مقـــاله مروری

مقایسه چارچوب ارائه خدمات در درمان سوء مصرف مواد/ رفتارهای پرخطر در جهان و ایران

دکتر هومن شریفی[1]، دکتر محمد ورهرام[2]*، دکتر مریم اختری[3]

[1] استادیار پژوهشی، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[2] دانشیار پژوهشی، مرکز تحقیقات مایکوباکتریولوژی پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

[3] دکترای زیست شناسی سلولی مولکولی، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:
تهران، پژوهشکده سل و بیماری‌های تنفسی، خیابان شهیدباهنر (نیاوران)، دارآباد، کدپستی: ۱۹۵۶۹۴۴۴۱۳، صندوق پستی: ۱۹۵۷۵۱۵۴
نشانی الکترونیک:
Mo.varahram@gmail.com

چکیده:

اختلالات سوء مصرف مواد Substance Use Disorders (SUDs) در سراسر جهان بسیار شایع بوده و یکی از علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سطح جهان است. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده که بار بیماری منتسب به مصرف مواد مخدر/محرک تقریباً ۱/۵٪ از بار جهانی بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد. کشورهای مختلف در واکنش به این معضل بهداشتی طی سالیان گذشته از سیاست‌ها و چارچوب‌های متفاوتی استفاده کردند. چارچوب ملی درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر/محرک چارچوبی است که از طریق آن ارائه دهندگان خدمات بتوانند اطمینان حاصل کنند که افراد متاثر از مصرف مواد غیرقانونی به طیف وسیعی از گزینه‌های یکپارچه متناسب با نیازهای آنها دسترسی داشته باشند. از مهمترین چارچوب‌هایی که سال‌ها در دنیا برای حل معضل سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار می‌گیرد، مبارزه با مواد غیرمجاز War on Drug (WOD) و کاهش آسیب Harm Reduction (HR) است.

واژگان کلیدی: کاهش آسیب، سوء مصرف مواد، اعتیاد، ایران

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

مقدمه:

اختلالات سوء مصرف مواد (SUDs) در سراسر جهان بسیار شایع بوده و یکی از علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سطح جهان است (۱، ۲). در سال ۲۰۱۴ بیش از ۲۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سال از مواد غیرقانونی استفاده کردند که ۲۹ میلیون نفر از آنها به اختلالات سوء مصرف مواد مخدر/محرک مبتلا بودند (۳) و از این تعداد، ۱۲ میلیون نفر مصرف کننده فرم تزریقی مواد غیرقانونی و ۱۴ درصد مبتلا به HIV بودند (۳). سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که بار بیماری منتسب به مصرف مواد مخدر/محرک تقریباً ۱/۵٪ از بار جهانی بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (۱). همچنین، اختلالات سوء مصرف مواد در ارتباط مستقیم با عوارض و مرگ و میر ناشی از سایر بیماری‌ها مانند بیماری‌های عفونی، از جمله هپاتیت B و C، HIV، بیماری سل (TB)، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی، بیماری‌های قلبی عروقی و دستگاه گوارش می‌باشند (۴). در طی سالیان گذشته، کشورهای مختلف در واکنش به این معضل بهداشتی از سیاست‌ها و چارچوب‌های متفاوتی استفاده کردند. چارچوب درمان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر/محرک چارچوبی است که از طریق آن ارائه دهندگان خدمات بتوانند اطمینان حاصل کنند که افراد متاثر از مصرف مواد غیرقانونی به طیف وسیعی از گزینه‌های یکپارچه و متناسب با نیازهایشان دسترسی داشته باشند.

