



بازار متغیر اعتیاد و سیاست‌های دیرهنگام؛

تأملی کوتاه بر فراز و فرود سیاست‌گذاری‌های کلان درمان در ایران



A Glance on Iranian Policies for Drug Addiction Treatment

سبحان رضایی

کارشناس ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه علامه طباطبائی

sm.rezaee@yahoo.com

اما شاید اولین سیاست‌گذاری کشور در حوزه‌ی درمان اعتیاد و سوء‌مصرف مواد، به ماده‌ی پانزدهم قانون انحصار دولتی تریاک مصوب ۲۶ تیرماه ۱۳۰۷ شمسی در سال دوم آغاز حکومت پهلوی بازگردد: «دولت مکلف است از تاریخ تصویب این قانون تا ده سال، وسایل ترک استعمال تریاک را در داخل مملکت و طبیب و دوا‌ی مجانی در دسترس معتادین فراهم نموده و اعتبارات لازمه‌ی اجرای این منظور را به مجلس شورای ملی پیشنهاد نماید و مصرف داخلی را از ۱۳۰۸ در هر سال یک عشر کسر کند تا آنکه در انقضای مدت مزبوره، استعمال تریاک در غیر موارد غیرطبی در تمام مملکت متروک و ممنوع گردیده و فروش تریاک در موارد طبی به موجب نسخه‌ی طبیب در داروخانه به عمل آید.» به نظر می‌رسد این قانون، که وزارت مالیه مسئول اجرای آن بود، به دنبال اجرای یک سم‌زدایی ده ساله در کل کشور می‌باشد، به صورتی که در سال ۱۳۱۸، مصرف تریاک تنها به موارد طبی محدود گردد.

پیش از آغاز دوران مدرنیته‌ی ایرانی، تریاک از جایگاهی ویژه در زندگی روزمره‌ی ایرانیان برخوردار بود و در پزشکی و فراغت ایشان جای داشت. این روند حتی تا سال‌های آغازین قرن بیستم ادامه یافت و کشور را به یک تولیدکننده‌ی عمده‌ی تریاک، حدود ۱۰۰ تن در سال، تبدیل کرده بود (کریمی، ۲۰۰۰). با تصویب قوانین مالیاتی جدید بر تولید تریاک (همانند قانون تحدید تریاک مصوب ۲۲ اسفند ۱۲۸۹)، تعیین انحصار دولتی تولید و توزیع آن (مصوب ۹ مهرماه ۱۲۹۴) و اجازه‌ی کشت محدود خشخاش، توزیع کنترل شده‌ی شیریه‌ی تریاک و برنامه‌ی ملی درمان نگهدارنده‌ی بیماران وابسته به مواد مخدر (در طی سال‌های ۱۳۴۷ تا ۱۳۵۷)، جوازی جدید به تداوم این روند داده شد، به گونه‌ای که در سال ۱۳۵۷، حدود ۳۳۰۰۰ هکتار زمین کشور زیر کشت خشخاش بود.

موظف به راه‌اندازی مراکز تخصصی برای درمان معتادان خودم‌عرف و ارایه‌ی تسهیلات ویژه برای جذب بخش خصوصی (ماده‌ی دو، بند ۱)، تأمین دارو، وسایل تشخیص و ... و همچنین ایجاد مراکز بستری (ماده ۲، بند ۱۴) گردیده است. همچنین این قانون در ماده‌ی دوم به تأمین و تربیت کادر تخصصی مراکز درمان از طریق ایجاد واحدهای درسی تخصصی در چارچوب آموزش‌های پزشکی، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددیاران اجتماعی در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی و بهبود وضعیت معتادان نیز توجه می‌کند. در طی مواد پنجم، ششم، هفتم و هشتم به تشکیل آموزش‌های عمومی پیشگیری از اعتیاد از طریق آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ و ارشاد، صدا و سیما و سازمان تبلیغات اسلامی اشاره می‌نماید.

از طرف دیگر، قانون چهارم توسعه (۱۳۸۴) در ماده‌ی ۹۷ خود به تهیه‌ی طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان بر اساس اولویت‌بخشی به پنج حوزه‌ی کاهش آسیب، روان‌درمانی، گروه درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش شغل در درمان اعتیاد و جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی شده است. اما این درخواست دوباره در ماده‌ی ۲۰۷ قانون پنجم توسعه (۱۳۹۰) نیز باز هم تکرار شده است که این امر حاکی از عدم اجرای بند مشابه قانون چهارم است.

از مجموع این فراز و فرودهای سیاست‌های سیال و متغیر کشور در قبال معضل اعتیاد و سوء‌مصرف مواد، به نظر می‌رسد که این بسته‌های قانونی خود به مجموعه‌ی پیچیده‌ای تبدیل شده‌اند که بیشتر از آنکه پاسخگوی نیازهای واقعی فعلی و آتی کشور در کنترل و درمان اعتیاد باشند، نشان‌دهنده‌ی به روزرسانی دیر هنگام سیاست‌گذاران با شرایط جدید بازار تولید، توزیع، و مصرف مواد مخدر و محرک می‌باشند، مسئله‌ای که زنگ خطری جدی را یادآور می‌سازد و به اهمیت مطالعات سیاست‌گذاری در تدوین به هنگام و کارآمد سیاست‌های کنترل، درمان و پیشگیری از اعتیاد تأکید می‌نماید.



