



## Compulsory Treatment of drug Addicts from the Perspective of International Documents with Emphasis on Human Rights Standards

Hossein Alekajbaf<sup>1</sup> 

1. Department of Law, Faculty of Law & Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** One of the major challenges of the current governments is the addiction of some citizens to drugs. Drug addiction is considered as a serious threat to human society. Drug use is harmful not only to the addict and his family, but also to other sections of the society and causes an increase in crime in the society. For this reason, some governments take compulsory treatment of drug addicts to prevent the harmful effects of drug use. According to the statistics presented around the world, more than half a million people have been detained for the purpose of "treatment of drug use" and many of the detainees are detained for months or years without trial and during the proceedings. This article aims to examine the concept of forced detention for drug treatment and its position from the perspective of international human rights standards, regional and Iranian laws. Also, this article seeks to find an answer to the question whether, according to international human rights standards and international drug control rules, drug use or addiction is a restriction on the right to freedom?

**Method:** The research method used in this research is based on descriptive-analytical method and the method of collecting data and information is using library and documentary sources.

**Ethical Considerations:** In this research, all ethical principles such as trustworthiness, honesty and originality of the text have been observed.

**Results:** It seems that by examining the international documents, the forced abandonment of drug addicts violates human rights standards, especially the right to health and the non-use of coercion for the treatment of drug addicts is foreseen in international documents and some regional documents as well, but in the laws of Iran, compulsory treatment of drug addicts is foreseen, which can be challenging.

**Conclusion:** From this research, it can be concluded that since 1990, several resolutions of the United Nations General Assembly have confirmed that international drug control measures must be "in full compliance with the principles contained in the United Nations Charter and the principles of international law" and the compulsory treatment of drug addicts. Despite their inner desire, it is against the right to health. Therefore, it is suggested that Iran's laws be amended in line with international documents.

**Keywords:** De-Addiction; Human Rights; Arbitrary Detention; Forced Treatment and International Documents

**Corresponding Author:** Hossein Alekajbaf; **Email:** [dr.alekajbaf@pnu.ac.ir](mailto:dr.alekajbaf@pnu.ac.ir)

**Received:** July 25, 2023; **Accepted:** November 24, 2023; **Published Online:** June 18, 2024

### Please cite this article as:

Alekajbaf H. Compulsory Treatment of drug Addicts from the Perspective of International Documents with Emphasis on Human Rights Standards. *Medical Law Journal*. 2024; 18: e5.



## درمان اجباری معتادین از منظر اسناد بین‌المللی با تأکید بر موازین حقوق بشری

حسین آل کجیاباف <sup>id</sup>

۱. گروه حقوق، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از چالش‌های بزرگ کنونی دولت‌ها، اعتیاد برخی از شهروندان به مواد مخدر است. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب می‌شود. مصرف مواد مخدر، نه تنها برای شخص معتاد و خانواده وی، بلکه برای سایر اقشار جامعه زیان‌آور است و باعث افزایش جرم در جامعه می‌شود. از این جهت برخی از دولت‌ها برای جلوگیری از آثار زیان‌بار مصرف مواد مخدر اقدام به درمان اجباری معتادین می‌نمایند. مطابق آمار ارائه‌شده در سراسر جهان، بالغ بر نیم میلیون نفر به منظور «درمان مصرف مواد مخدر» بازداشت شده‌اند که بسیاری از بازداشت‌شدگان بدون محاکمه و طی مراحل دادرسی، ماه‌ها یا سال‌ها در بازداشت به سر می‌برند. این مقاله درصدد بررسی دقیق مفهوم بازداشت اجباری برای درمان مواد مخدر و جایگاه آن از منظر موازین بین‌المللی حقوق بشر، منطقه‌ای و قوانین ایران است. همچنین این مقاله به دنبال یافتن پاسخی برای این سؤال است که آیا طبق موازین بین‌المللی حقوق بشر و قواعد بین‌المللی کنترل مواد مخدر، مصرف مواد مخدر یا اعتیاد به آن، محدودیتی برای حق آزادی است؟

**روش:** روش پژوهش مورد استفاده در این تحقیق مبتنی بر روش توصیفی - تحلیلی بوده و روش گردآوری اطلاعات نیز با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و اسنادی است.

**ملاحظات اخلاقی:** در این پژوهش، تمامی اصول اخلاقی از قبیل امانتداری، صداقت و اصالت متن رعایت شده است.

**یافته‌ها:** به نظر می‌رسد با بررسی اسناد بین‌المللی، ترک اجباری معتادین ناقض موازین حقوق بشری به خصوص حق بر سلامت می‌باشد و عدم به کارگیری اجبار جهت درمان معتادین در اسناد بین‌المللی و برخی اسناد منطقه‌ای نیز پیش‌بینی شده است، اما در قوانین ایران درمان اجباری معتادین پیش‌بینی شده است که این موضوع می‌تواند چالش‌برانگیز باشد.

**نتیجه‌گیری:** از این تحقیقات چنین می‌توان نتیجه گرفت که از سال ۱۹۹۰، قطعنامه‌های متعدد مجمع عمومی سازمان ملل تأیید کرده است که اقدامات بین‌المللی کنترل مواد مخدر باید در انطباق کامل با اصول مندرج در منشور سازمان ملل متحد و اصول حقوق بین‌الملل باشد و درمان اجباری معتادین علیرغم میل باطنی آن‌ها مغایر با حق بر سلامت و موازین حقوق بشری است، لذا پیشنهاد می‌گردد که قوانین ایران نیز در راستای اسناد بین‌المللی اصلاح گردند.

**واژگان کلیدی:** ترک اعتیاد؛ حقوق بشر؛ بازداشت خودسرانه؛ درمان اجباری و اسناد بین‌المللی

نویسنده مسئول: حسین آل کجیاباف؛ پست الکترونیک: [dr.alekajbaf@pnu.ac.ir](mailto:dr.alekajbaf@pnu.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۳؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Alekajbaf H. Compulsory Treatment of drug Addicts from the Perspective of International Documents with Emphasis on Human Rights Standards. Medical Law Journal. 2024; 18: e5.

## مقدمه

در سال‌های اخیر با توجه به گسترش و رواج مواد مخدر، بعضی از کشورها برای جلوگیری از قاچاق و مصرف مواد مخدر واکنش خود را عمدتاً بر جرم‌انگاری متمرکز نموده‌اند. برخی از کشورهای آسیایی در مبارزه با قاچاق و استعمال مواد مخدر، سیاست‌های کیفری بسیار سخت‌گیرانه‌ای اتخاذ کرده‌اند. به عنوان مثال، در چین، مالزی و ویتنام، مجازات قاچاق مواد مخدر اعدام است. در کشورهایی مانند کامبوج، چین، لائوس، مالزی، میانمار، تایلند و ویتنام مصرف‌کنندگان مواد مخدر دستگیر و به مراکز اجباری بازپروری و ترک اعتیاد اعزام می‌شوند تا مراحل ترک اعتیاد صورت پذیرد (۱).