یکی از چارچوب‌هایی که سال‌ها در دنیا برای حل معضل سوء مصرف مواد مورد استفاده قرار گرفته است، مبارزه با مواد غیرمجاز (WOD) است (۵). راهکار WOD سیاستی است که برای اولین بار در آمریکا با هدف ممنوعیت مواد مخدر/محرک با استفاده از نیروهای نظامی مانند ارتش و پلیس استفاده شد. خاستگاه تمرکز بین‌المللی بر اجرای آن به سال ۱۹۱۲ باز می‌گردد. این سیاست برپایه مداخلاتی درجهت کاهش تولید، تجارت غیرقانونی و مصرف مواد می‌باشد. مجمع عمومی سازمان ملل متحد سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۰ را به عنوان دهه مبارزه با مواد غیرقانونی با معرفی این چارچوب در نظر گرفت و متعهد به ایجاد دنیای عاری از مواد غیرقانونی تا سال ۲۰۰۸ میلادی گردید (۶). در سال‌های پس از معرفی این سیاست، اکثر کشورها این راهکار را در دستور کار خود قرار دادند. براساس این سیاست، برنامه‌ها و اقدامات سختگیرانه‌ای مانند حبس و اعدام برای خرید، فروش و مصرف مواد غیرمجاز در کشورها در نظر گرفته شد. هرچند، نتایج بدست آمده از کشورهای مختلف نشان داد که علیرغم انتظارات، رویکرد سختگیرانه نتایج مثبتی در مورد کاهش مصرف و کاهش عود نداشته و مشکلات متفاوت دیگری مانند گسترش HIV را نیز ایجاد کرد (۷). تمام این شواهد منجر به برجسته کردن چارچوب دیگری در حوزه سوء مصرف مواد غیرقانونی به نام راهکار کاهش آسیب (HR) شد.

راهکار HR مداخلاتی با هدف کاهش آثار منفی مصرف مواد غیرقانونی بدون نیاز به قطع مداوم مصرف مواد است. در این راهکار؛ به جای محرومیت از مصرف مواد غیرقانونی به عنوان هدف مداخله، بر پیامدهای منفی مصرف تأکید می‌گردد (۸). راهبردهای اصلی راهکار HR شامل برنامه‌های سوزن و سرنگ (NSP)[1]، محل‌های تزریق ایمن (SIF)[2]، سیاست‌های پیشگیری از مصرف بیش از حد، مصرف داروهای آنتاگونیست مانند نالوکسان، غیرقانونی‌سازی حشیش و درمان جایگزینی اپیوئیدها (OST)[3] می‌باشد. تاکنون، طرفداران و منتقدان هر دو روش نظرات و نقدهای بسیاری را مطرح کرده‌اند. به همین

[1] Needle and Syringe Programmers
[2] Supervised Injecting Facilities
[3] Opioid Substitution Treatment

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

منظور در مقاله پیش رو، ویژگی‌های کلی سیاست‌ها و راهکارهای درمان سوء مصرف مواد غیرقانونی مورد بررسی قرار گرفته است (۸).

راهکار قانونی

رویکرد سیاست‌های هر کشور برای کنترل اختلالات سوء مصرف مواد را می‌توان در امتداد پیوستاری بین رویکردهای صرف بهداشتی و رویکردهای صرف قانونی مشخص کرد (۹). اروپای غربی به عنوان منطقه‌ای تلقی می‌شود که بیشترین تأکید را بر رویکرد بهداشتی برای کنترل سوء مصرف مواد دارد (۱۰). کشورهای غرب اروپا به عنوان جغرافیایی در نظر گرفته می‌شوند که استراتژی‌های کاهش آسیب، که در ابتدا در پاسخ به همه‌گیری HIV در آنجا مانند سایر مناطق معرفی شدند، گسترده‌ترین پذیرش را داشتند (۱۱).

