مقاله پژوهشی

# موردپژوهی تجربه‌ی تاریخی کاهش آسیب تریاک از طریق زنجیره‌ی تامین تحت‌کنترل 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 ارایه 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 دردست‌اجرا (ازجمله 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، نسبت‌به وضعیت مراکز ترک اعتیاد کنونی، راهکار مناسب‌تری جهت کاهش آسیب تریاک در جامعه‌ی ایران نباشد.*

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

## مقدمه

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 کشور هایی تلقی می شود که با معضل اعتیاد به مواد مخدر دست و پنجه نرم می کند. طی ارزیابی در سال ۲۰۱۱، تعداد سوءمصرف‌کنندگان مخدر در ایران یک میلیون و ۲۰۰هزار نفر برآورد شد. این رقم ۲/۲درصد از جمعیت بزرگ‌سالان را تشکیل می‌دهد. بیشترین سهم (۷۵درصد) از مواد مخدر کشف‌شده به تریاک و شیره‌ی تریاک تعلق دارد [۱].

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

چهار فرضیه‌ی اساسی در سیاست کاهش آسیب مطرح است: (الف) کاهش آسیب، یک پیشگیری بهداشتی است و می‌تواند جایگزین الگوهای اخلاقی و پیگردهای کیفری 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 ارایه می‌دهد [۲]. پروژه‌ی کاهش آسیب، نخستین بار در اروپا (هلند و انگلستان) مطرح و به‌کار گرفته شد [۲]. پس از آن، دیگر کشورها به‌طرق 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

[1] Harm Reduction



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

مـواد مخـدر در جامعـه، کنتـرل زنجیـره‌ی تامیـن مـواد مخـدر اسـت؛ به‌این‌معنـی کـه از صفـر تـا صـد رونـد تولیـد و فـرآوری تـا توزیـع، تحـت کنتـرل قـرار گیـرد.

ایـران نیـز پیـش از انقـلاب، اجـرای چنیـن طرحـی را تجربـه کـرده و مجـددا در تاریـخ ۱۳۹۶/۴/۲۷، طرحـی یـک فوریتـی بـا عنـوان «توزیـع مـواد مخـدر دولتـی» از سـوی کمیسـیون قضایـی مجلـس شـورای اسـلامی جهـت توزیـع کوپنـی تریـاک، در دسـت بررسـی قـرار گرفـت. هـدف از ایـن طـرح، انقطـاع رابطـه‌ی مصرف‌کننـدگان و قاچاقچیـان اسـت. ایـن طـرح تنهـا مختـص توزیـع تریـاک کوپنـی نبـوده و شـامل تصویـب قوانیـن کیفـری نیـز می‌باشـد. در صـورت اجرایی‌شـدن ایـن مصوبـه، مجـازات اعـدام تنهـا بـرای قاچاقچیـان خطرنـاک و مسـلح مـواد مخـدر اعمـال می‌شـود و سـایر قاچاقچیـان بـه حبس‌هـای طولانـی بـا شـرایط سـخت محکـوم خواهندشـد [۳].

نظریـه طـرح دوبـاره‌ی موضـوع کنتـرل دولتـی بـر زنجیـره‌ی تامیـن تریـاک، هماننـد طـرح اجراشـده در سـال ۱۳۴۷ و عدم‌بررسـی دقیـق تجربـه‌ی کشـور در زمینـه‌ی توزیـع دولتـی تریـاک و عدم‌ارزیابـی نـکات مثبـت و منفـی آن، تصمیـم بـرآن شـد کـه مطالعـه‌ای مـوردی پیرامـون توزیـع دولتـی تریـاک در ایـران انجـام شـود. از آن‌جـا کـه بـرای اخـذ تصمیمـات صحیح و سیاسـت‌گذاری مبتنی‌برشـواهد، بـه بررسـی دقیق‌تـر تجربیـات گذشـته نیـاز اسـت، در مطالعـه‌ی حاضـر تـلاش شـد کـه ابتـدا توصیـف دقیـق و کاملـی از طـرح اجراشـده در سـال‌های ۱۳۴۷ تـا ۱۳۵۷ ارایـه و نـکات مثبـت و منفـی آن مطـرح شـود و سـپس احتمـال کاهـش یـا افزایـش مخاطـرات، درصـورت اجرایی‌شـدن کنتـرل دولتـی زنجیـره‌ی تامیـن تریـاک، بـا توجـه بـه تجربـه‌ی گذشـته، مـورد ارزیابـی قـرار گیـرد.