ایرادات این مراکز این است که توسط کارمندان غیر متخصص اداره می‌شوند و غالباً آن‌ها از اطلاعات پزشکی بالائی برخوردار نیستند. یکی از مشکلات و ایرادات اصلی بازداشت اجباری این است که در زمان دستگیری فرقی بین افراد معتاد و کسانی که به صورت تفننی مواد مخدر مصرف می‌نمایند و معتاد نیستند، قائل نگردیده و در صورت دستگیری همه افراد مظنون به اعتیاد، به مراکز بازپروری و ترک اعتیاد فرستاده می‌شوند تا تحت درمان قرار گیرند، بدون آنکه برخی از آن‌ها نیاز به درمان دارویی داشته باشند. مشکل دیگر بسیاری از این مراکز، عدم بودجه کافی جهت درمان معتادین بوده و خدمات درمانی و توانبخشی افرادی که نیاز به آن دارند، از کیفیت بسیار پایینی برخوردار بوده و با موازین حقوق بشری مطابقت ندارد (۱).

قانونگذار ایران نیز مانند خیلی از کشورها، برای استعمال مواد مخدر جرم‌انگاری نموده است. در ماده ۱۵ قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن مقرر کرده است: «معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیر دولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نمایند، چنانچه تظاهر به اعتیاد نمایند، از

تعقیب کیفری معاف می‌باشند. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد نمایند، مجرمند.»

علاوه بر ماده فوق که به جرم‌انگاری مصرف مواد مخدر پرداخته، در ماده ۱۶ نیز آمده است: «معتادان به مواد مخدر که فاقد گواهی تحت درمان و متظاهر به اعتیاد باشند، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز ترک اعتیاد و بازپروری نگهداری می‌شوند و تمدید مهلت برای دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است.»

با توجه به گسترش مراکز اجباری ترک اعتیاد در برخی از کشورها، در ژوئن ۲۰۲۰، گروهی متشکل از سیزده آژانس بین‌المللی وابسته به سازمان ملل متحد، شامل سازمان بین‌المللی کار، برنامه توسعه سازمان ملل متحد، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر، سازمان بهداشت جهانی، دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد و برخی دیگر از نهادهای وابسته به سازمان ملل متحد، بیانیه مشترکی صادر کردند که در آن خواستار بسته‌شدن تمامی مراکز بازداشت اجباری و مراکز بازپروری که در برخی از مناطق آسیا و اقیانوسیه ایجاد شده بود، شدند (۲).

کنوانسیون واحد مربوط به مواد مخدر مصوب ۱۹۶۱ نیویورک و پروتکل اصلاحی آن مصوب ۱۹۷۲ و کنوانسیون مبارزه با قاچاق غیر قانونی مواد مخدر و مواد روان‌گردان مصوب ۱۹۸۸ که زیربنای کنترل مواد مخدر توسط دولت‌ها می‌باشد، به کرات به مسأله بازداشت اجباری یا نگهداری غیر ارادی مصرف‌کنندگان مواد مخدر اشاره کرده و دولت‌ها را از بازداشت اجباری معتادین منع نموده است.

در خصوص ترک اجباری مصرف‌کنندگان مواد مخدر دو رویکرد وجود دارد: رویکرد اول، ناشی از یک نگرانی بشردوستانه برای رسیدگی به نیازهای پزشکی برخی از افراد (معتادین) است؛ رویکرد دوم نیز ناشی از تصور مصرف مواد مخدر به عنوان یک «زیان اجتماعی» و فردی است که از آن به عنوان تهدیدی برای از بین بردن و یا خدشه‌دار نمودن امنیت و اخلاق جامعه به حساب می‌آید (۳). به نظر می‌رسد این رویکرد شبیه تئوری‌های مکتب اثباتی است که معتقدند «مجرمان اعتیادی باید از جامعه دور نگاه داشته شوند» (۴).

اعتیاد: یک مطالعه کیفی» که در سال ۱۳۹۷ توسط آقای محمد خمرنیا و مصطفی پیوند در مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به چاپ رسیده بود، نتایج به دست‌آمده نشان‌دهنده آنست که با توجه به یافته‌های پژوهش برای لغزش مجدد به سمت اعتیاد تنها وجود یک عامل کافی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی، انتخاب کمپ ترک اعتیاد نامناسب، عوامل فردی و جنسی، عوامل اقتصادی، مسائل درمانی با نسبت‌های متفاوت باعث روی آوردن فرد به سمت مواد می‌شود. پیشنهاد می‌شود در دوره ترک اعتیاد از فرد معتاد حمایت شود و این حمایت نباید تنها به برگزاری جلسات آموزشی خلاصه گردد. همچنین استفاده از راهکارهای مناسب، مانند عدم معاشرت با دوست ناباب، حمایت خانواده، انتخاب کمپ ترک اعتیاد مناسب، حمایت اقتصادی و شغلی، تشدید قوانین جدی بازدارنده در مورد خرید و فروش مواد مخدر می‌تواند در پیشگیری از عود مجدد به مواد مخدر مناسب باشد.

در مقاله‌ای که از دکتر محمود عباسی، احسان لطفی و حسن پاک طینت تحت عنوان «بررسی ماهیت و ضوابط حاکم بر دادگاه‌های درمان مدار مواد مخدر در سال ۱۳۹۳» در مجله حقوق پزشکی به چاپ رسیده، به این نتیجه دست پیدا کرده‌اند که: دادگاه‌های درمان مدار مواد مخدر تلاشی است برای حل یک مشکل بزرگ سیستم قضایی سنتی و زندان، یعنی وجود چرخه‌ای که در آن مجرمین به همان جرائم و تخلفاتی که مرتکب شده بودند، بازمی‌گشتند. اکنون هدف اصلی همکاری در راستای بهبود مجرم می‌باشد. با روند پیش گرفته‌شده، تصویر دادگاه‌ها در ذهن تغییر پیدا کرده‌اند و دادگاه‌های درمان مدار مواد مخدر در مقایسه با رقیبان سنتی خود، موفقیت بیشتری حاصل کرده‌اند.

در مقاله دیگری که در سال ۱۳۹۸ در مجله حقوقی دادگستری از آقایان علی عزیزی و محمد فرجیها تحت عنوان «ارزیابی فرایند طرح آزمایشی دادگاه درمان مدار مواد مخدر ایران» به چاپ رسیده، به این نتیجه رسیده‌اند که دادگاه‌های درمان مدار مواد مخدر ایران به معنی واقعی کلمه، «دادگاه»

با این حال، با هر توجیهی، بازداشت خودسرانه افراد، اعم از معتاد و یا غیر معتاد اصول اولیه حقوق بین‌المللی را نقض می‌کند (۵).