رویکرد اجرای قانون در بیشتر نقاط جهان برگرفته از راهکار "جنگ علیه مواد مخدر" در ایالات متحده می‌باشدکه در سال ۱۹۷۵، زمانی که سربازان بازگشته از ویتنام با اعتیاد به هروئین دست و پنجه نرم می‌کردند، آغاز شد. در سال‌های آغازین، تقریباً ۷۰ درصد از بودجه کنترل مواد مخدر کشور آمریکا به این طرح و فقط ۳۰ درصد باقی مانده به مجریان قانون اختصاص یافت. اگرچه خاستگاه اصلی بر اجرای قانون به عنوان یک استراتژی به معاهده بین المللی مبارزه با مواد غیرقانونی در سال ۱۹۱۲ باز می‌گردد (۱۲). کشورهای دیگر مانند ایران، روسیه و کشورهای اروپای شرقی که زمانی بخشی از اتحاد جماهیر شوروی بودند نیز تمرکز تاریخی بر رویکرد قانونی داشته‌اند. در کشورهایی که عمدتاً رویکرد قانونی دارند، با مصرف کنندگان مواد غیرقانونی اغلب به عنوان مجرمانی رفتار می‌شود که باید مجازات شوند تا بیمارانی که نیاز به درمان دارند. هرچند که ساده انگارانه خواهد بود اگر تصور کنیم آمریکا و اروپای غربی دو نمونه مطلق از رویکرد بهداشتی و قانونی هستند، زیرا در این دو منطقه نیز از هر دو رویکرد استفاده می‌شود. شروع اپیدمی HIV در اروپا، جنوب آفریقا و آسیای جنوب شرقی منجر به معرفی دارو برای درمان اختلالات سوء مصرف مواد، به ویژه متادون، به عنوان یک راهکار اصلی برای کاهش انتقال HIV از مصرف کنندگان تزریقی مواد غیرقانونی شد. همچنین، منابع برای پوشش هزینه این طرح توسط سازمان‌های اهداکننده بین المللی از جمله اتحادیه اروپا و دولت آمریکا تامین شده است (۱۳، ۱۴).

در این میان، در کشورهای آمریکای لاتین با مشخص شدن ضعف‌های رویکرد قانونی و تأثیرات آن بر عدم ثبات سیاسی و اقتصادی دولت‌ها، حرکت به سمت رویکرد بهداشتی در دهه اخیر سرعت بیشتری گرفته است. تروریسم مواد مخدر (Narcoterrorism)، اصطلاحی است که ابتدا در پرو در مورد استفاده قاچاقچیان مواد مخدر/ محرک از خشونت علیه افسران مجری کنترل مواد مخدر استفاده شد، ولی بعداً به پدیده‌های مختلف بین قاچاق مواد مخدر و تروریسم و ناآرامی‌های مدنی و فساد اشاره می‌کنند و با رویکرد اجرای قانون نسبت به مصرف مواد مخدر مرتبط هستند (۱۵). در حالی که حمایت عمومی از رویکرد قانونی در برخی کشورها همچنان بالاست، برخی از دولت‌ها و کشورهایی که سیستم دانشگاهی و مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته تری دارند نیاز به گذار به یک رویکرد بهداشتی مبتنی بر شواهد را تشخیص داده‌اند.

راهکار مبارزه با مواد غیرمجاز (WOD)

از مهمترین کشورهایی که از راهکار WOD استفاده می‌کنند می‌توان به ایران، چین، مالزی، روسیه و کشورهای اروپای شرقی اشاره نمود. در این راهکار اصطلاحاتی بکار می‌رود که اغلب ذیل یک مقوله واحد به

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

جداول ۱. مقایسه ویژگی‌های کلی، سیاست‌ها و راهکارهای درمان سوءِ مصرف مواد غیرقانونی بین دو راهکار WOD و HR.