## روش کار

مطالعـه‌ی حاضـر، پژوهشـی کیفی-طولـی اسـت؛ بدین‌صـورت کـه بـا رویکـرد پژوهـش کیفـی و بـه‌روش موردپژوهـی[2] بـه بررسـی دو مقطـع زمانـی پیـش و پـس از انقـلاب پرداخـت.

موردپژوهـی، یکـی از روش‌هـای تحقیـق کیفـی در علـوم اجتماعـی اسـت کـه بـه بررسـی متمرکـز و عمیـق یـک فـرد، گـروه، یـا رویـدادی اجتماعـی می‌پـردازد و نقطـه‌ی قـوت و منحصربه‌فـرد آن، اسـتفاده از انـواع مـدارک، مثـل اسـناد، آثـار فرهنگـی و تاریخـی، مصاحبـه و مشـاهده اسـت. هرچنـد ایـن روش ابـزاری ارزشـمند اسـت کـه بـا اسـتفاده از آن می‌تـوان متغیرهـای معنـاداری را کشـف نمـود، امـا امـکان تعمیـم داده‌هـا را فراهـم نمی‌سـازد. تحقیـق مـوردی، هماننـد سـایر روش‌هـای کیفـی، از قـدرت تعمیـم پاییـنی برخـوردار اسـت. روش‌هـای موردپژوهـی شـامل جمـع‌آوری تجربه‌هـا، بررسـی آمـاری و کنـدوکاو داده‌هـای بایگانی‌شـده می‌باشـد [۴].

چنانچـه مطالعـه‌ی مـوردی بـر رویـدادی مهـم متمرکـز شـود، اصطلاحـا چنیـن گفتـه می‌شـود کـه از تکنیـک رویـداد بحرانـی[3] اسـتفاده شده‌اسـت. اگرچـه ایـن تکنیـک بیـش از ۶۰ سـال قدمـت دارد، ولـی خـارج از محافـل آکادمیـک، شـیوع گسـترده‌ای نیافتـه اسـت. ایـن تکنیـک، توانایـی بالایـی بـرای کمـک بـه حل‌وفصـل چالش‌هـا و مسـایل اجتماعـی دارد و درواقـع یـک روش سیسـتماتیک عملـی اسـت کـه قـادر بـه جمـع‌آوری اطلاعـات جامـع به‌صـورت پایـان بـاز، تجزیه‌وتحلیـل داده‌هـا و ارایـه‌ی بازتـاب در مـورد آن‌هـا می‌باشـد [۵].

تکنیـک رویـداد بحرانـی، روش مناسـبی به‌ویـژه بـرای آنالیـز و کشـف راه‌حـل مشـکلات از طریـق مطالعـه‌ی روایـات اسـت و بـه بررسـی اتفـاق رخ‌داده می‌پـردازد. ایـن روش، کاری بـه چرایـی آن نـدارد و از طریـق آنالیـز تجربـه‌ی افـراد و روایـات آنـان، بـه مطالعـه و بررسـی کیفـی اتفاقـات رخ‌داده می‌پـردازد [۶]. در جریـان ایـن روش، محققـان علـل احتمالـی یـک بحـران را بـا تاکیـد بـر ملاحظـات مربـوط بـه افـراد و گروه‌هـای دخیـل تخمیـن می‌زننـد تـا از ایـن طریـق، فوایـد آن‌هـا را در حـل مشـکلات مشـخص کننـد [۷]. بـا توجـه بـه همیـن خصوصیـات و کارآیـی تکنیـک رویـداد بحرانـی، در مطالعـه‌ی حاضـر از آن به‌عنـوان روش تحقیـق اسـتفاده شـد.

