

قاچاق مواد مخدر و اعتیاد،  
بحران اجتماعی و تهدیدی علیه امنیت ملی

دکتر علی هاشمی<sup>۱</sup>

شهریور ۱۳۸۷

---

<sup>۱</sup> مدرس دانشگاه و دبیرکل اسبق ستاد مبارزه با مواد مخدر

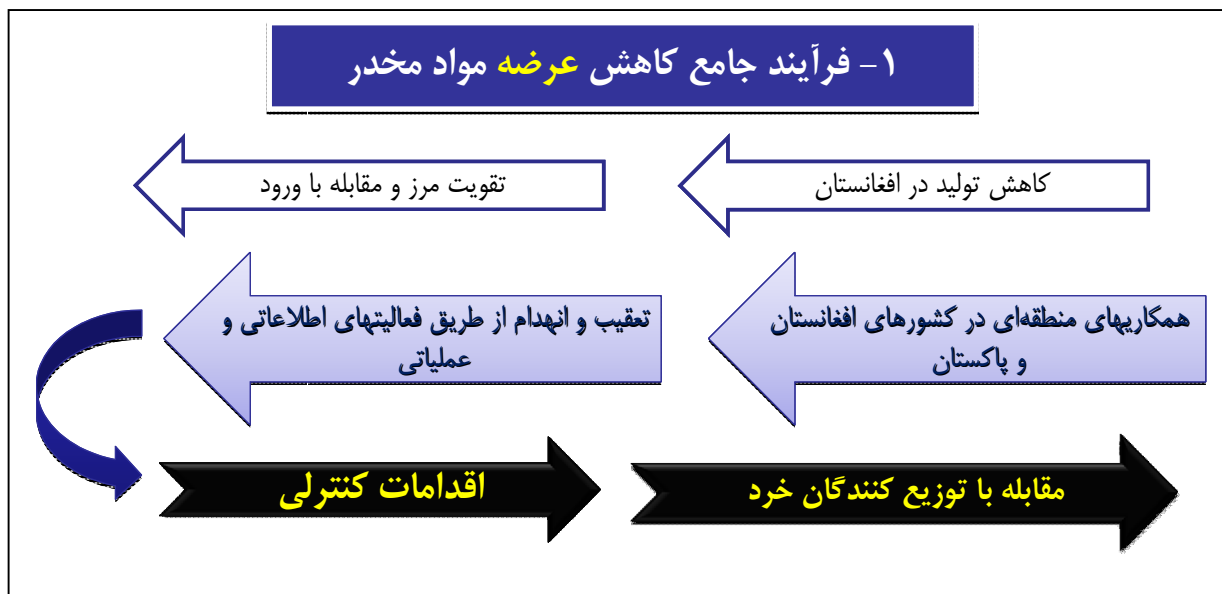
ممکن است عنوان بحث کمی سنگین به نظر برسد، در ارتباط با مواد مخدر می‌توان این مثال را ذکر کرد که اعتیاد و قاچاق مواد مخدر مانند کوه یخی است که در نگاه اول و با دیدن معتادین فقط چهار، پنج درصد بالای کوه یخ دیده می‌شود و بخش اعظم این کوه از دید پنهان است. در این بحث برخی از لایه‌های پنهان این کوه یخ را با هم مرور می‌کنیم.

### بخش اول: کاهش عرضه و تقاضا برای مواد مخدر

برای کاهش مصرف مواد مخدر دو فرایند کاهش عرضه‌ی مواد مخدر و کاهش فرایند تقاضای مواد مخدر را می‌توان در نظر گرفت، که به صورت جداگانه به هر یک از این مورد پرداخته می‌شود.

فرآیندهای جامع کاهش عرضه‌ی مواد مخدر به صورت نمادین در شکل ۱ نمایش داده شده است. این فرایندها شامل موارد زیر است: کاهش تولید در افغانستان، تقویت مرز و مقابله با ورود مواد مخدر، همکاری‌های منطقه‌ای، تعقیب و انهدام باندها و توزیع کنندگان خرد مواد مخدر.