ویژگی	راهکار مبارزه با مواد (WOD)	راهکار کاهش آسیب (HR)
شاخص توسعه انسانی و رتبه بندی وضعیت سلامتی	پایین تر	بالاتر
نحوه نگرش به مصرف کنندگان مواد غیرقانونی	مجرمانی که باید مجازات شوند	بیمارانی که باید درمان شوند
میزان مرگ و میر ناشی از مواد	بالاتر	پایین تر
دیدگاه	ایدئولوژیک و تأکید بر جامعه عاری از مواد غیرقانونی	تأکید بر اینکه هیچ‌گاه جامعه‌ای عاری از مواد مخدر وجود نخواهد داشت
رویکرد	مجازات و اجرای قانون	ارتقای سلامت شخصی و جامعه
سیاست اصلی	تأکید بر محرومیت و ترک کامل	تأکید بر پرهیز، درمان و توانبخشی
متولی ارائه خدمات	دولت و مقامات محلی	دولت، مقامات محلی، مؤسسات خیریه و NGOها
ارگان مسئول	پلیس و دستگاه قضایی	سازمان‌های بهداشتی
تأمین اعتبارات	بودجه عمومی	بودجه عمومی، کمک‌های خیریه
ساختار بیمه‌ای و منابع انسانی	عدم پوشش بیمه	پوشش بیمه

نظر نمی‌رسند؛ اصطلاحاتی همچون اجباری، الزامی، غیراختیاری، غیرارادی، فشار قانونی، عدالت مدنی در ادبیات نظری پیرامون این راهکار دیده می‌شوند. این دسته از کشورها در مقایسه با کشورهایی که از راهکار HR استفاده می‌کنند، از نظر شاخص توسعه انسانی یا Human Development Index (HDI) و رتبه‌بندی وضعیت سلامتی، وضعیت بدتری دارند (۱۶). همچنین کشورهای WOD از نظر مرگ و میر ناشی از مواد مخدر/ محرک، وضعیت بدتری نسبت به کشورهای HR داشته‌اند (۱۷). اگر چه در ارائه خدمات درمانی، بخش خصوصی و دولتی سهم قابل توجهی در همه کشورها داشتند، ارائه خدمات درمان سوء مصرف مواد در کشورهای WOD غالبا توسط دولت و یا ترکیبی از دولت و مقامات محلی انجام می‌شود (۱۸). این کشورها اغلب از نظر حمایت مالی از بودجه عمومی استفاده می‌کنند و در برخی کشورهای WOD مانند مالزی، بخش خصوصی مشارکتی در این زمینه ندارد، در عین حال در برخی دیگر همچون ایران، سازمان‌های غیرمردمی (NGOs) نیز حمایت مالی را انجام می‌دهند (۱۹). سیاست گذاری در حوزه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در کشورهای WOD بیشتر مبتنی بر رویکرد ایدئولوژیک است (۲۰). در کشورهای WOD دیدگاه جامعه عاری از مواد غیرقانونی بر سیاست‌های اصلی این حوزه غالب بوده و از این رو بر رویکردهای اجرای قانون و مجازات تأکید بیشتری دارند (جدول ۱).

در کشورهای WOD، ساختارهای بیمه‌ای، حمایت چندانی از درمان ندارند و اعتیاد به عنوان یک سرافکندگی اجتماعی در این کشورها مطرح است. فقدان متخصصان آموزش دیده و محدودیت‌های منابع انسانی، اثربخشی پایین و درمان با کیفیت پایین چالش‌های موجود در برخی از این کشورها هستند. سم زدایی[4] در اکثر کشورهای

[4] Detoxification

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

WOD اجرا می‌شود. همچنین در اکثر این کشورها، درمان‌های داوطلبانه[5]، درمان مبتنی بر جامعه[6]، درمان اجباری ایزوله[7] و توانبخشی مبتنی بر جامعه[8] ارائه می‌شود. در کشورهای WOD یکی از ساختارهایی که نقش فعالی در درمان اعتیاد به مواد مخدر/محرک دارد ساختار نیروی پلیس و قضایی است. این امر می‌تواند ناشی از تفکر اصلی در این کشورها باشد که فلسفه و دیدگاه غالب بر محرومیت از مصرف است، زیرا مصرف مواد مخدر به عنوان یک انحراف اخلاقی تلقی می‌شود. این رویکرد به دلیل نادیده گرفتن شرایط قبل و بعد از درمان و تنها تمرکز بر درمان تا حد زیادی تک بعدی بوده و در آن جنبه‌های روانشناختی و اجتماعی مغفول باقی می‌مانند. به گمان محققین این راهکار مانع شکل‌گیری هیجان‌های مثبت حول درمان می‌شود و به مرور زمان هویت اثرگذار اجتماعی این راهکار کم رنگ و کم اثر می‌گردد (۲۱).