از آن‌جـا کـه تعـداد نمونـه‌ی مناسـب بـرای مطالعـات کیفـی از پیـش قابـل اندازه‌گیـری نیسـت، نمونه‌گیـری تـا جایـی ادامـه یافـت کـه داده‌هـای جمع‌آوری‌شـده بـه سـطح اشـباع رسـیدند.

در مطالعـات کیفـی، سـه رویکـرد کلـی بـرای انتخـاب نمونـه وجـود دارد: نمونه‌گیـری دردسـترس [4]، نمونه‌گیـری تئوریـک[5] و نمونه‌گیـری قضاوتـی[6] [۴]. در پژوهـش حاضـر، ترکیبـی از هـر سـه روش اسـتفاده شـد؛ بـه ایـن صـورت کـه ابتـدا بـا بهره‌گیـری از روش نمونه‌گیـری تئوریـک، حوزه‌هایـی ماننـد کشـت، توزیـع و قانون‌گـذاری مشـخص شـد. سـپس به‌کمـک روش نمونه‌گیـری قضاوتـی، خبـرگان کلیـدی در هـر حـوزه انتخـاب شـدند. در مـواردی کـه افـراد خبـره‌ی انتخاب‌شـده به‌علـل مختلـف در دسـترس نبودنـد، بـا بهره‌گیـری از روش سـهل، به‌سـراغ افـراد دردسـترس‌تر رفتـه و پژوهـش بـا روش گلوله‌برفـی[7] ادامـه یافـت. جهـت جمـع‌آوری اطلاعـات، بـا ۱۵ تـن از صاحب‌نظـران به‌صـورت نیمه‌سـاختاریافته مصاحبـه شـد. هنگامـی کـه هیـچ کـد جدیـدی بـه کدهـای قبلـی اضافـه نشـد، حالـت اشـباع داده‌هـا تاییـد و مصاحبه‌هـا متوقـف گردیـد. مشـخصات افـراد مصاحبه‌شـونده در جـدول ۱ آورده شده‌اسـت.

[2] Case Study

[3] Critical Incidence Technique, CIT
[4] Convenience Sample
[5] Theoretical sample
[6] Judgement sample
[7] Snowball



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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 مشغول‌به‌کار در وزارت بهداری |
| مصاحبه‌شونده‌ی ۴ | استخدام وزارت بهداری از سال ۵۴ در قسمت اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر |
| مصاحبه‌شونده‌ی ۵ | رییس سابق اداره‌ی مواد مخدر و داروهای تحت‌کنترل |
| 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 درحال‌حاضر |
| مصاحبه‌شونده‌ی ۱۱ | پژوهشگر «مساله‌ی اعتیاد» در دانشگاه علوم پزشکی سیستان و بلوچستان از سال ۱۳۷۶، نظریه‌پرداز در زمینه‌ی اعتیاد به تریاک و عضوNGO 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 تحت‌کنترل از سال ۸۵ تا ۹۰، مشغول‌به‌کار در شرکت فاران شیمی ( تولیدکننده‌ی بوپرنورفین، متادون و شربت اپیوم) درحال‌حاضر |
| مصاحبه‌شونده ی ۱۵ | رییس سندیکای تولیدکننده‌ی دارو، ۳۰ سال سابقه‌ی فعالیت در حوزه‌های مربوط به دارو و مواد مخدر |

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[8] استفاده شد. تحلیل مضمون عبارت است از تحلیل مبتنی‌بر استقرا که در آن محقق از طریق طبقه‌بندی داده‌ها و الگویابی درون و برون‌داده‌ای به سنخ‌شناسی تحلیلی دست می‌یابد. به این ترتیب، در پژوهش فعلی، کدهای متناسب با مضامین ازپیش‌مشخص‌شده، استخراج و در مضمون مورد نظر قرار گرفتند. در جریان کدگذاری، کدهای اولیه‌ی تعلق‌گرفته 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.