در سال‌های اخیر، برخی از متخصصان عدالت کیفری، به این واقعیت پی برده‌اند که حبس به تنهایی چرخه مواد مخدر و بزه‌کاری را پایان نمی‌دهد و زندان ندرتاً برای اشخاصی که تهدیدی واقعی برای امنیت عمومی هستند، کارایی دارد. توجه به این موارد علمای عرصه حقوق کیفری را بر آن داشت که به فکر ارزیابی دوباره شیوه رفتار با آن مجرمان افتادند و به تدریج شیوه‌های جدید کنترل این مجرمان ایجاد شد. یکی از جدیدترین و فراگیرترین این شیوه‌ها، دادگاه‌های درمان مدار مواد مخدر است. در واقع، دادگاه‌های مذکور این موقعیت را برای مجرمان مواد مخدر فراهم می‌کند که از طریق مشارکت در یک برنامه بازپروری و درمانی از محکومیت کیفری بگریزند (۶).

در این مقاله با استفاده از روش توصیفی - تحلیلی و روش گردآوری اطلاعات از طریق کتابخانه‌ای - اسنادی به دنبال یافتن پاسخ این سؤال هستیم که آیا طبق موازین بین‌المللی حقوق بشر و قواعد بین‌المللی کنترل مواد مخدر، مصرف مواد مخدر یا اعتیاد به آن، محدودیتی برای حق آزادی است؟ به نظر می‌رسد با بررسی اسناد بین‌المللی، ترک اجباری معتادین ناقض موازین حقوق بشری به خصوص حق بر سلامت بوده و عدم به کارگیری اجبار جهت درمان معتادین در اسناد بین‌المللی و برخی اسناد منطقه‌ای نیز پیش‌بینی شده است، اما در قوانین ایران درمان اجباری معتادین پیش‌بینی شده است که این موضوع می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. انجام این تحقیق از آن جهت دارای اهمیت است که نتایج به دست‌آمده می‌تواند راهگشایی برای اصلاح قوانین ایران در راستای اسناد بین‌المللی باشد.

**۱. ادبیات و پیشینه تحقیق:** در خصوص ترک اعتیاد اجباری در اسناد بین‌المللی تحقیقات خاصی صورت نگرفته، اما در مقاله‌ای تحت عنوان «علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک

### یافته‌ها

به نظر می‌رسد با بررسی اسناد بین‌المللی حقوق بشر، ترک اجباری معتادین، ناقض موازین حقوق بشری بوده و بازداشت معتادین بدون رضایت آن‌ها جهت ترک اعتیاد مغایر با حق بر سلامتی است و عدم استفاده از اعمال فشار و بازداشت خودسرانه معتادین توسط دولت‌ها در اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای پیش‌بینی شده است، اما در قوانین ایران با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر جرم محسوب می‌شود، قانونگذار برای کسانی که داوطلبانه ترک اعتیاد ننمایند، درمان اجباری را پیش‌بینی کرده است که این مسأله در تضاد با اسناد بین‌المللی حقوق بشری است، مثلاً در ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر و آیین‌نامه اجرایی آن معتادی که تجاهر به اعتیاد نماید را می‌توان برای ترک اعتیاد اجباری با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری نمود. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است.

### بحث

۱. **مفهوم بازداشت خودسرانه:** گرچه مفهوم بازداشت تا حدودی روشن و قابل فهم می‌باشد، اما در مورد اصطلاح بازداشت خودسرانه، مانند بسیاری از اصطلاحات حقوقی، تعریف جامعی وجود ندارد. در ترمینولوژی حقوق بشر بین‌المللی، اصطلاح بازداشت چنین تعریف شده است: «بازداشت به دوره‌ای از محرومیت یا سلب آزادی شخص گفته می‌شود که از هنگام دستگیری آغاز شده و تا زمانی که آن شخص در اثر محکومیت نهایی به جهت اقدام مجرمانه‌اش زندانی یا آزاد می‌شود، تداوم می‌یابد» (۷).

در تعریفی که دفتر کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد در خصوص نگهداری پناهندگان ارائه نموده است، بازداشت را چنین تعریف کرده است: «توقیف و الزام افراد به حضور در محدوده‌ای معین یا جایگاه و مکانی محصور و محدود، مانند زندان‌ها، اردوگاه‌ها یا پادگان‌های محصور، بازداشتگاه‌ها یا نواحی ترانزیت هوایی، به گونه‌ای که آزادی

محسوب نمی‌شود و ایجاد نهادی تحت عنوان دادگاه حل مسأله یا درمان‌مدار نیازمند قانونگذاری و مواجه با معضلات متعددی است، در شرایط فعلی با استفاده از ظرفیت شعب و قضات دادگاه انقلاب، امکان تشکیل «تخصصی» دادگاه درمان‌مدار مواد مخدر و نیز بهره‌برداری از سایر نهادهای درمانی فوق برای درمان معتادانی که به علت ارتکاب سایر جرائم به مرحله دادرسی در دادگاه رسیده یا محکومیت کیفری یافته‌اند، نیز فراهم می‌شود.

تفاوت اساسی مقاله حاضر با تحقیق‌های فوق در این است که در مقالات فوق به دادگاه‌های درمان‌مدار مواد مخدر پرداخته شده است، در صورتی که مقاله حاضر به جایگاه درمان اجباری معتادین از منظر اسناد بین‌المللی حقوق بشری، منطقه‌ای و ایران پرداخته است.

انجام این تحقیق از آن جهت واجد اهمیت است که در قوانین ایران در مان اجباری معتادین پیش‌بینی شده است، در صورتی که در اسناد بین‌المللی حقوق بشری به خصوص حق بر سلامت، درمان معتادین می‌بایست به صورت ارادی و اختیاری باشد و این تحقیق می‌تواند کمک شایانی جهت اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر بوده و قوانین ایران نیز در راستای اسناد بین‌المللی قرار گیرد.

### ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

### روش

این پژوهش از نوع نظری است و روش مورد استفاده مبتنی بر روش توصیفی - تحلیلی بوده و گردآوری اطلاعات نیز با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

۲- هرگاه بازداشت افراد در نتیجه اعمال حقوق و آزادی‌های به رسمیت شناخته‌شده برای افراد در اعلامیه جهانی حقوق بشر، از قبیل حق برابری همه افراد در مقابل قانون (ماده ۷)، حق آزادی عبور و مرور (ماده ۱۳)، حق پناهندگی (ماده ۱۴)، حق آزادی اندیشه و مذهب (ماده ۱۸)، حق آزادی عقیده و بیان (ماده ۱۹)، حق تشکیل مجامع و اجتماعات مسالمت‌آمیز (ماده ۲۰) و حق مشارکت در اداره امور عمومی کشور (ماده ۲۱) باشد.