راهکار کاهش آسیب (HR)

بر خلاف WOD، راهکار کاهش آسیب با این پیش‌فرض واقع‌بینانه و بدون قضاوت آغاز می‌شود که "هیچ‌گاه جامعه‌ای عاری از مواد مخدر وجود نداشته و نخواهد بود". از مهمترین کشورهایی که از راهکار HR استفاده می‌کنند می‌توان به کشورهای اروپای غربی اشاره نمود. بالاترین سرانه هزینه‌های بهداشتی یا Total Health Expenditure (THE) مربوط به کشورهای HR است (۲۲). در اکثر این کشورها از کمک‌های خیریه و NGOها برای ارائه خدمات درمانی استفاده می‌گردد (۲۳). سیاست‌گذاری در حوزه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در کشورهای HR غالباً مبتنی بر شواهد[9] است (۲۰) و دیدگاه کلی سیاست‌های این حوزه بیشتر مبتنی بر ارتقای سلامت جامعه و تاکید بر مسئولیت شخصی می‌باشد، که این امر با دیدگاه جامعه عاری از مواد مخدر/محرک و رویکردهای اجرای قانون و مجازات در کشورهای WOD متفاوت است. چند دهه تجربه در کشورهای HR نشان می‌دهد که راهکار کاهش آسیب، مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد، گسترش بیماری‌های عفونی و در بسیاری از موارد، استفاده غیرپزشکی از داروهای خطرناک را کاهش می‌دهد. در این کشورها به درمان‌های دارویی و روانشناختی به عنوان درمان‌های اصلی اشاره می‌شود و به طور کلی، تمرکز سیاست بیشتر بر درمان و توانبخشی است، در حالی که در کشورهای WOD علیرغم استفاده از روش‌های درمانی، همچنان تاکید بر محرومیت و ترک کامل است.

اگر چه در بعضی کشورها مانند ایران هر دو رویکرد مورد استفاده قرار می‌گیرد، ولی تداخل در تصمیم‌گیری‌های درمانی بین دو رویکرد اجتناب ناپذیر و مخدوش کننده است (۲۴). در کشورهای HR، یکی از روش‌های تامین مالی برای ارائه خدمات درمانی سوء مصرف مواد، بیمه‌های سلامت است، در حالی که در کشورهای دارای راهکار WOD، با توجه به عدم اولویت برای چنین برنامه هایی، بیمه‌های درمانی نقش فعالی ندارند (۲۵) (جدول ۱).

راهکار ایران

به نظر می‌رسد ایران از کشورهایی است که همزمان از راهکار WOD بصورت متمرکز و قانون مدار و از راهکار HR استفاده می‌کند. در کشورمان، برای حمایت مالی از بودجه عمومی استفاده می‌شود، اما سازمان‌های غیرمردمی (NGOs) و بخش خصوصی نیز حمایت مالی را انجام می‌دهند (۱۹). ارائه خدمات درمانی سوء مصرف مواد غالبا

[5] Voluntary treatments
[6] Community-based treatment
[7] Compulsory isolated treatment
[8] Community-based rehabilitation
[9] Evidence-based

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

توسط پزشکان عمومی و روانپزشکان انجام می‌گیرد و یکی از ساختارهایی که نقش فعالی در درمان اعتیاد دارد ساختار نیروی پلیس و سیستم قضایی است (۲۶). به نظر می‌رسد از مهمترین دلایل تغییر راهکار از WOD به راهکار همزمان HR و WOD در ایران؛ افزایش شیوع HIV از طریق الگوی تزریق نامناسب، فشارهای بین‌المللی و عدم کارایی رویکرد محرومیت مدار بوده است (۲۵).

