 Feb 1;26(2):183–90.
- 29- Lofwall MR, Walsh SL. A Review of Buprenorphine Diversion and Misuse: The Current Evidence Base and Experiences from Around the World. *J Addict Med*. 2014;8(5):315–26.
- 30- Rao R, Agrawal A, Kishore K, Ambekar A. Delivery models of opioid agonist maintenance treatment in South Asia: a good beginning. *Bull World Health Organ*. 2013 Feb 1;91(2):150–3.
- 31- Stöver H. Barriers to Opioid Substitution Treatment Access, Entry and Retention: A Survey of Opioid Users, Patients in Treatment, and Treating and Non-Treating Physicians. *Eur Addict Res*. 2011;17(1):44–54
- 32- Mandal P, Prakash S. Tramadol: a good option for management of opioid withdrawal syndrome in developing countries. *J Subst Use*. 2016 Jul 3;21(4):339–40.
- 33- Sarkar S, Nebhinani N, Singh SM, Mattoo SK, Basu D. Tramadol dependence: A case series from India. *Indian J Psychol Med*. 2012;34:283–5.
- 34- Sarkar S, Varshney M, Patil V, Lal R. Maintenance Treatment of Opioid Dependence with Tramadol. *J Neurosci Rural Pract*. 2017 Aug;8(Suppl 1):S98–101.

Case Study of the Historical Experience of Opium Harm Reduction Using Controlled Supply Chain in Iran

Anita Jelodari¹, Zahra Sharif², Hamid Reza Rasekh³, Nazila Yousefi^{4*}

1- PharmD, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- PharmD, PhD Candidate in Pharmacoeconomics and Pharma Management, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD in Toxicology and Pharmacology, Professor, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- PhD in Pharmacoeconomics and Pharma Management, Assistant Professor, School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Drug addiction is a multifactorial problem in which various political, economic, social, and cultural factors are involved. The controlled supply chain of narcotics has been introduced as one of the effective harm reduction solutions. This study aimed to evaluate the supply-oriented intervention for opium harm reduction in Iran with a focus on the historical experience of controlled distribution of opium at drug stores before the 1979 revolution.

Methods: In this study, we used a case study method with the Critical Incidence Technique (CIT) in which, we held 15 semi-structured face-to-face interviews with experts practicing in many related fields of policy-making, regulatory, research, and delivery of substances. The available documents were reviewed and all data were coded and categorized by thematic analysis.

Results: After categorizing the codes, the data were divided into two groups : (1) The pre-revolutionary harm reduction state, which includes the opium situation from the stage of cultivation to primary and secondary distribution at drug stores, its strengths and weaknesses; and 2) The post-revolutionary harm reduction state, which includes examining the existing challenges, the actions taken by the government so far (including NGOs for harm reduction of opium, addiction treatment clinics, and regulations designed to reduce harm), its strengths and weaknesses, and proposed strategies.

Conclusion: According to the results, the re-distribution of opium at drug stores like what used to be is not a good remedy to reduce the harm. Desirable results may be obtained by performing some corrections in the current system.

Keywords: Opium, Vulnerability, Harm reduction, Supply chain, Medicalization

Please cite this article as follows:

Jelodari A, Sharif Z, Rasekh HR, Yousefi N. Case Study of the historical experience of harm reduction of opium using controlled supply chain. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 23(1): 74-85.

*Corresponding Author: School of Pharmacy, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Valiasr Ave, Niayesh Highway, Tehran, Iran. Tel/ Fax: (+98)2188665692. E-mail: n.yousefi@sbm.ac.ir