



مجموعه گزارشات رصد شاخص های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران

شماره ۹

بررسی وضعیت اعتیاد



ACADEMY OF MEDICAL
SCIENCES ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

مقدمه و تعاریف

اعتیاد چیست؟

منظور از اعتیاد، مصرف مداوم مواد اعتیاد آور و غیرقانونی به هر دلیلی (اعم از تفریحی، گاه به گاه، درمانی یا اعتیاد گونه) که وابستگی ایجاد کرده و با علائم تحمل و یا محرومیت همراه است. در این حالت فرد با مصرف مواد دل مشغولی داشته، کنترلش بر مصرف کاهش یافته، ترک مصرف ماده دشوار بوده و این مصرف با عوارض جسمی، روانی و یا اجتماعی توأم می باشد. نوعی از مصرف مواد که با بروز عوارض (جسمی، روانی، اجتماعی و یا قانونی) همراه است را سوء مصرف گویند.

مواد به سه دسته مواد محرک، مخدر، الکل تقسیم می شوند (در عرف و کنوانسیون های بین المللی، الکل جزو مواد غیرقانونی محسوب نمی شود؛ ولی در کشور ما این ماده غیرقانونی است). با توجه به گسترده بودن مبحث الکل از ذکر آن در این جا خودداری گردیده است (۱).

عوامل مختلفی در مصرف مواد نقش دارد که می توان آن ها را در قالب عوامل فردی (فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، تحصیلات پایین)، عوامل خانوادگی (اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، اختلافات خانوادگی ضعف سرپرستی والدین، بیکاری والدین خصوصاً بیکاری پدر، کم سواد والدین)، عوامل اجتماعی (محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقرهای فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت های بی رویه) و عوامل جغرافیایی - اقتصادی (سکونت در مسیرهای تردد مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، بیکاری و فرار از مشکلات زندگی) دسته بندی کرد. این موارد می توانند منجر به از بین رفتن شخصیت فردی و نهاد خانواده، افزایش نرخ آسیب ها و جرایم اجتماعی، کاهش بازده کاری و شغلی و کاهش شاخص های سلامت فردی و بهداشت عمومی شود (۲).

با توجه به آسیب های ناشی از مصرف مواد در جامعه و به خصوص جمعیت جوان، معضلات اقتصادی، اجتماعی و سهم اعتیاد در مجموع بار بیماری های کشور، شناسایی بررسی وضعیت اعتیاد از جنبه های مختلف میزان تولید، مصرف، توقیف و شیوع بیماری های مرتبط با مصرف مواد، اهمیت بسزایی دارد (۱).

با توجه به تبعات زیان بار اثرات زیانبار مصرف مواد بر جامعه و به ویژه جمعیت جوان، نیاز جدی به برنامه ریزی در این راستا احساس می شود. عوامل مختلف فردی، خانوادگی، جغرافیایی و اقتصادی در مصرف مواد نقش دارند.