۳- هرگاه بازداشت افراد در اثر نقض کامل یا نسبی استانداردهای بین‌المللی مربوط به حقوق افراد درباره محاکمه عادلانه باشد (۱۰).

موضوع بازداشت اجباری برای مصرف مواد مخدر مسائل قابل توجهی را در مورد استفاده از بازداشت خودسرانه تحت عنوان کنترل مواد مخدر و مداخله با موضوع مرتبط با حق رضایت یا امتناع از درمان ایجاد می‌کند. علیرغم دستورالعمل‌های روشنی که در مورد بازداشت خودسرانه یا اجباری در اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای حقوق بشر وجود دارد، برخی استدلال می‌کنند ماهیت استفاده از مواد مخدر یا اعتیاد به این معناست که چنین هنجارهایی اعمال نمی‌شوند و اعتیاد به مواد مخدر مبنای مشروعی برای محدودیت حق آزادی است. به عنوان مثال می‌توان به موضع تاکاهاشی (Takahashi) اشاره نمود. وی معتقد است که «اعتیاد به مواد مخدر اراده آزاد شخص معتاد را زائل می‌کند یا حداقل آن را به حالت تعلیق درمی‌آورد» (۱۱).

برخی دیگر از صاحب‌نظران نیز اعتقاد دارند: «در هر جا که سعی بر درمان در آزادی بوده، درمان ناموفق بوده است» (۱۲).

گروور (Grover) نیز معتقد است: «برخی از فاحش‌ترین موارد نقض حق بر سلامت در قالب درمان اعتیاد به مواد مخدر رخ داده است» (۱۳).

**۲. بازداشت اجباری تحت عنوان «درمان مصرف مواد مخدر»:** در سال‌های اخیر، موضوع بازداشت اجباری جهت درمان مصرف‌کنندگان مواد مخدر یا افرادی که مظنون به

رفت و آمد به طور اساسی سلب شود و تنها اجازه ترک آن مکان برای بازگشت به سرزمین (فرد پناه‌جو) داده می‌شود» (۸).

در تعریفی که از بازداشت در مجموعه اصول برای حمایت همه افراد تحت هر نوع بازداشت مصوب ۹ دسامبر ۱۹۸۸ مجمع عمومی به شماره ۴۳/۱۷۳ ارائه شده است: «بازداشت عبارتست از: محرومیت شخص از آزادی فردی به حکم قانون و شخص بازداشت‌شده کسی است که از آزادی شخصی محروم شده است، مگر در نتیجه محکومیت برای ارتکاب یک جرم» (۹).

در اصل ۱ مجموعه اصول آمده است: «با تمام افراد تحت هر نوع بازداشت یا حبس باید به شیوه‌ای انسانی و با احترام به کرامت ذاتی شخص انسانی رفتار شود.»

در اصل ۴ نیز مقرر شده است: «هر نوع بازداشت یا حبس و کلیه اقداماتی که بر حقوق بشر افراد تحت هر نوع بازداشت یا حبس تأثیر می‌گذارد باید بر اساس تصمیمات قضایی و حکم دادگاه صالحه باشد.»

در هیچ یک از اسناد بین‌المللی حقوق بشری، تعریف واضحی از بازداشت خودسرانه ارائه نشده است و در تعاریفی که در فوق ارائه گردید، هیچ کدام تعریف جامعی از بازداشت خودسرانه و ضابطه مشخصی برای تشخیص مصادیق بازداشت خودسرانه ارائه ننموده‌اند و شاید به همین علت است که کمیسیون حقوق بشر در قطعنامه شماره ۴۲/۱۹۹۱ خود که بر اساس آن کارگروهی درباره بازداشت خودسرانه را تأسیس نمود، تعریفی از بازداشت خودسرانه ارائه ننموده است، اما به جهت آنکه کارگروه بتواند مأموریت محوله را به خوبی انجام دهد، در قطعنامه شماره ۵۰/۱۹۹۷ کمیسیون حقوق بشر، معیارهایی را برای تشخیص بازداشت خودسرانه مشخص نمود که مطابق آن‌ها، هرگاه بازداشت افراد شامل یکی از موارد زیر باشد، بازداشت خودسرانه تلقی گردد:

۱- هرگاه بازداشت افراد بر اساس حکم مراجع قضایی و قوانین داخلی نباشد، مانند نگهداری زندانی در زندان که دوره محکومیتش به اتمام رسیده و یا مشمول عفو قرار گرفته است.



سال ۲۰۱۹ در مالزی، ۵۸۶۲۳ نفر بر اساس حکم دادگاه به طور اجباری به مراکز درمان مصرف مواد مخدر منتقل شدند (۱۸). در سال ۲۰۱۸ دولت تایلند گزارش داد که بیش از ۲۰۰/۰۰۰ نفر در برنامه‌های درمان و بازپروری ثبت نام کرده‌اند (۱۹).

تحقیقات جدید نشان‌دهنده افزایش میزان بازداشت اجباری مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مراکز بازپروری خصوصی می‌باشد، به ویژه در آمریکای لاتین که اغلب توسط گروه‌های مذهبی اداره می‌شود (۲۰). در مورد مراکز درمانی خصوصی موجود در کشورهایی، از جمله بنگلادش، برزیل، اکوادور، ایران و هند نیز مسائلی مطرح شده است. این تسهیلات خصوصی به جای برنامه‌های دولتی یا به انضمام آن وجود دارند و به دلیل عملکرد با درجات مختلفی از توجه به کرامت انسانی یا کیفیت مراقبت، اغلب با توسل کم به درمان مبتنی بر شواهد، و با نظارت محدود دولت مورد انتقاد قرار گرفته‌اند (۲۱). در مکزیک تخمین زده شده است که ۳۵/۰۰۰ نفر در چنین مراکز «درمانی» غیر قانونی نگهداری می‌شوند (۲۱).

در بسیاری از موارد، به جای اینکه این مراکز توسط مددکاران اجتماعی یا پزشکان متخصص اداره شوند، توسط پرسنل مذهبی، نظامی یا پلیس اداره می‌شوند و تحقیقات متعدد در مورد شرایط نگهداری در این مراکز شامل گزارش‌هایی مبنی بر آزار و تحقیر فیزیکی و جنسی، ضرب و شتم، کار اجباری و امتناع از خدمات درمانی است (۲۲). ناظران حقوق بشر، فرآیندهای مختلفی را شناسایی می‌کنند که به موجب آن افراد به بازداشت اجباری برای مصرف مواد مخدر فرستاده می‌شوند. در بسیاری از موارد، افراد پس از دستگیری توسط پلیس، شبه‌نظامیان یا سایر مقامات دولتی به دلیل مصرف مواد مخدر بازداشت می‌شوند و بازداشت بدون دخالت وکیل یا تشکیل جلسه دادرسی انجام می‌شود. به گفته یکی از زندانیان سابق ویتنام: «توسط پلیس در جمعی از مصرف‌کنندگان مواد مخدر دستگیر شدم. آن‌ها چون من را با معتادین دیدند، دستگیر نموده و مرا به کلانتری بردند و تا عصر همان روز در مرکز مصرف مواد مخدر نگهداری نمودند... نه وکیلی مداخله کرد، نه قاضی دیدم» (۲۳).