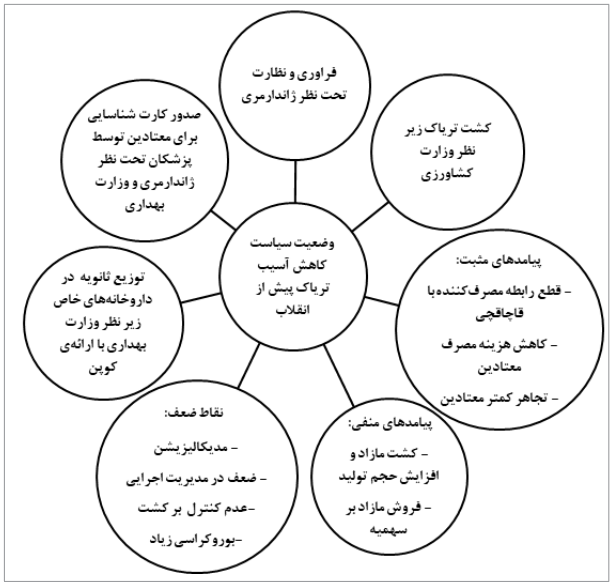
## یافته‌ها

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[9]، یعنی کدگذاری توسط محقق اول، بازبینی 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، به‌شرح 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

[8] Thematic Analysis
[9] Cross Match



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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

گزارش‌های اولیه‌ی مربوط به استفاده از تریاک در ایران به قرن ۱۷ میلادی بازمی‌گردد و خوردن یا مصرف تریاک در برخی از اقوام فارس، به‌لحاظ فرهنگی، نسبتا پذیرفته شده‌است [۸]. در دوره‌ی صفوی، دستورات، قوانین و مجازات‌هایی جهت منع مصرف مواد مخدر وضع شد، اما چندان موفقیت آمیز نبود [۹]. به‌طورکلی، حکومت‌ها در قبال مساله‌ی اعتیاد، سیاست بازدارنده‌ای درپیش نمی‌گرفتند. تنها در یک سیاست‌گذاری و برای نخستین‌بار، 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 داده‌شد 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 (۱۳۴۴-۱۲۱۰ قمری) صورت تجاری به خود گرفت که نمود های آن در قالب شیره کش خانه ها، کوکنارخانه ها و قهوه خانه ها 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 ذیلا به‌شرح زنجیره‌ی تامین آن از مزرعه تا توزیع می‌پردازیم. به‌جهت اعتباربخشی بیشتر به کدهای استخراج‌شده، در برخی موارد، نقل‌قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان داخل گیومه آورده شده‌است.

ـ کشت و فرآوری:

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

ـ تامین هزینه‌های کشت:

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

ـ مناطق کشت:

کشت در مناطقی که از شرایط آب‌وهوایی مساعدی برخوردار بودند، انجام می‌گرفت. در مناطق مساعدتر، چون کرمان، ورامین و محلات، تریاک کشت‌شده 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 به‌علت شرایط نامناسب، کشت بسیار کم انجام می‌شد*» (م.۷).

ـ فرآوری:

با توجه به این که تریاک باید پیش از طلوع آفتاب تیغ بخورد، کشت‌کاران صبح زود شیره را استخراج کرده و پس از تیغ زدن، آن‌ها را جمع‌آوری و لول (باندرول) کرده و تحویل دولت می‌دادند تا توسط وزارت بهداری 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 معمولا برای قشر ثروتمند جامعه*» (م.۴).

ـ توزیع:

لول‌های تریاک فرآوری‌شده، توسط وزارت بهداری 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 شده‌بود، ریخته و منگنه می‌شد*» (م.۱). «*اصطلاحات مقیاس در داروخانه‌های آن زمان عبارت بود از: یک لول تریاک معادل ۲۰ گرم و یک تیغ تریاک معادل یک گرم*» (م.۱۱).

تریاک‌های حاصله از شیره‌های مکشوفه و قاچاق که قابل‌استفاده بوده و در انبار نگهداری می‌شدند، با الصاق باندرول وزارت بهداری، برای فروش، تحویل سازمان معاملات تریاک می‌شدند.

مصرف‌کنندگان به‌طور معمول، ماهیانه یا دو هفته



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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، معمولا 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 معمولا مختص افراد بالای ۶۰ سال بود، اما در شرایط خاص، برای افراد بالای ۴۰ سال نیز صادر می‌گردید.