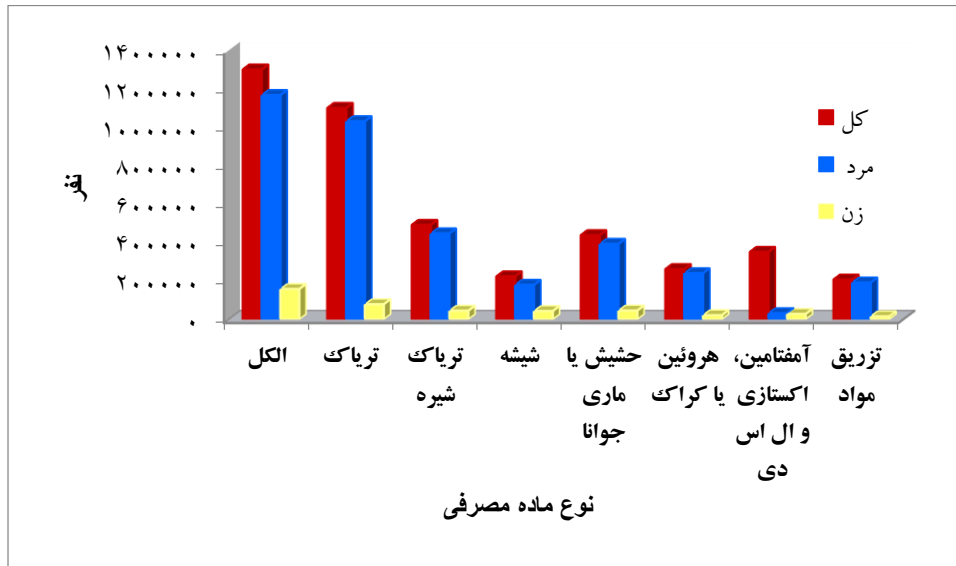
نیمرخ وضعیت اعتیاد در ایران

اولین آمار مکتوب در مورد تعداد افراد مصرف کننده مواد مخدر در ایران مربوط به سال ۱۳۲۷ است، که در آن تعداد معتادان به تریاک ۱۲۵۰۰۰۰ نفر از کل جمعیت ۱۴ میلیون نفری ایران برآورد می شد (۳). در ارزیابی وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران در سال ۱۳۸۶ مشخص گردید، تریاک با ۳۴٪، کراک ۲۶/۶٪، هروئین ۱۹/۲٪، شیره تریاک ۴/۴٪، نورجیزک ۴/۱٪، شیشه یا کریستال ۳/۶٪ و حشیش ۲٪ به ترتیب بیشترین ماده مصرفی در بین معتادان می باشند. در این بررسی تعداد معتادان کشور در حدود ۱۲۰۰،۰۰۰ نفر تخمین زده شده است که از این میزان ۹۴/۸٪ مرد، ۵/۲٪ زن بودند؛ ۴۴/۶٪ آنها زیر ۲۹ سال و میانگین سنی معتادان کشور ۳۲/۵۹ سال بود. با وجود مغایرتی که در تعداد تقریبی معتادین وجود دارد، انجام مطالعاتی در این زمینه لازم به نظر می رسد (جدول ۱) (۴).

بر طبق آخرین آمار ارائه شده از "طرح تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل در کشور در سال ۱۳۹۱" تریاک، شیره تریاک و حشیش و ماری جوانا سه ماده ای هستند که بیشترین مصرف را در کل کشور دارند (بدون در نظر گرفتن وضعیت الکل). نمودار (۱)، برآوردی از میزان مصرف مواد محرک و مخدر را بر حسب تعداد و به تفکیک جنسیت مصرف کنندگان نشان می دهد. با توجه به داده های نمودار، در تمامی موارد میزان مصرف در گروه مردان بیشتر از زنان می باشد. در گزارش سال ۱۳۹۱ ذکر شده است که سوء مصرف در مورد مواد محرک آفتامین، اکستازی و ال اس دی در مردان حداقل ۴ برابر بیشتر از زنان بوده است. همچنین در مورد حشیش یا ماری جوانا، تریاک، تزریق مواد مخدر، هروئین و کراک این میزان حداکثر به ۱۲ برابر می رسد (۵).

جدول ۱: مقایسه نرخ شیوع طرح های شیوع شناسی و ارزیابی سوء مصرف مواد (۴)

سال	تعداد تقریبی معتادین	نرخ شیوع (درصد)	تعداد افراد گروه نمونه تحقیق به تفکیک طرح ها			گزارش	
			کشور - نفر جامعه تحقیق	تعداد نمونه (درصد)			
				کل	مرد		زن
۱۳۸۲	۳۵۰۰۰۰۰	۸/۲	افراد ۱۵ سال به بالای مراجعه کننده به درمانگاه - های اورژانس کل کشور	۵۲۵۴	۳۳۴۱ (۶۳/۵۹٪)	۱۹۱۳ (۳۶/۴۱٪)	همه گیر شناسی مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران
۱۳۸۳	۱۲۰۰۰۰۰ تا ۱۸۰۰۰۰۰	۲/۴ تا ۲/۶	مراجعه مراکز درمان، زندانیان، معتادان خیابانی	۴۸۵۹	۴۵۲۵ (۹۳/۱۳٪)	۳۳۴ (۶/۸۷٪)	ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ۱۳۸۳
۱۳۸۶	۱۱۰۰۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰۰۰	۲/۲ تا ۲/۴	مراجعه مراکز درمان، زندانیان، معتادان خیابانی	۷۷۳۱	۷۳۳۱ (۹۴/۸۳٪)	۴۰۰ (۵/۱۷٪)	ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ۱۳۸۶
۱۳۹۰	۱۳۲۵۰۰۰	۲/۶	جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۴ سال	۱۵۰۰۰	۷۹۰۰ (۵۲/۶۷٪)	۷۱۰۰ (۴۷/۳۳٪)	شیوع شناسی مصرف مواد در بین شهروندان کشور



نمودار ۱: میزان مصرف مواد محرک و مخدر بر حسب تعداد و تفکیک جنسیت (۴)

در شکل های (۲، ۱)، توزیع جغرافیایی سوء مصرف کنندگان به تفکیک گروه های سوء مصرف تریاک، هروئین یا کراک نمایش داده شده است (۵).