استعمال آن هستند، در میان سازمان‌های غیر دولتی و نهادهای حقوق بشری سازمان ملل متحد به یکی از دغدغه‌های مهم تبدیل شده است. گزارشگر ویژه سازمان ملل در سال ۲۰۱۳ در مورد شکنجه چنین توضیح داده است: «بازداشت اجباری مصرف‌کنندگان مواد مخدر در مراکز معروف به بازپروری امری متداول است. این مراکز گاهی مراکز درمان مصرف مواد مخدر یا اردوگاه‌های بازپروری از طریق کار نامیده می‌شوند، مؤسساتی هستند که معمولاً به وسیله نیروهای نظامی یا گروه‌های شبه‌نظامی، پلیس یا نیروهای امنیتی یا شرکت‌های خصوصی اداره می‌شوند. افرادی که مواد مخدر استعمال می‌کنند یا مشکوک به مصرف آن هستند و به طور داوطلبانه درمان و بازتوانی مواد مخدر را انتخاب نمی‌کنند در چنین مراکزی محبوس می‌شوند و مجبور به انجام اقدامات درمانی متنوع می‌شوند» (۱۴).

این عمل در کشورهای متعددی، از جمله چین، ویتنام، کامبوج، تایلند، روسیه، مالزی، میانمار، جمهوری دموکرات لائوس، اندونزی، فیلیپین، برونئی دارالسلام و سنگاپور ثبت شده است. در مجموع تخمین زده شده است که بیش از نیم میلیون نفر در سراسر جهان به طور خودسرانه به منظور درمان مصرف مواد مخدر بازداشت شده‌اند که بسیاری از آن‌ها ماه‌ها یا حتی سال‌ها در بازداشت به سر برده، بدون آنکه به جرمی متهم شوند و یا در دادگاهی محاکمه شده باشند یا به نحوی دیگر حق به چالش کشیدن بازداشت خود را داشته باشند (۱۵).

در سال ۲۰۱۸، تنها در کشور چین ۳۷۰ مرکز ترک اعتیاد اجباری و ۷۳ مرکز بازپروری مواد مخدر وجود داشت که نزدیک به ۲۷۰/۰۰۰ نفر را در خود جای داده بود (۱۶). بر اساس تخمین‌های انجام‌شده بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۸، یک میلیون و چهارصد هزار نفر به این مراکز منتقل شده‌اند. پلیس این اختیار را دارد تا فردی را که مواد مخدر مصرف می‌کند به سه سال درمان محکوم کند، در صورت تکرار مصرف مواد مخدر و عدم موفقیت در ترک اعتیاد، اشخاص مورد نظر تا سه سال در یک مرکز ترک اعتیاد اجباری نگهداری می‌شوند (۱۷).

قهوه یا برای مصرف توسط بازداشت‌شدگان)، تولید پوشاک، سایر اشکال تولید (مانند ساخت محصولات بامبو) و کارهای ساختمانی هستند (۲۷). افرادی که در انجام سهم کاری پیش‌بینی شده ناموفق باشند، مشمول مجازات‌هایی از جمله محرومیت یک ماهه از استحمام، ضرب و شتم و زنجیرزدن و مجبور به ایستادن بیش از ۲۴ ساعت بر روی انگشتان پا می‌شوند (۲۸). بر اساس قوانین ملی برخی از کشورها افراد دوازده سال به بالا که معتاد می‌باشند، امکان حبس به مدت دو سال در این مراکز را پیش‌بینی کرده‌اند (۲۹-۳۰).

گزارش سال ۲۰۰۹ دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در غرب اقیانوس آرام که شیوه بازداشت انبوه افراد مصرف‌کننده مواد مخدر را در چهار کشور آسیایی مستند می‌کند، نظر اجمالی دیگری در مورد مقیاس این مشکل ارائه می‌دهد. طبق این گزارش، در کشورهایی مانند کامبوج، چین، اندونزی، جمهوری دموکرات خلق لائوس، مالزی، میانمار، تایلند و ویتنام، افرادی که مواد مخدر استعمال می‌کنند، دستگیر و به مراکز درمان اجباری مصرف مواد مخدر فرستاده می‌شوند، مراکزی که تحت نظارت کارکنان بازداشتگاه هستند و اغلب با دخالت اندک کارکنان آموزش‌دیده یا بدون نظارت مراکز بهداشتی اداره می‌شوند. یکی از مشکلات مربوط به این بازداشت‌ها این است که بین افرادی که گاهی اوقات و به صورت تفننی مواد مخدر مصرف می‌کنند و افرادی که معتاد هستند، تفاوتی قائل نمی‌شود، در نتیجه برخی از افراد که مواد مخدر مصرف می‌کنند، به این مراکز فرستاده می‌شوند، در حالی که ممکن است نیازی به درمان نداشته باشند. علاوه بر این، خدمات درمانی و بازتوانی ارائه‌شده به افرادی که به آن نیاز دارند، از کیفیت پایینی برخوردار بوده و منطبق با اصول حقوق بشر نیستند. بنابراین درمان افراد استعمال‌کننده مواد مخدر به جای آنکه معالجه‌کننده باشد، گرایش به مجازات دارد و میزان برگشت به مصرف مواد مخدر پس از ترخیص از این مراکز بسیار بالاست (۳۰).

شرایط ثبت‌شده در این مراکز درمانی مصرف مواد مخدر، نشان‌دهنده آن است که بسیاری از مسائل حقوق بشری، از

در موارد دیگر، افراد به درخواست والدین یا سایر اعضای خانواده توسط پلیس به مراکز ترک اعتیاد منتقل می‌شوند. مطابق توضیحات یک زندانی سابق در کامبوج: «والدینم با پلیس تماس گرفتند تا مرا دستگیر کنند. پدر و مادرم گفتند مصرف‌کننده مواد مخدر هستم و برایشان دردسر ایجاد کرده‌ام، در حالی که در خانه خواب بودم، پلیس مرا دستگیر کرد و به مراکز ترک اعتیاد اجباری اعزام نمود.» گزارش‌های مستند در چندین کشور نشان می‌دهد که افراد از مدت زمان محکومیت خود در اولین بازداشت مطلع نبوده‌اند و یا بدون دلیل یا روند قانونی محکومیتشان تمدید شده است (۲۳).