شکل ۱. فرایند جامع کاهش عرضه مواد مخدر (طبق نمودار ستاد)

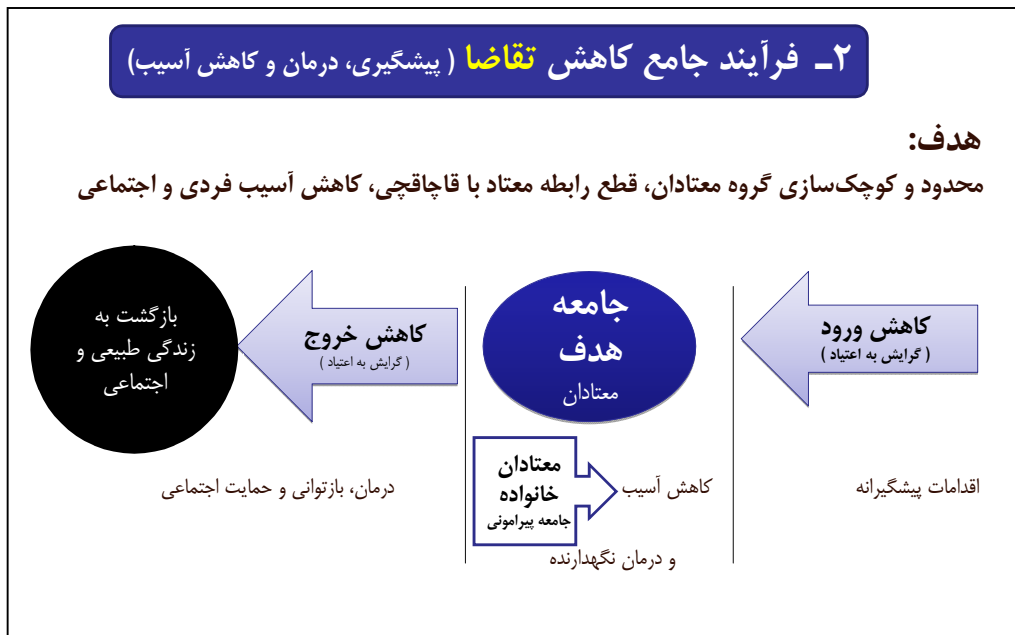


کاهش عرضه‌ی مواد مخدر بدین معنی است که سعی ایجاد کنیم تا مواد مخدر کمتر وارد کشور شود.

هدف از فرایند کاهش تقاضا محدود و کوچک‌سازی گروه معتادان، قطع رابطه‌ی معتاد با قاچاقچی و کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی است. این فرایند شامل سه جزء پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. اقدامات پیشگیرانه شامل تمامی مواردی است که به نحوی سبب می‌شود افراد کمتری به سوی مصرف مواد مخدر کشیده شوند. در این مورد جامعه‌ی هدف در برگیرنده‌ی تمامی افراد جامعه است. فعالیتهای کاهش آسیب بر روی معتادان، خانواده و جامعه‌ی بیرونی کار می‌کند و هدف آن پیش‌گیری از بروز مشکلات جدید، علاوه بر مشکل ایجاد شده‌ی اعتیاد است. مثالی از این نوع توزیع سرنگ میان معتادان پرخطر به منظور جلوگیری از بروز ایدز و هیپاتیت است. سومین نوع فعالیت در این حیطة به درمان، بازتوانی و حمایت