شکل ۱: توزیع جغرافیایی سوء مصرف کنندگان تریاک (۴)



شکل ۲: توزیع جغرافیایی سوء مصرف کنندگان هروئین یا کراک (۴)

به طور کلی ۸۲٪ از کل تریاک توقیف شده در سطح دنیا در سال ۲۰۱۰ توسط جمهوری اسلامی ایران صورت گرفت، همچنین ایران در توقیف آمفتامین و رزین حشیش در همین سال به ترتیب در جایگاه نهم و پنجم با ۵٪ و ۲٪ کشف و توقیف قرار گرفت (۶).

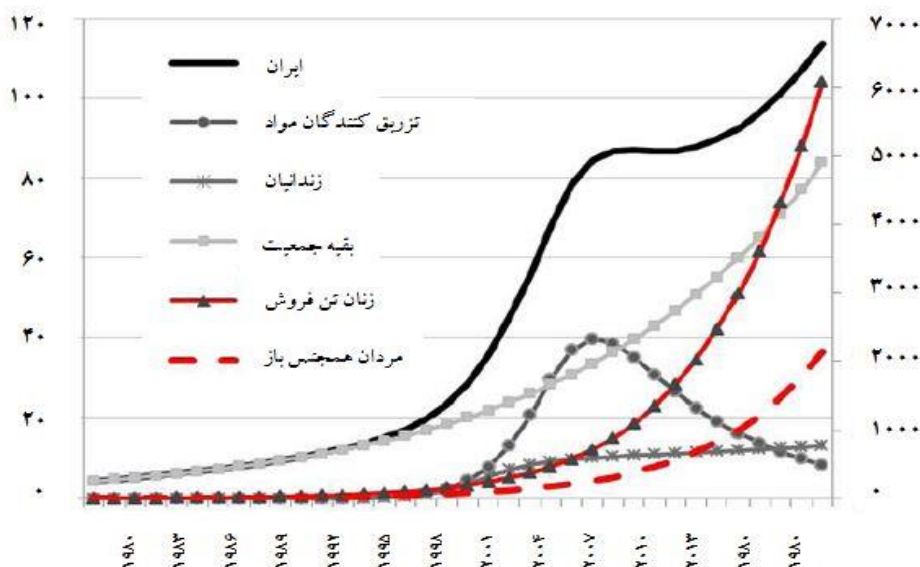
وضعیت اعتیاد در کشور معضلی قدیمی بوده که از سال ۱۳۲۲ مورد توجه قرار گرفته است. بر طبق آخرین گزارشات، تریاک و شیره تریاک بیشترین میزان مصرف را در کل کشور دارند. میزان مصرف مواد در تمامی موارد در مردان بسیار بیشتر از زنان بوده است. میانگین سنی معتادان کشور حدود ۳۳ سال می باشد.

معضلات بهداشتی ناشی از مصرف مواد محرک و مخدر

مصرف مواد همراه با رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریق می تواند عوارض عفونی مانند HIV ایدز و هپاتیت B و C را به همراه داشته باشد (۶).