پس از افزایش زیاد استفاده از مراکز بازپروری «درمان مصرف مواد مخدر» در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، برخی از کشورهای آسیایی اقداماتی را برای اصلاح این سیستم انجام داده‌اند که بخشی از این اصلاحات به دلیل فشارهای بین‌المللی بوده است. به عنوان مثال با تصویب برنامه استراتژیک جدید در خصوص کنترل مواد مخدر در سال ۲۰۱۶، کامبوج متعهد شد که رویکرد سلامت‌محورتری را برای سیاست کنترل مواد مخدر اتخاذ کند و برنامه‌های درمانی مبتنی بر اجتماع را در اولویت قرار دهد (۲۴). از اکتبر ۲۰۱۸، هفت مرکز درمان اجباری مصرف مواد مخدر به انضمام ده مرکز خصوصی به فعالیت خود ادامه دادند. تصمیم ویتنام در خصوص «طرح اصلاح بازپروری مواد مخدر» که در سال ۲۰۱۳ اتخاذ شد، شامل تعهدی برای افزایش درمان داوطلبانه و مبتنی بر اجتماع مواد مخدر و در عین حال کاهش تعداد افراد بازداشتی در مراکز درمانی اجباری بود. تا آوریل ۲۰۱۹ شش مرکز بازپروری اجباری مواد مخدر موجود در این کشور (در کنار ۷۹ مرکز مختلط اجباری و داوطلبانه) میزبان بیش از ۲۶۰۰۰ نفر بودند (۲۵).

کار اجباری که به عنوان بخش اصلی «درمان» است، از جانب کمیته حقوق بشر سازمان ملل در سال ۲۰۱۹ مورد انتقاد قرار گرفت (۲۶). طبق گزارشی از دیده‌بان حقوق بشر، زندانیان این مراکز «مجبور به کار در اشکال مختلف تولید محصولات کشاورزی (برای فروش خارجی، مانند کشت سیب‌زمینی یا



ملل متحد رسید (۳۲). در ماده ۹ این میثاق به بازداشت خودسرانه پرداخته است. ماده ۹ اشعار می‌دارد:

۱- هر کس حق آزادی و امنیت شخصی دارد، هیچ کس را نمی‌توان خودسرانه دستگیر یا بازداشت کرد. از هیچ کس نمی‌توان سلب آزادی نمود، مگر به جهات و طبق آیین دادرسی مقرر به حکم قانون؛

۲- هر کس دستگیر می‌شود، باید در موقع دستگیر شدن از دلایل آن مطلع شود و در اسرع وقت اختاریه‌ای دائر بر هرگونه اتهامی که به او نسبت داده می‌شود، دریافت دارد؛

۳- هر کس به اتهام جرمی دستگیر یا بازداشت می‌شود، باید او را در اسرع وقت نزد دادرسی یا هر مقام دیگری که به موجب قانون مجاز به اعمال اختیارات قضایی باشد، حاضر نمود...؛

۴- هر کس که بر اثر دستگیری یا بازداشت شدن از آزادی محروم می‌شود، حق دارد که به دادگاه تظلم نماید...؛

۵- هر کس که قربانی دستگیری یا بازداشت غیر قانونی قرار گیرد، حق بر غرامت دارد» (۳۳).

۳-۳. **کنوانسیون حقوق کودک:** در بند «ب» ماده ۳۷ کنوانسیون حقوق کودک به حبس خودسرانه کودکان پرداخته و مقرر گردیده: «هیچ کودکی نباید به طور غیر قانونی و خودسرانه زندانی شود. دستگیری، بازداشت و یا زندانی کردن یک کودک می‌بایست مطابق با قانون باشد.»

۳-۴. **کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت:** در بند «ب» ماده ۱۴ کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت آمده است: «دولت‌های عضو تضمین خواهند نمود که افراد دارای معلولیت بر مبنای برابری با سایرین: ۱- از حق آزادی و امنیت فردی برخوردارند؛ ۲- به طور خودسرانه یا غیر قانونی از آزادی خود محروم نمی‌گردند و اینکه هرگونه محرومیت از آزادی طبق قانون می‌باشد...»

۴. **جایگاه بازداشت خودسرانه افراد در اسناد منطقه‌ای:** در عرصه فراملی، اسناد متعددی که در زمینه حقوق بشر به تصویب رسیده است، موادی را به این موضوع اختصاص داده‌اند، از جمله اسناد منطقه‌ای که می‌توان به آن‌ها اشاره نمود، عبارتند از:

جمله حق بر سلامت و ممنوعیت شکنجه و رفتار یا مجازات بی‌رحمانه غیر انسانی یا تحقیرآمیز رعایت نمی‌شود.

اکثراً درمان اجباری اعتیاد برای افرادی که تمایلی به درمان ندارند، نمی‌تواند تأثیری در بهبودی آن‌ها داشته باشد. اصل اساسی در درمان معتادین تمایل داوطلبانه آن‌ها برای شروع آن است، یعنی فرد باید تمایل به شروع درمان داشته باشد تا بتواند درمان موفق را آغاز نماید. اعضای خانواده نیز می‌توانند پیگیر درمان بیمار بوده و او را برای داشتن درمان موفق بیماری اعتیاد یاری دهند.

۳. **جایگاه بازداشت خودسرانه افراد در اسناد بین‌المللی:** از آنجایی که حق آزادی و امنیت شخصی در زمره حقوق طبیعی است و از مباحث بسیار مهم حوزه عدالت کیفری محسوب می‌شود. این حق مبنای حمایت از افراد در برابر سلب خودسرانه آزادی و همچنین قانونی نمودن دستگیری و بازداشت است (۳۱) و دولت‌ها حق ندارند به آزادی افراد تعرض نمایند، مگر به حکم قانون. در برخی از اسناد بین‌المللی و کنوانسیون‌های بین‌المللی راجع به بازداشت خودسرانه افراد اشاراتی به میان آمده است که می‌توان مختصراً به اسناد زیر اشاره نمود.

۳-۱. **اعلامیه جهانی حقوق بشر:** در ماده ۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر راجع به بازداشت خودسرانه آمده است: «هر کس حق حیات، آزادی و امنیت فردی دارد.» علاوه بر ماده ۳ در ماده ۹ اعلامیه فوق مقرر گردیده: «هیچ احدی نباید مورد توقیف، حبس یا تبعید خودسرانه قرار گیرد» در این اعلامیه جهانی هیچ‌گونه اشاره صریحی مبنی بر بازداشت معتادین جهت درمان نشده است، ولی به بازداشت خودسرانه اشاره کرده است.