نظام سلامت کشور ابتدا در حوزه سلامت روان و اعتیاد، تهدید HIV را به فرصتی برای پایه‌گذاری برنامه‌های کاهش آسیب در ایران تبدیل کرد و حتی حمایت قوه قضائیه را در بالاترین سطح جلب کرد. سیستم مراقبت بهداشتی برنامه‌های سوزن و سرنگ (NSP)، محل‌های تزریق ایمن (SIF) و درمان جایگزینی اپیوئیدها (OST) را در زندان‌ها و مناطق پرخطر توسعه داد. علیرغم الزامات قانونی، مقامات قضایی حبس افراد را صرفاً به اتهام اعتیاد ممنوع کردند. در نهایت واژه «کاهش آسیب» از طریق قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۸۹ وارد ادبیات حقوقی ایران شد (۲۷).

از دلایل کم‌اثر بودن و کیفیت پایین درمان در ایران؛ می‌توان به تأکید بیشتر بر درمان تنبیه- محور و پرهیز مدار، تفویض سیاست گذاری به بسیاری از وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها (بهداشت و بهزیستی) و سیستم قضایی، محرمانه و امنیتی تلقی کردن اطلاعات مربوط به اختلالات سوءمصرف مواد تا نیمه دوم دهه ۷۰، کم‌توجهی به درمان‌های اجتماعی- روان‌شناختی، نگرش تک بعدی پزشکی به درمان عوارض جسمی اعتیاد، عدم ارزیابی جامع نتایج درمان در بازه‌های زمانی حداقل ۵ و ۱۰ ساله، عدم حمایت بیمه‌ای از درمان و عدم حمایت اجتماعی پس از درمان اشاره کرد.

نتیجه گیری:

در کشوری که سابقه تاریخی چند هزار ساله در مصرف مواد مخدر دارد و اولین احکام مربوط به ممنوعیت مصرف تریاک به ۴۰۰ سال پیش باز می‌گردد و یکی از بالاترین مصرف‌کنندگان مواد افیونی در دنیا است (۲۸)، تدوین چارچوب ملی درمان اختلالات سوء مصرف مواد با مشارکت تمام سیاست گذاران و ذینفعان از نیازهای اساسی کشورمان می‌باشد. در سال‌های گذشته افزایش بودجه پژوهشی در مراکز دانشگاهی و اولویت انجام پژوهش بر معضلات اجتماعی، یادآور شرایط مشابه دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ آمریکا می‌باشد که موجب رشد سریع اطلاعات و ارتقاء سیاست‌گذاری‌ها در زمینه درمان اختلالات سوء مصرف مواد شد.

فراموش نکنیم که در کشورمان از نیمه دوم دهه ۷۰ برنامه‌های پیشگیری توسط دولت و سازمان‌های مردمی آغاز شده و بودجه تخصیص داده شده طی سه دهه بسیار چشمگیر بوده است، ولی مشخص نیست که این اقدامات در سطوح مدارس تا دانشگاه، ادارات تا پادگان بر پایه کدام یافته علمی بوده و نتیجه ارزیابی آنها چه بوده است. امید است در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد بتوانیم تولید کننده علم و ارزیابی دقیق آن باشیم.

منابع:

1- World Health Organization. 2017. WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours. 2017. http://www.who.int/substance_abuse/activities/fadab/event/en/

2- World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2016. [Google Scholar]