در مطالعه‌ای که در ۱۰ استان کشور در سال ۲۰۱۰ انجام شد، شیوع HIV در مصرف کنندگان تزریقی مواد ۱۵/۱٪ تخمین زده شد. همچنین شیوع هیپاتیت C در معتادان تزریقی و در مناطق مختلف در دامنه وسیعی از ۱۱/۲٪ تا ۸۹/۵٪ گزارش شده است (۵). براساس آخرین گزارش سازمان نظام مراقبت اچ آی وی/ایدز، تعداد افراد HIV مثبت ثبت شده در سیستم کشوری تا پایان شهریور ۱۳۹۰ برابر با ۲۳۴۹۷ نفر بوده است. از این تعداد ۹۳/۱٪ نفر مرد و ۸/۷٪ نفر زن بوده‌اند و تاکنون ۴۴۱۹ مورد از آن‌ها فوت شده‌اند. از این تعداد از افراد ۴۶٪ در محدوده سنی ۲۵-۳۴ سال بودند که در میان سایر گروه‌های سنی بیشترین درصد را شامل می‌شود. انتقال HIV در ۶۹/۸٪ از افراد ثبت شده از سال ۱۹۸۶ از طریق سرنگ مشترک در میان تزریق کنندگان مواد مخدر بوده است. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۱۵ تعداد زنان و مردانی ایرانی که با HIV زندگی می‌کنند به ترتیب ۴۵۰۵۰ و ۸۱۲۵۰ نفر باشد که به معنی افزایش ۳۵٪ در طی ۵ سال می‌باشد (۷).

در مطالعه‌ای که هدف آن بررسی اختلالات شخصیتی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد بود، میزان ابتلای این افراد به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۷۵/۲٪، اختلال شخصیت پارانوئید ۷۰/۳٪ و هیپومانیا ۵۴/۵٪ گزارش گردید (۸). مطالعات دیگری در این خصوص نیز اختلال شخصیتی در افراد معتاد را گزارش کرده‌اند (۹، ۱۰).



نمودار ۲: برآورد تعداد افراد مبتلا به HIV زندگی می‌کنند از سال ۱۹۸۰-۲۰۱۴ به تفکیک گروه های پرخطر

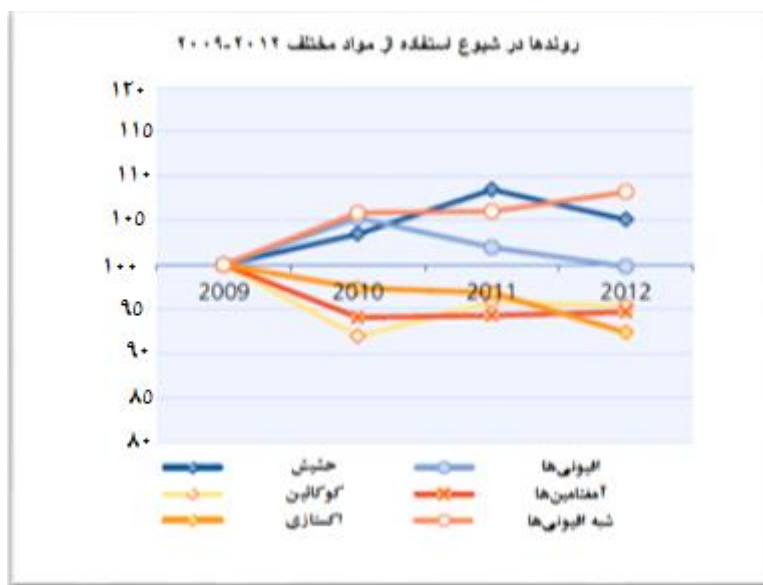
نیمرخ وضعیت اعتیاد در منطقه و دنیا

دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل، تعداد مصرف کنندگان غیرقانونی مواد برای سال ۲۰۱۱ را بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلیون نفر (۴ تا ۶/۵ درصد از جمعیت ۲۵ تا ۶۴ ساله جهان) تخمین زده است. حدود ۱۸۰ میلیون نفر از این تعداد، مصرف کنندگان حشیش می‌باشند. مصرف مواد محرک آمفتامینی در رده دوم قرار دارد. پس از آن، کوکائین و مواد افیونی به ترتیب

بیشترین مواد مصرفی را در دنیا تشکیل می دهند. تعداد افرادی که دارای مصرف مشکل زا هستند، ۲۶ تا ۳۹ میلیون نفر تخمین زده می شود. این افراد عمدتاً مصرف کنندگان مداوم هروئین و کوکائین و یا مصرف کننده تزریقی مواد هستند. تخمین زده می شود، بین ۱۱ تا ۲۲ میلیون نفر در جهان (میانگین ۲۴ میلیون نفر یا ۹۲ در هزار جمعیت ۲۵ تا ۶۴ ساله) مصرف کننده تزریقی مواد هستند (۱۱).