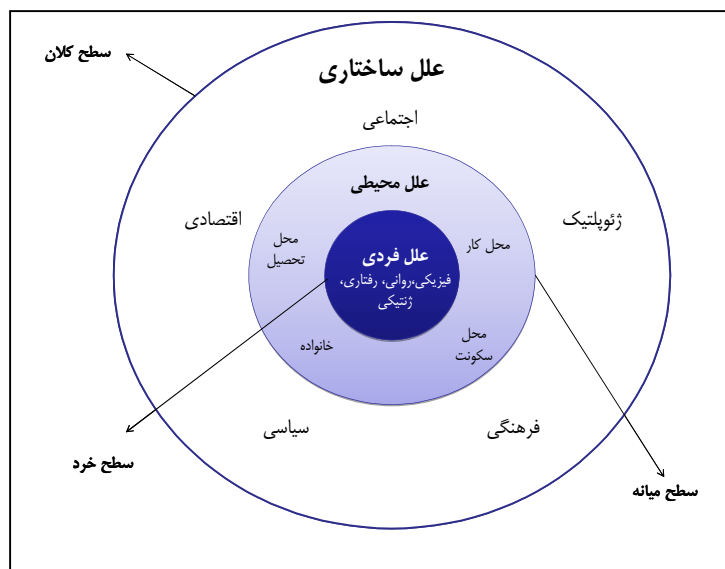
اجتماعی معتادان می‌پردازد. در این جا هدف این است که فرد اعتیاد خود را ترک نماید و با فراهم آوردن شرایط مناسب اجتماعی و حمایتی پس از ترک، بار دیگر به سوی مصرف مواد مخدر کشیده نشود. این فرایندها در شکل ۲ نمایش داده شده است.

شکل ۲. فرایند جامع کاهش تقاضا



علل بروز سوء مصرف مواد مخدر و جرایم مربوط به آن را می‌توان به سه سطح خرد، میانه و کلان تقسیم نمود. سطح خرد شامل علل فردی (فیزیکی، روانی، رفتاری و ژنتیکی) است. سطح میانه شامل نهاد اجتماعی از قبیل خانواده و مدرسه و محیط‌های اجتماعی از قبیل محل کار و محل سکونت است. سطح کلان نیز در برگیرنده‌ی علل مؤثر ساختاری است. این عوامل در نمودار ۱ نشان داده شده است.

نمودار ۱. علل بروز سوء مصرف، وابستگی و جرائم مربوط به مواد مخدر



### بخش دوم: اهمیت و ضرورت کاهش مصرف و قاچاق مواد مخدر (ابعاد مسأله)

این مسأله از ابعاد سیاسی - مدیریتی، بین‌المللی، اقتصادی، اجتماعی، منطقه‌ای (افغانستان) و امنیتی - انتظامی - نظامی دارای اهمیت است که هر یک از ابعاد به طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

#### ۱. بعد اجتماعی

در بعد اجتماعی مسأله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. آمار مصرف‌کنندگان در مقاطع مختلف:

- آمار مصرف‌کنندگان در سال ۱۳۳۴ - ۱/۵ میلیون نفر (قطعی و تفننی)
- آمار مصرف‌کنندگان در سال ۱۳۵۶ - ۲/۵ تا ۳ میلیون نفر (قطعی و تفننی)
- آمار مصرف‌کنندگان در سال ۱۳۶۶ - ۲ میلیون نفر (قطعی و تفننی)
- طبق آخرین برآورد (سال ۸۳) ۳/۷۶۱/۰۰۰ نفر شامل:

\* وابسته شدید ۱/۱۵۷/۰۰۰ نفر

\* سوء مصرف ۱/۳۹۰/۰۰۰ نفر

\* مصرف تفننی ۱/۲۱۴/۰۰۰ نفر

- آمار مصرف‌کنندگان در سال ۱۳۸۵ - ۲ میلیون نفر

لازم به توضیح می‌باشد که بنا به دلایل مختلف هیچ‌گاه آمار دقیق علمی از تعداد مصرف‌کننده‌ها ارائه نشده است.

۲. دستگیر شده‌ها:

از حدود ۱۱ میلیون نفر افراد دستگیر شده در بعد از انقلاب (۵۸ تا ۸۶) ۴/۵ میلیون نفر به طور مسقیم و ۱/۵ میلیون نفر بطور غیرمسقیم در رابطه با جرائم مواد مخدر دستگیر شدند. (در سال ۵۹ به ازای هر صد هزار نفر ۶ نفر زندانی داشتیم که در سال ۸۵ این آمار به ۲۳ نفر افزایش یافته است).