رویکرد مشابهی نیز پس از انقلاب اسلامی تا حدود سال ۱۳۷۷، در سیاست‌گذاری اعتیاد کشور اجرا شد. در طول این سال‌ها، اعتیاد به مواد مخدر در دستگاه قضایی ایران، جرم کیفری محسوب می‌شد و هیچ‌گونه فرصت و اجازه‌ی قانونی برای اعمال مداخلات درمانی در این نوع از بیماران وجود نداشت (مکری، اسکاتنفلد، ۲۰۰۸). در همین راستا، قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۳ آبان ماه ۱۳۶۵، در ماده‌ی پانزدهم خود به کلیه‌ی وابستگان مواد مخدر در کشور فرمان داد که از تاریخ تصویب قانون، شش ماه برای فرصت ترک اعتیاد دارند و در صورت عدم آن با مجموعه‌ای از مجازات‌های گوناگون روبه‌رو می‌شوند مانند حبس از شش ماه تا یک سال (ماده‌ی ۸، ۹ خردادماه ۱۳۵۹) و یا جرایم نقدی، حبس و انفصال از خدمات دولتی (ماده‌ی ۱۶، آبان ماه ۱۳۶۷). اما اکنون پس از ۹۴ سال از قانون نخست و ۲۶ سال از قانون دوم باید قضاوت کرد که آیا این قوانین آرمانی به هدف خود رسیده است یا نه؟

بدین ترتیب، تلقی سوء‌مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از جرایم کیفری، سبب شد که برخورد انتظامی و قهری به گزینه‌ی اول روش کنترل تولید و مصرف تریاک بدل گردد. اما جایگاه ژئوپلیتیک کشور در همسایگی افغانستان، به عنوان بزرگ‌ترین تولیدکننده‌ی تریاک جهان و همچنین موقعیت ایران به عنوان یک چهارراه بین‌المللی برای عبور و ترانزیت مواد به بازارهای غربی، این سیاست جدید کنترلی را با مشکلات و ناکارآمدی‌های عدیده‌ای روبه‌رو نمود، به صورتی که دولت از یک طرف به ایجاد صدها مانع گوناگون برای کنترل قاچاق مواد مخدر در مرزهای شرقی خود دست زد و از طرف دیگر تلاش نمود تا بیشترین میزان ممکن کشف و ضبط تریاک را در کشور داشته باشد، به گونه‌ای که در طول حدود سی سال پس از انقلاب ۴,۹۳۵,۰۸۳ کیلوگرم از این مواد کشف گردید. این میزان در سال ۲۰۰۹ به بالاترین سطح خود رسید که معادل ۸۴ درصد میزان کشف و ضبط اپیوم در جهان بود.

عدم کفایت این گونه سیاست‌های کنترلی، انتظامی، و آرمانی، سیاست‌گذاران را به تدریج به سمت اجرای سیاست‌های کاهش آسیب نزدیک کرد تا معتاد به مثابه بیمار و نه مجرم نگریسته شود و مداخلات و سیاست‌های درمانی اهمیت یابند (گزارش سالانه‌ی ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷). در حال حاضر، اسناد بالادستی سیاست‌گذاری کشور در درمان و بازتوانی وابستگان به مواد مخدر عبارتند از: اصول کلی جمهوری اسلامی ایران برای مبارزه با سوء‌مصرف مواد (ابلاغ مقام معظم رهبری، مهر ۱۳۸۵)، قوانین بودجه‌ی چهارم توسعه (ماده‌ی ۹۷) و پنجم توسعه (ماده‌ی ۲۰۷) و اصلاحیه‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۹ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام.

پس از انقلاب، مسئله‌ی درمان اعتیاد ابتدا در ماده‌ی پانزدهم اصلاحیه‌ی قانون مبارزه با مواد مخدر به تاریخ مصوب ۱۵ شهریور ماه ۱۳۷۷ مطرح گردید. در متن این قانون، وزارت بهداشت به عنوان مسئول معرفی شده، بیماران تحت درمان از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف گردیدند (تبصره ۱) و تعرفه‌های درمان و کمک‌های دولتی معین (تبصره ۲ و ۳) گشته است. در اجرای این قانون، ستاد مبارزه با مواد مخدر در تاریخ ۲۰ بهمن ۱۳۷۷ به تصویب آیین‌نامه‌ی پیشگیری از اعتیاد، درمان معتادین به مواد مخدر و حمایت از افراد در معرض خطر می‌پردازد. بر اساس این قانون، وزارت بهداشت