در نامه‌ی وزارت بهداری وقت به‌تاریخ ۱۳۵۴/۱۲/۱۹، بر این مسئله تاکید 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 ۲گرم برای تریاک‌خوران و ۵گرم برای تریاک‌کشان باشد. بنابراین، مراتب به پزشکان ابلاغ شود و مراقبت نمایند که از حداکثر مذکور، به‌هیچ‌وجه تجاوز ننمایند.

ـ نظارت:

نظارت در دو سطح «کشت، فرآوری و حمل‌ونقل» و «عرضه» انجام می‌گرفت. نظارت بر کشت، فرآوری و حمل‌ونقل توسط ژاندارمری، نظارت بر انبارش خشخاش‌های قاچاق و امحای آن‌ها توسط سازمان منطقه‌ای بهداری و نظارت بر قاچاقچیان عمده با کمک وزارتخانه‌های کشور و دادگستری صورت می‌گرفت. مراکز فروش (داروخانه‌ها) به‌طور محرمانه زیرنظر مامورین انتظامی قرار داشت تا درصورت 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 بهداری، به‌نام اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر صورت می‌گرفت. وزارت بهداری وقت، زیرمجموعه‌ای به‌نام اداره‌ی کل نظارت بر مواد مخدر داشت. علی‌رغم این‌که ظاهرا نظارت بر قاچاق و کشت، چندان تناسبی با وظایف بهداری و سلامت و بهداشت ندارد، همچنان بخشی از این مسئولیت به‌عهده‌ی وزارت بهداری بود»* (م.۴).

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 کدهای اصلی می پردازیم.

ـ 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 عدم‌وجود 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»* (م.۶).

ـ پیامدهای طرح:

پیامدهای مثبت این طرح، قطع ارتباط مصرف‌کننده‌ی تریاک و قاچاقچی، کاهش هزینه‌ی خانواده‌های مصرف‌کننده و تجاهر کم‌تر مصرف‌کنندگان مواد عنوان شد.

*«این طرح باعث می‌شد عده‌ای برای تهیه‌ی تریاک روانه‌ی خیابان‌ها نشوند. بالاخره مصرف‌کننده‌ی مواد بودند و سهمیه‌شان را می گرفتند و رقمی هم نبود و زندگی‌شان را هم به‌باد نمی‌دادند»* (م.۹).

مصاحبه‌شوندگان، همچنین نشت تریاک به بازار آزاد، فروش مازاد بر سهمیه‌های تعیین‌شده و افزایش حجم تولید را ازجمله 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. معمولا افراد بیش از سهمیه دریافت می‌کردند و مقدار اضافه، در بازار فروخته می‌شد»* (م.۹).

ـ نقاط قوت و ضعف

به‌طورکلی، این طرح نیز مانند هر پروژه‌ی دیگری نقاط ضعف و قوتی داشت. از مشکلات این طرح، ضعف مدیریت تقاضا، ایجاد تقاضای القایی و طبی‌سازی[10] 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»* (م.۱).

همچنین، ضعف مدیریت درمان باعث شد مراکزی 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»* (م.۱۲).

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

[10] Medicalization



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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[11] 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.

ـ 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، قطع توزیع دولتی تریاک، باعث برقراری مجدد ارتباط مستقیم میان مصرف‌کنندگان و فروشندگان شد*» (م.۹).

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 اپیوم سومنیفروم را داشت، اما امروزه تنها مجاز به کشت شقایق اولئوفرا است*» (م.۷).

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

ـ 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 به‌دست بیمار می‌دهند و در هر قسمت، امکان نشت وجود دارد*» (م.۱۴).

۲- مقاومت در برابر طرح سامانه‌ی شناسایی امواج رادیویی[12]

«*برای کنترل نشت مواد مخدر به بازار آزاد، پیشنهاد طراحی یک نرم‌افزار توزیع متصل به شبکه‌ی وزارت بهداشت مطرح گردید تا بدین‌وسیله 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

«*بسیاری از کلینیک‌دارها معتقدند دانشگاه خیلی سخت می‌گیرد. یک شیشه شربت از دستمان می‌افتد و می‌شکند، آن‌قدر ما را توبیخ 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.۸).

[11] INCB (International Narcotics Control Board)

[12] RFID: Radio Frequency Identification



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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).