۳. عامل ۱۵ درصد از تصادفات و خسارات رانندگی

۴. روند تغییر الگوی مصرف از مواد مخدر طبیعی به مواد مخدر صنعتی و شیمیایی و از کم‌خطر به پرخطر، در نتیجه درگیری بیشتر نسل جوان. طبق آمار از سال ۱۳۸۰ تا ۸۴ حدود ۱۷ یا ۱۸ درصد معتادین هروئین مصرف می‌کردند، این در حالی است که در سال ۸۷ مصرف هروئین و مشتقات آن (کراک، شیشه...) به ۴۲٪ افزایش یافت.

۵- تلفیق جرائم سود مصرف مواد مخدر با جرائم مصرف الکل و سگس.

## ۶- مبتلایان به ایدز (HIV) (۸۵-۱۳۶۵)

تخمین زده می‌شود که حدود ۱۰۰ هزار نفر آلوده به ویروس ایدز وجود داشته باشد، تعداد ۱۴۵۴۴ نفر (با احتساب ۱۸۲۸ نفر فوت‌شده) شناخته شده‌اند. توضیح این که ۶۶ درصد از مبتلایان به ایدز و HIV از طریق سرنگ آلوده (معتادین تزریقی) مبتلا شده‌اند.

## ویژگی‌های مهم معتادان

۱) بررسی جامعه آماری مربوط به ۲۲۳۰۴۵۲ نفر از خود معرف‌ها طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۲ نشان داد ب لحاظ جمعیت‌شناختی ۹۶ درصد آن‌ها مرد و ۴ درصد زن، ۶ درصد کارمند، ۳۰ درصد بیکار، ۴ درصد خانه‌دار و ۶۰ درصد شغل آزاد دارند. از نظر نوع مواد مصرفی ۶۹ درصد تریاک، ۲۴ درصد هروئین و ۷ درصد حشیش مصرف می‌کنند. قابل توجه این که از ۲۴ درصد افراد مصرف کننده‌ی هروئین، ۲۰ درصد تزریق می‌کنند. به لحاظ شیوه‌ی مصرف نیز ۵۵ درصد از راه تدخین، ۲۸ درصد تزریق و ۸ درصد به صورت تلفیقی مواد مخدر مصرف می‌کنند.

پراکندگی جغرافیائی ۵۰۰ هزار زندانی موارد مخدر (طی سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵) به این شرح است:

**سطح یک:** تهران (۲۲ درصد)، خراسان رضوی (۱۶ درصد).

**سطح دو:** فارس (۶ درصد)، اصفهان (۶ درصد)، خوزستان (۵ درصد)، گیلان (۴ درصد)، کرمانشاه (۴ درصد)

**سطح سه:** کرمان، مرکزی و قزوین هر یک ۳ درصد، همدان، مازندران، آذربایجان شرقی، لرستان، سیستان و بلوچستان، آذربایجان غربی، گلستان، قم و هرمزگان هر یک ۲ درصد.

**سطح چهار:** یزد، کردستان، خراسان جنوبی، اردبیل، سمنان، زنجان، خراسان شمالی، ایلام، بوشهر، چهارمحال بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد هر یک ۱ درصد.

۲. بعد اقتصادی

۱. هزینه‌ی سوء مصرف در ایران در سال ۱۳۸۳ ده هزار میلیارد تومان بوده است که از این مبلغ ۴۳ درصد هزینه‌ی مصرف کنندگان و ۵۷ درصد هزینه‌ی دولت و جامعه بوده است.

۲. در صورت ثبات نرخ رشد، هزینه در سال ۱۳۹۳ به ۱۷۳۸۵ میلیارد تومان افزایش می‌یابد (تورم و سایر متغیرها صفر فرض شده است).

۳. قیمت فروش مواد مخدر در جدول یک آمده است (هر کیلو به هزار تومان). همان‌طور که مشاهده می‌شود قیمت تریاک و حشیش طی سال‌های ۱۳۶۸ الی ۱۳۸۵ حدود ۴ برابر و قیمت هروئین و مرفین حدود ۷ تا ۸ برابر شده است.