الگوی مصرف مواد و اعتیاد در همه نقاط جهان یکسان نیست. در آسیا و اروپا بیشترین میزان اعتیاد با مواد افیونی، در قاره آمریکا با کوکائین و در آفریقا با حشیش گزارش شده است. در دو دهه گذشته، تغییراتی نیز در این الگو رخ داده است، به گونه ای که از نسبت افراد مصرف کننده مواد افیونی کاسته و به نسبت مصرف کنندگان مواد محرک آمفتامینی افزوده شده است (۱۱).

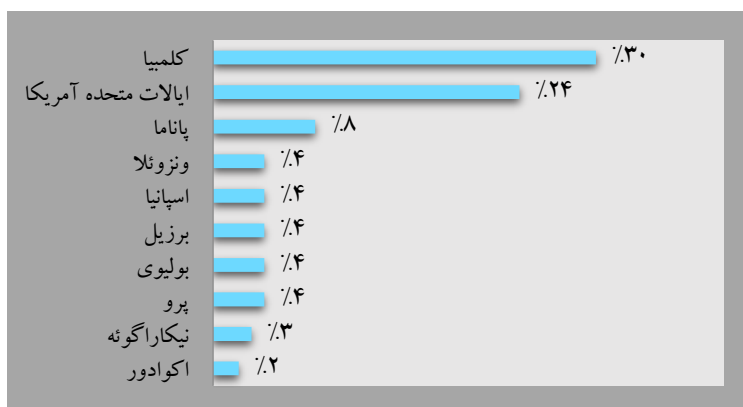
نمودار (۳)، که از گزارش دفتر جرایم و مواد سازمان ملل استخراج شده است، روند شیوع استفاده از مواد مختلف بین سال های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ را نشان داده است. به طور کلی میزان استفاده از مواد افیونی، شبه افیونی و حشیش نسبت به سایر مواد افزایش یافته است. همچنین روند استفاده از مواد شبه افیونی نسبت به دو ماده دیگر سیر صعودی داشته است (۱۲).



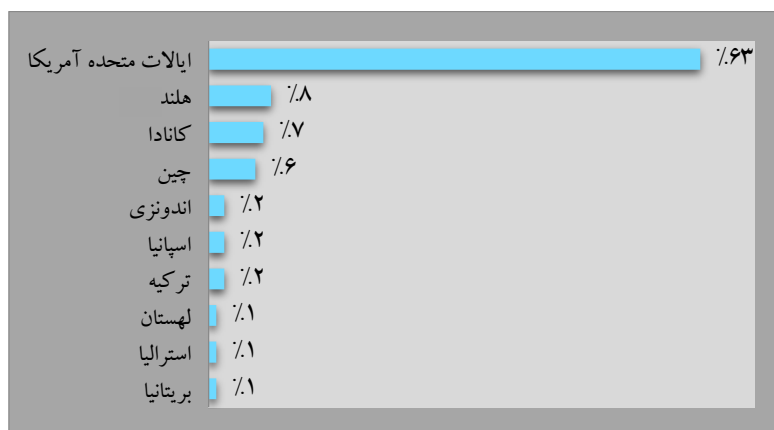
نمودار ۳: روند شیوع استفاده از مواد مختلف از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ (۱۲)

به طور کلی بیشترین میزان توقیفات مواد بین سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۹ در دنیا به ترتیب در مورد کوکائین و تریاک بوده است (۶). براساس آخرین گزارش دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل، میزان توقیف گروه اکستازی از ۱۰۴۶۹ کیلوگرم در سال ۲۰۰۰ به ۳۷۸۷ کیلوگرم در سال ۲۰۱۰ رسیده است. در طی همین زمان میزان توقیف تریاک از ۲۱۴ تن به ۴۹۲

تن، کوکائین از ۳۴۴ تن به ۶۹۴ تن، حشیش از ۱۰۵۱ تن به ۱۱۳۶ تن و گروه آمفتامین به جز گروه اکستازی از ۵۶ تن به ۶۴ تن رسید. همچنین توقیف سالانه هروئین در حدود ۴۳۰ تا ۴۵۰ تن در بازارهای جهانی هروئین است. نمودارهای (۶،۵،۴)، آخرین درصد توقیف (به عنوان درصد از کل جهان) مواد مختلف در ده کشور نخست در حوزه توقیفات در سال ۲۰۱۰ را نشان می دهند.