ـ 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 متعاقبا 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 به‌روش 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، ۱۰درصد بوده‌است. بر همین 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 مبایعه‌ی 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 نهایتا 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 درنتیجه، امر طبی‌سازی که پیش‌تر به آن اشاره شد، به‌وقوع پیوست. فرآیند طبی‌سازی، تریاک را از جرگه‌ی مواد ممنوعه خارج کرده و در فهرست فارماکوپه‌ی 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.



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

بوروکراسی عظیم، ناپایداری و عدم‌ثبات در تشکیلات اداری طرح توزیع تریاک (انتقال مسئولیت از یک وزارت‌خانه به وزارت‌خانه‌ی دیگر)، عدم‌هماهنگی مقامات بالادستی، ضعف مدیریت و فقدان دید درست مدیریتی، عدم‌تسهیل روندها و فساد ساختاری در طرح توزیع دولتی تریاک پیش از انقلاب، پیامدهای منفی را به‌بار 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 گرفته‌شد [۱۵،۱۶]. اما اعمال این سیاست، نه‌تنها از میزان مصرف مواد مخدر در این کشور نکاست، بلکه منجربه افزایش تعداد زندانیان و پرشدن زندان‌ها و به‌بار 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، شدت‌عمل بیشتری به‌خرج 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 منتشرشده در این کشور گواه این مدعاست که سیاست عادی‌سازی نسبتا 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؛ درغیراین‌صورت، برای ۱ تا ۳ ماه به مراکز درمانی فرستاده می‌شود. البته مقام قضایی می‌تواند به‌جای اعزام وی به مراکز درمانی، قرار تعلیق تعقیب صادر کند که به‌مدت 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 لزوما 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، به‌نظر می‌رسد کیفرزدایی از مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر و تغییر قوانین فعلی کشور، گامی مثبت در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد و مواد مخدر باشد.

علاوه‌بر وضع قوانین کلی، سیاست‌های دیگری نیز در سایر کشورها اتخاذ شده‌است. از جمله‌ی این اقدامات، آموزش مصرف‌کننده و پزشک و تعیین چهارچوب تجویز مواد مخدر به‌صورت محتاطانه در امریکا است [۲۰]. همچنین، جامعه‌ی بین‌المللی اقداماتی در راستای مبارزه با مواد مخدر در قالب تدوین قوانین و کنوانسیون‌ها انجام داده‌است [۱۴].

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

همچنین، پس از فروپاشی حلقه‌های عمده‌ی مواد مخدر در دهه‌ی ۱۹۸۰، عرضه‌ی هرویین وارداتی در نیوزلند محدود شد. درنتیجه، مصرف‌کنندگان اپیوییدی به داروهای در دسترس‌تری چون مورفین به‌دست‌آمده از قرص‌های ضددرد 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 به‌دست می‌آید. این چای محتوی آلکالوئیدهای مختلفی چون حدود ۱۰٪ مورفین، ۶٪ ناسکارین، ۱٪ پاپاورین، ۰/۵٪کدیین و ۰/۲٪ تبایین است [۲۵-۲۳].

در نیوزیلند، دانه‌ی خشخاش خشک‌شده به‌راحتی 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، به‌عنوان ماده‌ی مجاز کم‌هزینه، از تاثیرات مالی و جنایی بسیار کم‌تری برخوردار است. علاوه‌براین، استفاده از چای خشخاش می‌تواند باعث کاهش میزان آلودگی‌های ویروسی ناشی از استفاده از سرنگ آلوده به‌هنگام تزریق مواد مخدر شود. همچنین می‌تواند کاهش خطر مصرف بیش‌ازحد مواد مخدر و اختلالات اقتصادی و اجتماعی را به‌دنبال داشته‌باشد. البته چای خشخاش ممکن است با القای وابستگی و معرفی فرهنگ مصرف مواد مخدر به افراد جامعه، منجر به بروز آسیب شود؛ هرچندطعم و بوی بد آن احتمالا باعث می‌شود مصرف‌کنندگان پس از اولین چشیدن، هرگز سراغ آن نروند ]۲۶[

[13] Homebake
[14] Poppy Seed Teat (PST)



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

در رابطه با اقدامات درمانی در ایران، همان‌طور که در یافته‌ها شرح داده‌شد، ارایه‌ی مشاوره‌های پزشکی و روان‌شناختی و توزیع شربت متادون در کلینیک‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر، درحال‌انجام 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 ۷۹درصد کاهش دهد [۲۷].