۴. قیمت خرده فروشی مواد در سال ۱۳۸۵

جدول ۱. قیمت هر یک کیلو مواد مخدر در سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۸۵ (۱۳۹=۱۳۹ هزار تومان)

مواد	تریاک	حشیش	هروئین	مرفین	زمان
	۱۳۹	۷۴	۴۳۸	۲۷۵	سال ۱۳۶۸
	۵۹۸	۳۰۶	۳/۱۱۰ میلیون	۲/۴۰۰ میلیون	سال ۱۳۸۵

هر مثقال تریاک ۴۸۰۰ تومان، هر گرم حشیش ۵۸۰ تومان، یک بسته ۵ سانتی هروئین ۸۴۰ تومان

### ۳. بعد سیاسی - مدیریتی

۱. بی‌اعتمادی نخبگان و مردم به کارآمدی بروکراسی و نظام حاکمیت (با توجه به نگرانی و احساس ناامنی ۸۵ درصد مردم از روند رو به رشد این پدیده).

۲. نهادینه شدن این باور در ذهنیت مردم که نظام توان حل این مشکل را ندارد.

۳. فشارهای سیاسی خارجی بر کشور (INCB و UNODC...)

### ۴. بعد امنیتی - انتظامی و نظامی

۱. کشفیات مواد مخدر: ۳۵۸۹ تن (شامل: هروئین ۷۶۸۰۹ کیلو، مرفین ۲۲۸۹۸۰ کیلو، تریاک ۲۵۵۱ تن، حشیش ۶۰۱/۵ تن، متفرقه ۸۶/۵ تن، امحاء شده ۴۴ تن).

۲. کل دستگیری ناشی از جرایم مواد مخدر از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۶ حدود ۴/۵ میلیون نفر

۳. کشفیات ترانزیتی (مرفین، هروئین، حشیش) ۴۰ درصد از کل کشفیات معادل تریاک

۴. باندهای متلاشی شده ۱۹۷۳۹ باند (۱۳۶۸-۱۳۸۵)

۵. تعداد ضبط سلاح از باندها ۲۱۶۹۸ قبضه (۱۳۶۸-۱۳۸۵)

۶. توقیف خودرو ۵۴۱۶۶ دستگاه (۱۳۶۸-۱۳۸۵)

۷. کشته شدن اشرار ۵۷۷۰ نفر (۱۳۶۸-۱۳۸۵)

۸. شهداء ۳۵۵۷ نفر (۱۳۸۵-۱۳۶۸)

۹. گروگانگیری ۱۰۹۴۷ (۱۳۸۵-۱۳۷۰)

۱۰. فعالیت حداقل یک میلیون نفر در شبکه توزیع داخلی، این در حالی است که طبق اسناد ساواک در سال ۱۳۵۵ حداقل ۲۰۰ هزار نفر در شبکه توزیع داخلی فعال بودند.

## ۵. بعد بین‌المللی

۱. سوء مصرف مواد مخدر یکی از چهار مسأله اصلی تهدید جامعه بشری است. (سلاح‌های اتمی / آلودگی محیط زیست / فقر و فاصله طبقاتی از دیگر مسائل اصلی تهدیدکننده هستند).

۲. تعداد مصرف کنندگان در جهان در سال ۱۳۸۶ عبارت است از ۲۱۵ میلیون نفر به ترتیب برای حشیش / ماریجوانا / آمفتامین‌ها / تریاک / کوکائین / هروئین

۳. فعالیت حداقل ۱۵ میلیون نفر در شبکه قاچاق توزیع

۴. یکی از چهار عامل اصلی چرخش اقتصادی در جهان (در کنار صنعت اسلحه- نفت و توریسم) با چرخش مالی ۱۵۰۰ میلیارد و سود ۵۰۰ میلیارد دلاری (برای نمونه یک گرم هروئین یک دلاری در افغانستان، در اروپا تا ۱۰۰ الی ۱۲۰ دلار به فروش می‌رسد).