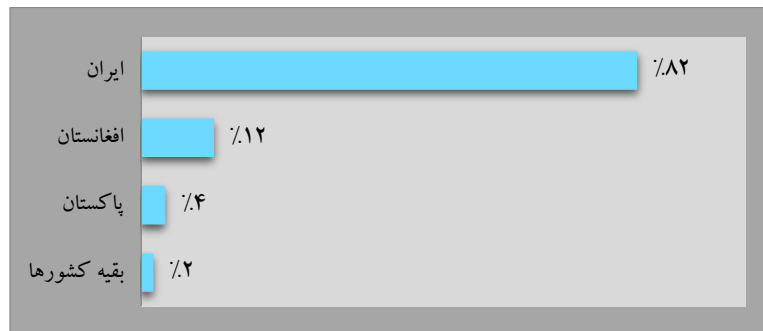


نمودار ۴: آخرین درصد توقیفات کوکائین^۱ توسط کشورهای مختلف (۹)



نمودار ۵: آخرین درصد توقیفات گروه اکستازی توسط کشورهای مختلف (۹)

^۱شامل: کوکائین هیدروکلرید، پایه کوکائین، کراک و خمیر کوکا



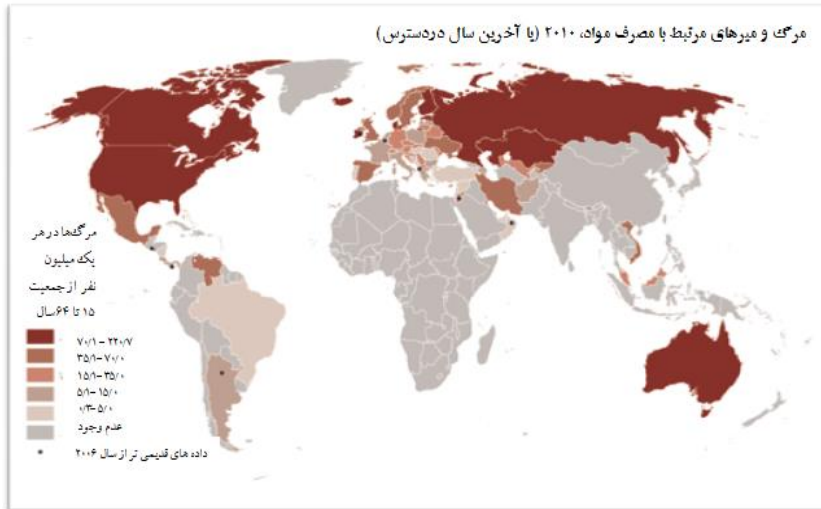
نمودار ۶: آخرین درصد توقیفات تریاک توسط کشورهای مختلف (۹)

بیشترین ماده مخدر مصرفی در جهان حشیش و پس از آن ماده محرک آمفتامین می باشد. در طی دو دهه گذشته استفاده از مواد محرک آمفتامینی بسیار بیش تر از مواد مخدر شده است.

ایالات متحده آمریکا در توقیف کوکائین و گروه اکستازی به ترتیب رتبه دوم و اول را دارد. کلمبیا در توقیف کوکائین رتبه اول اول را دارد. در حدود نیمی از تزریق کنندگان مواد مخدر که دارای عفونت HIV هستند، متعلق به پنج کشور جهان می باشند.

طبق برآوردهای انجام شده، حدود ۱۶ میلیون نفر در دنیا تزریق کننده مواد مخدر وجود دارد که دارای عفونت HIV نیز هستند. در حالی که ۴۷٪ از این موارد را پنج کشور جهان (چین، ویتنام، مالزی، روسیه و اوکراین) شامل می شوند. سه میلیون نفر از آنها با عفونت HIV زندگی می کنند. به طور میانگین ۱ نفر از هر ۱۰ نفر موارد جدید عفونت HIV به وسیله تزریق مواد، مبتلا می شوند و در ناحیه اروپای شرقی و آسیای مرکزی بیش از ۸۰٪ از تمامی موارد عفونت HIV به استفاده از مواد مخدر مرتبط است (۱۳).

بر طبق گزارش دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل، بیشترین میزان مرگ و میر مرتبط با مصرف مواد در آمریکای شمالی، روسیه و اقیانوسیه رخ می دهد. لازم به ذکر است اغلب کشورها در این زمینه آماری را ارائه نداده اند (شکل ۳) (۶).