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

3- United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2016. New York: United Nations, 2016. [Google Scholar]
4- World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva: WHO, 2014. [Google Scholar]
5- Throckmorton DC, Gottlieb S, Woodcock J. The FDA and the next wave of drug abuse -proactive pharmacovigilance. N Engl J Med 2018; 379(3): 205-7
6- Des Jarlais DC. Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. Harm Reduct J 2017; 14(1): 51
7- Daosodsai P, Bellis MA, Hughes K, Hughes S, Daosodsai S, Syed Q. Thai war on drugs: Measuring changes in methamphetamine and other substance use by school students through matched cross sectional surveys. Addict Behav 2007; 32(8): 1733-9
8- Singer JA. Harm reduction: Shifting from a war on drugs to a war on drug-related deaths. Cato Institute.; 2018 Dec 13.
9- Standring A. Evidence-based policymaking as depoliticised governance strategy: the case of European drug policy. Evidence in European social drug research and drug policy. Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers; 2017. p. 33–50. [Google Scholar]
10- Standring A. Evidence-based policymaking as depoliticised governance strategy: the case of European drug policy. Evidence in European social drug research and drug policy. Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers; 2017. p. 33–50. [Google Scholar]
11- Björnehed E. Narco-terrorism: the merger of the war on drugs and the war on terror. Glob Crime. 2004;6(3–4):305–324. [Google Scholar]
12- Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, et al.. Public health and international drug policy. Lancet. 2016;387(10026):1427–1480.
13- Lunze K, Lermet O, Andreeva V, et al.. Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries. Int J Drug Policy. 2018;59:10–15. [PubMed] [Google Scholar]
14- Nguyen T, Nguyen LT, Pham MD, et al.. Methadone maintenance therapy in Vietnam: an overview and scaling-up plan. Adv Prev Med. 2012; 2012:732484. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
15- Björnehed E. Narco-terrorism: the merger of the war on drugs and the war on terror. Glob Crime. 2004;6(3–4):305–324. [Google Scholar]
16- United Nations Development Programme. Human Development Reports [Online]. [cited 2018]; Available from: URL: http://hdr.undp.org/en/2018- update/download
17- Farabee D, Prendergast M, Anglin MD. The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. Fed. Probation. 1998;62:3.
18- Rahimipoor I, Habibzadeh MJ, Mohaghegh Damad M, Farajiha M, Omidi J. A comparative study of Iran legislative policy with Portugal and Canada. Comparative Law Researches 2016; 20(3): 84-110. [In Persian]
19- Mojtahedzadeh V, Razani N, Malekinejad M, Vazirian M, Shoaee S, Saberi Zafarghandi MB, et al. Injection drug use in rural Iran: Integrating HIV prevention into Iran's rural primary health care system. AIDS Behav 2008; 12(4 Suppl): S7-S12
20- Seghatoleslam T, Habil H, Hatim A, Rashid R, Ardakan A, Esmaeili MF. Achieving a spiritual therapy standard for drug dependency in Malaysia, from an Islamic Perspective: brief review article. Iran J Public Health 2015; 44(1): 22-7.
۲۱- فتحی, منصور, بختیاری, عباس. مطالعهٔ کیفی پیامدهای درمان اجباری اعتیاد. فصلنامه انتظام اجتماعی. ۲۰۲۱ Apr 21;13(1):167-200
22- Carlos Nordt and Rudolf Stohler, “Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: A Treatment Case Register Analysis,” Lancet 367, no. 9525 (June 2006): 1830–34.
23- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Germany, Country Drug Report 2017 [Online]. [cited 2017 Jun]; Available from: URL: http://www.emcdda.europa.eu/publications/countrydrug-reports/2017/germany_en
24- Sharifi H, Kharaghani R, Sigari S, Emami H, Sadr M, Masjedi MR. Common methods to treat addiction in treatment-rehabilitation centers in Tehran. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(4):63.
25- Ebrahimi S. Evaluation of the Coping Policies of the Islamic Republic of Iran in Combating Drugs and Reducing Addiction. Tehran, Iran: University of Tehran; 2007. [In Persian].
26- Alam-Mehrjerdi Z, Abdollahi M, Higgs P, Dolan K. Drug use treatment and harm reduction programs in Iran: A unique model of health in the most populated Persian Gulf country. Asian J Psychiatr 2015; 16: 78-83.
27- Amendment of the anti-narcotics law 2010 (Expediency Discernment Council). Retrieved from https://rc.majlis.ir/fa/law/show/789916
28- Rahimi Movaghar A, Sharifi V, Mohammadi MR, Farhoudian A. Researches on substance use in Iran; 3 decades evaluation. Addiction. 1998;93:9-15.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-03]