۵. اهداف سیاسی و تروریستی ناشی از پولشویی (تجارت مواد مخدر)

۶. از جمله جرائم سازمان یافته طبق اسناد UN

۷. روند جهانی شدن و مسأله تأثیرگذاری‌ها و تأثیرپذیری‌ها

۸. مسأله ایدز در جهان:

۱. آمار مبتلایان به ایدز و HIV در سال ۲۰۰۳، ۶۸ میلیون نفر

۲. معتادین تزریقی در آسیا (۲۷ کشور) ۲ درصد کل جمعیت (طبق اعلام SUNAIDS سالانه ۵/۸ درصد رشد دارد). برای نمونه رشد ایدز در روسیه طبق نظر مسئولین نظامی آن کشور به تهدید امنیتی تبدیل شده است (از سال ۹۹ تا ۲۰۰۳ تا ۵ برابر افزایش یافته است).

برآوردهای آماری و تحلیلی از وضعیت جهانی مواد مخدر طی سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ در جدول ۲ آمده است. مطابق این جدول:

۱. تعداد کل مصرف کنندگان مواد مخدر و داروهای روان گردان در جهان حدود ۱۸۵ میلیون نفر یا ۳ درصد از جمعیت جهان یا ۴/۷ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال برآورد می‌شوند.

۲. بر اساس این برآورد، حشیش پرمصرف‌ترین ماده‌ی روان‌گردان جهان است، که نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر مصرف کننده دارد.

۳. مصرف آمفتاین (محرک) با ۳۰ میلیون نفر مصرف کننده، مصرف کوکائین با ۱۳ میلیون نفر و مواد مخدر (هروئین، تریاک و مواد ترکیبی) با ۱۵ میلیون نفر که در این میان ۹ نفر مصرف‌کننده‌ی هروئین هستند، به ترتیب اولویت‌های بعدی مصرف مواد را تشکیل می‌دهد.

۴. نرخ شیوع مصرف دخانیات در جهان ۳۰ درصد کل جمعیت و ده برابر نرخ مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان است.

۵. بیش از ۹۰ درصد خشخاش غیرقانونی جهان در ۳ کشور افغانستان، میانمار و لائوس کشت می‌شود.

جدول ۲. برآورد میزان سوء مصرف (همه‌گیری سالانه) طی سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۱ میلادی

هروئین	مواد افیونی	کوکائین	محرک‌ها		حشیش	کلیه‌ی مواد	
			اکستازی	آمفتامین			
۲/۹	۲/۱۵	۳/۱۳	۳/۸	۶/۲۹	۲/۱۴۶	۱۸۵	میلیون نفر
۱۵/۰	۲/۰	۲/۰	۱/۰	۵/۰	۳/۲	۳	درصد جمعیت جهان
۲۳/۰	۴/۰	۳/۰	۲/۰	۷/۰	۷/۳	۷/۴	درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال

\* همه‌گیری سالانه، معیارها تعداد یا درصد افرادی است که حداقل ۱ مرتبه طی ۱۲ ماه پیش از انجام ارزیابی یک ماده مخدر مصرف کرده‌اند.

## ۶. ابعاد مسأله در افغانستان

۱. تولید تریاک در سال ۱۳۵۹: ۲۷۰ تن

۲. تولید تریاک در سال ۱۳۸۵ (۲۰۰۷ میلادی): ۸۵۰۰ تن

۳. کل تولید از سال ۱۹۸۶ تا سال ۲۰۰۷: ۶۱۵۰۰ تن

۴. دلایل افزایش تولید و قاچاق مواد مخدر در افغانستان عبارت است از:

- حضور دولت اشغالگر آمریکا، عدم ثبات امنیتی و وابستگی دولت

- فرار گرفتن در مجاورت کانون هلال طلایی

- گره خوردن اقتصاد کشور با تجارت مواد مخدر با توجه به جدی بودن تقاضا در جهان
- برخورد انفعالی دولت افغانستان با کشت خشخاش
- تأمین منابع مالی دولت از اقتصاد مواد مخدر با توجه به علمی شدن کمک‌های غربی‌ها
- پیش خرید تریاک توسط تجار مواد مخدر از قبائل و کشاورزان