۳-۲. **میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی:** میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشتمل بر ۵۳ ماده و یک مقدمه است که در ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ طی قطعنامه شماره ۲۲۰۰A به تصویب مجمع عمومی سازمان

جمله معاهدات الزام‌آور منطقه‌ای حقوق بشر است که در ۲۲ نوامبر ۱۹۶۹ در کنفرانسی بین کشورهای آمریکایی در سان خوزه (کاستاریکا) تأسیس شد و پس از تصویب در معرض کشورهای آمریکایی قرار داده شد تا امضا کنند، در نهایت در هجدهم ژوئیه ۱۹۷۸ به اجرا گذاشته شد. این سند در ابتدا توسط ۱۱ کشور به امضا رسید. معاهده سن‌خوزه با معاهده میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و کنوانسیون اروپایی حقوق بشر وجوه مشترک دارند و می‌توان معاهده سان‌خوزه را انعکاس حقوق بشر فردی یا حقوق نسل اول در دو معاهده قبلی دانست (۳۷). در این کنوانسیون، ضمن شناسایی حق آزادی و امنیت شخصی در بند ۱ ماده ۷ و در بند ۲ سلب آزادی را تابع تشریفات قانونی دانسته و در بند ۳ بر ممنوعیت بازداشت خودسرانه پرداخته است. کمیسیون آمریکایی سه نوع بازداشت خودسرانه را تعریف نموده است: ۱- بازداشت فرافانونی که بر مبنای قواعد حقوقی استوار نیست، مانند بازداشت‌هایی که توسط گروه‌های شبه‌نظامی صورت می‌گیرد؛ ۲- بازداشتی که مخالف با قانون باشد؛ ۳- بازداشتی که ممکن است مطابق قانون بوده، ولی با سوءاستفاده از قدرت صورت گرفته باشد (۳۸).

۴-۳. منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها (۱۹۸۶ م.): منشور آفریقایی حقوق بشر که در سال ۱۹۸۱ به وسیله سازمان وحدت آفریقا (در حال حاضر اتحادیه آفریقایی) مورد تصویب قرار گرفته، در ۲۱ اکتبر ۱۹۸۶ قابلیت اجرا پیدا نموده و از سال ۱۹۹۵ توسط تمامی ۵۳ کشور عضو اتحادیه آفریقایی مورد تصویب قرار گرفته است (۳۹). منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها، از جمله مهم‌ترین اسناد و معاهدات منطقه‌ای حقوق بشری در نظام آفریقایی حقوق بشر به شمار می‌آید که در راستای به رسمیت‌شناختن هنجارهای حقوق بشری و حمایت و ترویج حقوق بشر و آزادی‌های اساسی در این نظام به تصویب رسیده است (۴۰).

در ماده ۶ این منشور، در خصوص بازداشت خودسرانه بیان نموده: «هر فرد حق برخورداری از آزادی و امنیت خویش را خواهد داشت. هیچ کس را نمی‌توان از آزادی خویش جز به

۴-۱. کنوانسیون اروپایی حقوق بشر: مهم‌ترین سندی که در خصوص سلب آزادی و بازداشت خودسرانه افراد به بحث پرداخته، کنوانسیون اروپایی حقوق بشر است. اهمیت سند مذکور در بحث از سلب آزادی نسبت به سایر اسناد بین‌المللی از آن جهت است که کنوانسیون اروپایی تنها سندی است که به صورت خاص انواع مجاز سلب آزادی‌های کیفی و غیر کیفی را احصا کرده و تضمین‌ها و سازوکارهای اجرایی ناظر بر آن را برشمرده است (۳۴). در ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر مقرر گردیده: «هر شخص از حق آزادی و امنیت فردی برخوردار است و هیچ کس را نباید از آزادی‌اش محروم کرد...». دادگاه اروپایی حقوق بشر، وظیفه دارد تا در مورد قانونی بودن بازداشت اشخاص بررسی نماید که آیا بازداشت بر اساس قوانین شکلی و ماهوی حقوق داخلی بوده است یا اینکه بازداشت به صورت خودسرانه صورت گرفته است (۳۵). سلب آزادی در کنوانسیون اروپایی حقوق بشر، شامل هرگونه اقدامی است که منتهی به محروم‌شدن فردی از حق آزادی‌اش گردد؛ صرف نظر از آنکه در قوانین ملی و داخلی کشورهای عضو چه عنوانی برای آن «سلب آزادی» به کار گرفته شود. بنابراین تضمینات و حمایت‌هایی که در ماده ۵ مطرح شده‌اند، به محض آنکه هرگونه «سلب آزادی» اتفاق بیفتد، اعمال خواهند شد. از نظر دادگاه اروپایی حقوق بشر برای تشخیص اینکه آیا آنچه انجام گرفته، مصداقی از «سلب آزادی» محسوب می‌شود یا نه، آنچه حائز اهمیت است، وجود نوعی اجبار است. از همین رو است که این دادگاه در دعوی «دویلده علیه بلژیک» (De Wilde, Ooms and Versyp v. Belgium) حکم داد که مواردی که شخص با رضایت خود در مکانی بماند، مشمول این عنوان نخواهد بود (۳۶).

۴-۲. کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر: کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر (American Convention on Human Rights) که به کنوانسیون (سان خوزه کاستاریکا) نیز معروف است، یک معاهده حقوق بشری منطقه‌ای است که در بسیاری از کشورهای نیمکره غربی به کار می‌رود و در سن خوزه (کاستاریکا) تشکیل شد. کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، از

نقدی از هشتاد تا دویست و پنجاه میلیون ریال محکوم خواهد شد.»

۵-۱. ترک اعتیاد اجباری در قوانین ایران: با توجه به اینکه قانونگذار در ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر راجع به اعتیاد به مواد مخدر جرم‌انگاری نموده و اعتیاد را جرم تلقی کرده است، معتادین را موظف نموده تا بدو به صورت داوطلبانه نسبت به ترک اعتیاد خود اقدام کرده و یا خود را جهت ترک اعتیاد به مراکز بازپروری معرفی نمایند، در غیر این صورت، دادسرا آن‌ها را به مراکز بازپروری اعزام می‌کند و این افراد تا ترک کامل اعتیاد در آن مرکز باقی خواهند ماند. علاوه بر آن در ماده ۱۶ قانون مارالذکر مقرر گردیده: معتادان به مواد مخدر و روانگردان متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است.

ترک اجباری اعتیاد برای افرادی که تمایلی به درمان ندارند، نمی‌تواند تأثیر زیادی در بهبودی آن‌ها داشته باشد. یکی از موضوعات اساسی ترک اعتیاد تمایل داوطلبانه معتادین برای درمان است، یعنی فرد باید تمایل به شروع درمان داشته باشد تا بتواند درمان موفق را آغاز نماید.