شکل ۳: مرگ و میرهای مرتبط با مصرف مواد

در مطالعه‌ای که در هلند انجام شد، ۸۰٪ شایع ترین اختلال بین افراد معتاد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی (۸۰٪) گزارش شده است (۱۴). همچنین در مطالعات مختلف اختلال شخصیت پارانوئید، شخصیت ضد اجتماعی، سایکوز و هاپومانیا و اختلالات خلقی در افراد معتاد گزارش گردیده است (۱۸-۱۵) و در مجموع نتایج نشان دهنده وضعیت نامناسب روانی و کیفیت زندگی معتادان می باشد (۱۹-۲۲).

نتیجه گیری و توصیه‌ها

با توجه به ماهیت اعتیاد، توصیه می‌شود برنامه‌ای راهبردی و مداخلاتی جامعی، با اهداف عینی، شفاف، قابل دسترسی و اندازه گیری طراحی و در چند مرحله اجرا گردد. این برنامه می‌تواند برای سه گروه از ذینفعان (مردم، ارائه دهندگان خدمت، سیاستگذاران) ارائه شود:

دریافت کنندگان خدمت (مردم)

- ✓ افزایش قبض مصرف مواد در جامعه
- ✓ افزایش آگاهی از میزان مخاطرات مواد مخدر و محرک
- ✓ تلاش در تحکیم بنیان خانواده (۲، ۲۳)

ارائه دهندگان خدمت

ارائه دهندگان خدمت می توانند سه دسته برنامه های مختلف در سطوح محلی، ملی و منطقه ای (با توجه به سیستم هوشمند و دینامیک تولید و توزیع مواد مخدر و محرک و همچنین گروه های هدف، معضلات اقتصادی - اجتماعی و روانشناختی افراد مصرف کننده) داشته باشند که بر اساس نوع هر برنامه، موارد ذیل می توانند گنجانده شوند:

- ✓ بررسی شیوع مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد در جمعیت عمومی بالاتر از ۱۵ سال به تفکیک جنسیت، گروه سنی، محل زندگی و توزیع جغرافیایی (۲۴)
- ✓ همگام شدن و افزایش سرعت ارائه خدمات در همه جنبه ها متناسب با شیوع و بروز اعتیاد بر حسب جنسیت، جمعیت مصرف کننده و تمرکز بر روی گروه های خاص
- ✓ خطوط مشاوره تلفنی (در صورتی که این خطوط رایگان باشند، می توانند گزینه مناسبی برای افراد دارای انگیزه ترک کردن باشند)
- ✓ سرویس های ارائه دهنده خدمات درمان سرپایی و بستری بر اساس گروه هدف، ایجاد و ارتقاء امکانات حمایتی، مشاوره ای درمانی
- ✓ راه اندازی کار گروه های تخصصی در حوزه های مختلف روانی، جسمانی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی بیماری اعتیاد در ارگان های ذی صلاح
- ✓ تغییر نگرش افراد مصرف کننده مواد با تکیه بر نقش کلیدی افرادی مانند همسر و فرزندان
- ✓ ارتقاء سطح آگاهی افراد از طریق رسانه های جمعی (شناخت دقیق مکانیسم و ماهیت اعتیاد، شناخت علل و عوامل زمینه ساز آن) و تاکید بر اهمیت نظام خانواده
- ✓ ایجاد فعالیت های جایگزین و امکانات تفریحی
- ✓ شناسایی محیط های آلوده (محیط هایی که دسترسی به مواد آسان تر بوده و همچنین امکان ارتباط با افراد ناباب راحت تر می باشد)
- ✓ ایجاد شبکه اخطار سوء مصرف مواد با توجه به گروه های هدف (۲،۲۳)

سیاستگذاران

- ✓ جستجوی اطلاعات به روز در زمینه های مختلف پیشگیری، درمان و بازپروری اعتیاد
- ✓ توسعه توانایی های علمی جهت اتخاذ تصمیم مبتنی بر شواهد علمی (استراتژی کاهش عرضه و جرم، کنترل خسارات ناشی از مصرف مواد)
- ✓ توسعه توانایی های عملی (مدیریت و رهبری برنامه های بخشی و بین بخشی)
- ✓ توجه ویژه به خطر عود در روستاهای کشور با توجه به کم بودن عوامل محرک مانند دوست و یا همکار
- ✓ وضع قوانین و مقررات جدی با توجه به سرعت افزایش استفاده از مواد مختلف و تغییر الگوی مصرف
- ✓ سیاستگذاری در زمینه کنترل مرزهای کشور (۲،۲۳).