اگرچه متادون و بوپرنورفین، دو جایگزین رایج برای درمان اعتیاد به مواد مخدر[15] هستند، ولی نگرانی‌هایی در مورد انحراف از این داروها مطرح شده که منجربه جستجو برای یافتن گزینه‌های دیگری گردیده‌است [۳۱-۲۸].

ترامادول، یک آگونیست اکسیدهای موضعی است که روی گیرنده‌های اپیوییدی عمل می‌کند. میزان مصرف ترامادول در مقایسه با مورفین به‌میزان قابل‌توجهی کم‌تر است. از آن‌جا که ترامادول گزینه‌ای موثر برای کنترل سندرم پس‌ازترک است، احتمالا می‌تواند به‌عنوان یک دارو برای درمان طولانی‌مدت و ترک اپیوییدها 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 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 علایم ترک مصرف هرویین داخل وریدی، موثر است[۳۳].

درحالی‌که درمان اعتیاد با تنتور تریاک، اثرات دارویی مثبت و قابل‌توجهی به‌دنبال داشته، تاثیر آن در درمان اعتیاد به تریاک، ناکافی بوده‌است؛ این احتمالا بدان سبب است که در دوزهای تجویزشده‌ی روتین و معمول، غلظت مورفین پلاسما بسیار پایین اندازه‌گیری شده‌است. با این وجود، این ماده می‌تواند به‌لحاظ فرهنگی، گزینه‌ی جاگزین 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 ارایه‌شده از سوی مسئولین، جمعیت مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران معادل ۱/۵ میلیون نفر است که علی‌رغم افزایش مشکلات روحی-روانی و اقتصادی و همچنین، گسترش انواع مواد مخدر در دسترس و ارتقای زنجیره‌ی توزیع غیررسمی این مواد، می‌تواند بیانگر کنترل مناسب این معضل نسبت‌به پیش از انقلاب باشد.

امروزه تنوع مواد مخدر نسبت‌به گذشته افزایش یافته و علاوه‌بر تریاک، استعمال مواد دیگری از قبیل ماری‌جوانا، مت‌آمفتامین، گرد فرشته و غیره در میان جوانان رایج شده که عوارض بسیار شدیدتری دارد. درحال‌حاضر، مصرف‌کنندگان تریاک تنها ۴۰درصد 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 درحال‌حاضر اکثریت مصرف‌کنندگان، موادی به‌غیراز تریاک مصرف می‌کنند و این طرح به بخش بزرگ‌تر مصرف‌کنندگان مواد، بی‌توجه بوده و تنها به درصدی که صرفا 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، نسبت‌به 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 قیدحیات بود. همچنین، تجربه‌ی تاریخی حاکی از آن است که ارایه‌ی آمار و اطلاعات همواره در کنترل مقامات و مسئولان

[15] Opium Substitution Therapy (OST)



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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

## تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان مراتب تشکر و قدردانی خود را بابت همکاری‌های ارزشمند و صادقانه تقدیم جناب آقایان دکتر آذرنوش، دکتر شیبانی، دکتر سلیمان‌جاهی، دکتر موسوی‌زادگان، دکتر نجفی، دکتر مکری، 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.

## References

1- Abazari Foumeshi 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 Behave. 1996;21(6):779–88. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460396000421. (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/58f66eeea6fdcc187f3a576f/Turkey-Declares-New-War-on-Drugs-Ignoring-Pitfalls-and-Global-Trends.pdf.
16- Bas bakan uyus turucuya kars savas bas lattı. 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- *Majmu'e 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.



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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. Maintainence Treatment of Opioid Dependence with Tramadol. J Neurosci Rural Pract. 2017 Aug;8(Suppl 1):S98–101.

[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]

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

Anita Jelodari[1], Zahra Sharif [2], Hamid Reza Rasekh[3], 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 Pharamacology, 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@sbmu.ac.ir



[ Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-09-08 ]