### بخش سوم: استراتژی‌های ایران بعد از انقلاب

مرحله اول (۶۷-۱۳۵۷):

ممنوعیت کشت خشخاش - جرم‌انگاری اعتیاد - اعمال قوانین شدید کیفری

مرحله دوم (۸۶ - ۱۳۶۷):

نگرش سیستمی (تشکیل ستاد) - تشدید قوانین بر علیه قاچاقچیان - توسعه تعاملات بین‌المللی - توجه ویژه به درمان

معتادین

مرحله سوم (۱۳۸۱ تا کنون)

تغییر نگرش از مقابله با عرضه به کاهش تقاضا (با اولویت پیشگیری درمان) اصلاح نگرش از جنایی و کیفری به

پیشگیری و درمان - ایجاد پشته‌های علمی، نظری و پژوهشی

### ابعاد سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر

- مبارزه فراگیر و قاطع علیه کلیه فعالیتها و اقدامات غیر قانونی
- تقویت و توسعه امکانات (اطلاعاتی، نظامی، انتظامی و قضایی)
- توسعه و مکانیزه کردن سامانه‌های کنترلی و تمرکز اطلاعات
- راهکارهای پیشگیرانه در همه حوزه‌ها (امکانات دولتی و غیر دولتی)
- جرم‌انکاری مواد مخدر جز در موارد علمی، پزشکی و امور درمان
- گسترش امور درمان و بازتوانی
- حمایت‌های اجتماعی و حقوقی پس از درمان

- ارتقاء و تقویت دیپلماسی منطقه‌ای و جهانی
- مشارکت جدی مردم و خانواده‌ها در همه حوزه‌ها
- توسعه و ارتقاء مطالعات و پژوهش بنیادی و کاربردی
- اصلاح ساختار مدیریت مبارزه با مواد مخدر

### سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر

۱. مبارزه فراگیر و قاطع علیه کلیه فعالیتها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر و روان گردان و پیش سازهای آنها از قبیل کشت، تولید، ورود، صدور، نگهداری و عرضه مواد.
۲. تقویت، توسعه، تجهیز و استفاده فراگیر از امکانات اطلاعاتی، انتظامی، و قضائی برای شناسایی و تعقیب و انهدام شبکه‌ها و مقابله با عوامل اصلی داخلی مرتبط با مواد مخدر و روان گردان و پیش‌سازهای آنها.
۳. تقویت و تجهیز و توسعه یگان‌ها و مکانیز کردن سامانه‌های کنترلی و تمرکز اطلاعات به منظور کنترل مرزها و مبادی ورودی کشور و جلوگیری از اقدامات غیر قانونی مرتبط با مواد مخدر، روان گردان و پیش سازهای آنها و تقویت ساختار تخصصی مبارزه به با مواد مخدر در نیروی انتظامی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط.
۴. اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان گردان بابت‌گیری از امکانات دولتی و غیر دولتی با تأکید بر تقویت باورها ی دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و تربیت و مراکز فرهنگی و عمومی
۵. جرم‌انگاری مصرف موادمخدر و روان گردان و پیش‌سازهای آنها جزء در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه‌های مصوب در مان و کاهش آسیب.
۶. ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف:
  - درمان و بازتوانی مصرف کنندگان
  - کاهش آسیب‌ها
  - جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پرخطر
۷. اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روان گردان در مزینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی، و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آنها.
۸. تقویت و ارتقاء دیپلماسی منطقه‌ای و جهانی مرتبط با مواد مخدر و روان گردان جهت:

○ هدفمند کردن مناسبات

○ مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها

۹. اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی مردم و خانواده‌ها در زمینه پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان.
۱۰. توسعه مطالعات و پژوهش‌های بنیادی، کاربردی و توسعه‌ای در امر مبارزه با مواد مخدر و روان گردان و پیشگیری و درمان معتادان با تکیه بر دانش روز دنیا و استفاده از ظرفیت‌های علمی و تخصصی ذی‌ربط در کشور.
۱۱. ارتقاء و اصلاح ساختار مدیریت مبارزه با مواد مخدر و روان گردان به منظور تحقق سیاست‌های کلی نظام و سرعت بخشیدن به فعالیتها و هماهنگی در اتخاذ سیاست‌های عملیاتی و کلیه اقدامات اجرایی و قضائی و حقوقی.

### بخش چهارم: مراحل و ابعاد پیشگیری

(۱) ابتدائی

هدف: جلوگیری از عوامل موجد

- پیشگیری الگوهای اقتصادی - اجتماعی - فرهنگی ... که موجب گرایش به اعتیاد می‌شوند.

(۲) اولیه

هدف: جلوگیری از مصرف ( اعم از آزمایشی / تفریحی )

- ایجاد نگرش منفی معتادین
- تقویت مهارت‌های شناختی برای تشخیص موقعیت‌های خطرناک
- تقویت مهارت‌های اجتماعی برای مقاومت در برابر فشارهای همسالان برای مصرف
- تقویت عوامل محافظت کننده ( عزت نفس - توانائی تصمیم‌گیری و حل مشکلات فردی و ... )

(۳) ثانویه

هدف: درمان به موقع و جلوگیری از عود

- مداخله سریع برای جلوگیری از مصرف مجدد
- ترک اعتیاد و جلوگیری از گسترش به مواد پرخطر

(۴) ثالثیه

### هدف: کاهش آسیب / بازتوانی

- بازتوانی روانی و جسمانی و جلوگیری از بروز عوارض بهداشتی-اجتماعی-اقتصادی ...
- کمک به معتادان برای حل مشکلات جسمی، روحی، اشتغال، خانوادگی و ...

### بخش پنجم: مستندات

#### دیدگاه رهبری

رؤسای محترم قوای سه‌گانه جمهوری اسلامی ایران دامت توفیقاته

با سلام و تحیت سیاستهای کلی در باب مواد مخدر نهائی و ابلاغ گردید ولی این نگرانی همچنان باقی است که دست‌اندرکاران، بلای بزرگ و تهدید عظیمی را که از این سو متوجه کشور است بدرستی برآورد نکنند و باز هم مشکلات بر روی هم مترکب شود. لذا از آقایان محترم انتظار می‌رود که هر کدام سهم دستگاه خود در اجرائی کردن این سیاستها را با سرعت و قاطعیت و بدون فوت وقت به مرحله عمل رسانند.

والسلام علیکم

سید علی خامنه‌ای

۸۵/۷/۱۰

#### دیدگاه و تأکید امام<sup>(ره)</sup>

- ❖ نجات معتاد نجات یک فرد نیست نجات جامعه است... نجات اسلام است... (سال ۱۳۵۸)
- ❖ تأکید ویژه امام<sup>(ره)</sup> به سران قوا در حل معضل مواد مخدر با اولویت یک، پس از ختم جنگ (سال ۱۳۶۷)

#### فتوای امام<sup>(ره)</sup>:

➤ در پاسخ به سؤال در خصوص کشت خشخاش:

اعتیاد به تریاک جایز نیست و معتاد در صورت عدم لزوم ضرر، باید آنرا ترک کند و خرید و فروش یا کشت منوط است به مقررات دولت اسلامی و تخلف جایز نیست.

#### فتوای رهبری:

➤ آیا مصرف مواد مخدر در معالجات دردها مطلقاً اشکال ندارد یا فقط در صورت انحصار به درمان آنها؟

اگر به تجویز پزشک معالج متخصص باشد مانع ندارد.

➤ در خصوص زراعت و کشت و پرورش گیاهان از قبیل خشخاش، شاهدانه و ...

اگر برای استفاده‌های طبیی حلال باشد مانع ندارد.