منابع

- 1- <http://www.ihrs.ir>
- ۲- ناستیزیان، ن، هزاره مقدم، م، ملازهی، ا. عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هشتم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۹، ص ۱۶۹-۱۷۴.
- ۳- صرامی ح، قربانی م، مینویی م. بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و ششم، تابستان ۱۳۹۲، صص ۵۲-۲۹.
- ۴- سوء مصرف و وابستگی به مواد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همکاری معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و دفتر کنترل مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد
- ۵- منبع: گزارش پایان طرح تخمین اندازه جمعیت مصرف کنندگان مواد و الکل در کشور در سال ۱۳۹۱، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، به سفارش: دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- 6- UNODC. World Drug Report 2011. Vienna/ United Nations Office for Drugs and Crime/ 2011.
- 7- AIDS Control Office/ MOHME Center for Communicable Disease Management; HIV/AIDS Case Registers/ October 2011 (unpublished).
- ۸- پارسانی ز، فیروزه م، تک فلاح ل، محمدی سمنانی س، جهان ا، امامی ع. بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۲، شماره ۲، تابستان ۹۱، صفحات ۱۵۲ تا ۱۵۶.
- 9- Molavi P/ Sadeghi F/ Abolhasanzade M/ Mashofi M/ Mohamadnia H/ Deilami P/ et al. Personal disorder in a addict population to the referrals drug rehabilitation centers in Ardebil. Journal of Ardebil University of Medical Sciences. 2009; 9: 325-33. [In Persian].
- 10- Kazemi H/ Ghorbani M. A comparison of personal characteristic between addict and non addict population. J Psychiatry 2006; 11: 137-49.
- 11- UNODC. World Drug Report 2013. Vienna/ United Nations Office for Drugs and Crime/ 2013.
- 12- UNODC. World Drug Report ۲۰۱۴. Vienna/ United Nations Office for Drugs and Crime/ 2014.
- 13- UNAIDS/ Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012 (Geneva/ 2012).
- 14- Hendrik VM. Psychiatric disorder in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM3 Diagnosis. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 158-65
- 15- Ball SA/ Cobb-Richardson P/ Connolly AJ/ Bujosa CT/ O'neall TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Compr Psychiatry 2005; 46: 371-79.
- 16- Westerneyer J/ Eames SL/ Nugent S. Co-morbid dysthymia and substance disorder. Am J Psychiatry 1998; 155: 1556-60.
- 17- Miller S/ Brown J/ See C. A preliminary study identifying risk factor in drop out from a prison the rapeutic community. J Clin Sci Med 2001; 11: 189-97.
- 18- Hoover A. Cannabis- Marijuana: addiction treatment and recovery. Philadelphia/ Pennsylvania: Caron treatment center; 2006. p.5-23.
- 19- Kaplan H/ Sadock B. Comprehensive text book of psychiatry. 5nd ed. Philadelphia: Lippincott Co. 1995: 839- 840.
- 20- Keller DS/ Galanter M/ Weinberg S. Validation of scale for network therapy. Am J Drug Alcohol Abuse 1997; 23:115-127.
- 21- Swift RM. Alcoholism and Substance Abuse. In: Stoudemire A (editor). Clinical Psychiatry for Medical Student. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott 1994: 142.
- 22- Marlatt GA. Relapse prevention: Theoretical rational and overview of the model. In: Martta GA/ Gordon J. (editors). Relapse prevention: A self control strategy in the maintenance of behavior change. New York: Guilford 1994: 347-358.
- ۲۳- کیان پور م. درمان سرپائی اعتیاد. طبیب شرق، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۱، ۱۲۱-۱۱۵.
- ۲۴- رحیمی موقر آذین و همکاران. مستند حمایت طلبی جهت رصد وضعیت مصرف مواد و اعتیاد در کشور. گروه اخلاق فرهنگستان علوم پزشکی کشور. آبان ۱۳۹۳.