۶. استعمال مواد مخدر و محدودیت بر حق آزادی: سؤالی که ممکن است برای خیلی از افراد مطرح شود، این است که آیا استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر محدودیت مشروع یا قانونی در حق آزادی و امنیت ایجاد می‌کند؟ برخی معتقدند که با توجه به ماهیت مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آن، استفاده از روش بازداشت غیر ارادی و درمان اجباری موجه و مطابق با حقوق بشر است. همانطور که در مطالب بالا ذکر شد، مطابق استدلال تاکاهاشی: «اعتیاد به مواد مخدر اراده آزاد شخص معتاد را از بین می‌برد یا حداقل آن را به حالت تعلیق درمی‌آورد و تشخیص زمان وجود رضایت واقعی یا عدم وجود آن را دشوارتر می‌کند» (۱۱). وو (Wu) نیز توانایی افراد معتاد به مواد مخدر را در تصمیم‌گیری منطقی، ارائه رضایت آگاهانه

دلایل و شرائطی که قبلاً به وسیله قانون معین شده، محروم کرد، به خصوص هیچ کس را نمی‌توان خودسرانه توقیف یا حبس کرد.»

۵. جایگاه بازداشت خودسرانه افراد در قوانین داخلی ایران: در قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران، تعقیب و بازداشت افراد باید بر مبنای قانون باشد. در اصل ۳۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران آمده است: «هیچ کس را نمی‌توان دستگیر کرد، مگر به حکم و ترتیبی که قانون معین می‌کند. در صورت بازداشت، موضوع اتهام باید با ذکر دلایل بلافاصله کتباً به متهم ابلاغ و تفهیم شود و حداکثر ظرف مدت بیست و چهار ساعت پرونده مقدماتی به مراجع صالح قضایی ارسال و مقدمات محاکمه، در اسرع وقت فراهم گردد. متخلف از این اصل طبق قانون مجازات می‌شود.»

این اصل قانون اساسی، از دستگیری و بازداشت خودسرانه افراد جلوگیری می‌کند و به موجب آن، دستگیری افراد فقط به موجب و شیوه‌ای که قانون بیان کرده، ممکن می‌باشد (۴۱). علاوه بر آن، ماده ۶۲ منشور حقوق شهروندی نیز تأکید دوباره بر این اصل دارد و مکمل آن است (۴۲).

علاوه بر موضع‌گیری صریح قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در مورد بازداشت خودسرانه، قانون مجازات اسلامی نیز به بررسی موضوع جرم بازداشت غیر قانونی پرداخته است. ماده ۵۷۰ قانون مجازات اسلامی، ضمانت اجرایی اصل ۳۲ قانون اساسی محسوب می‌شود که در آن مجازات هر یک از مقامات و مأمورین دولتی که برخلاف قانون، آزادی شخصی افراد ملت را سلب کند یا آنان را از حقوق مقرر در قانون اساسی محروم نماید، علاوه بر انفصال از خدمت و محرومیت سه تا پنج سال از مشاغل دولتی به حبس از شش‌ماه تا سه سال محکوم می‌شود. همچنین ماده ۵۸۳ قانون مجازات اسلامی مقرر می‌دارد: «هر کس از مقامات یا مأمورین دولتی یا نیروهای مسلح یا غیر آن‌ها بدون حکمی از مقامات صلاحیت‌دار در غیر مواردی که در قانون جلب یا توقیف اشخاص را تجویز نموده، شخص را توقیف یا حبس کند یا عنفاً در محلی مخفی نماید، به یک تا سه سال حبس یا جزای

بسیاری از دستورالعمل‌های حقوق بشری موجود در خصوص بازداشت غیر ارادی به دلایل پزشکی، بر تدابیری متمرکز شده است که فراتر از مقررات عدالت کیفری است تا بدین ترتیب اطمینان حاصل شود که این حقوق «در پرونده‌های بازداشت اداری نیز رعایت می‌شوند» (۴۷). بسیاری از این تدابیر حفاظتی با پدیده گسترده‌تر بازداشت سلامت روان یا بستری‌شدن غیر ارادی مرتبط هستند. این هنجارها که به سرعت در حال تحول هستند، در عین حال که با ویژگی‌های بازداشت اجباری برای درمان مصرف مواد مخدر مشابه نیستند، راهنمایی‌های آموزنده مهمی را در مورد مسائل بازداشت مرتبط با سلامت، از جمله بازداشت برای درمان مصرف مواد مخدر ارائه می‌دهند.

برخی از کشورها بر اساس آسیب واقعی یا قابل تشخیص، استفاده از بازداشت را به عنوان استثنایی از حق آزادی مجاز می‌دانند (۴۸). رویه قضایی بین‌المللی حقوق بشر نیز از دیرباز از چنین استثناهایی حمایت می‌کند و استفاده گسترده از بازداشت به دلایل «سلامت روان» و دستگیری نامتناسب افراد دارای آسیب‌های واقعی یا محسوس در معرض خطر بازداشت خودسرانه را مشروع می‌داند، به ویژه، هیچ یک از اسناد اصلی بین‌المللی حقوق بشر به صراحت بیان نمی‌کنند که «ناتوانی»، «ناهنجاری» یا «مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر» دلیلی برای سلب آزادی هستند.

یکی از کنوانسیون‌هایی که به صراحت در خصوص بازداشت خودسرانه و درمان اجباری اشاره نموده، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت است که در سال ۲۰۰۶ به تصویب و در سال ۲۰۰۸ لازم‌الاجرا گردید. این کنوانسیون در حمایت‌های هنجاری از افرادی که در معرض خطر بازداشت خودسرانه بر اساس یک نقص واقعی یا محسوس هستند، تغییرات زیادی ایجاد کرد.

سؤالی که ممکن مطرح شود، این است که آیا معتادین به مواد مخدر به عنوان افراد دارای معلولیت شناخته می‌شوند یا خیر؟ که در این خصوص بحث‌های زیادی صورت گرفته است و موضوع بحث آن فراتر از حوزه این مقاله است. در برخی از کشورها اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک معلولیت تلقی

برای درمان یا مشارکت کامل در روند قانونی درمان خود را زیر سؤال می‌برد. در واقع، وو اشاره می‌کند هرگونه نقض حقوق بشری که در روند درمان مواد مخدر دخیل است، ناچیز بوده یا قابل توجیه است، زیرا در جهت منافع فرد انجام می‌شود (۴۳). دکتر نورا ولکو (Nora Volkow) رییس مؤسسه ملی سوءاستعمال مواد مخدر ایالات متحده، از این استدلال‌ها حمایت کرده است، اگرچه ولکو به طور مستقیم در مورد درمان اجباری بحث نمی‌کند، اما این موضع را اتخاذ می‌کند که به دلیل مصرف مواد مخدر، مغز فرد استعمال کننده دیگر قادر به تولید مواد مورد نیاز برای عملکرد صحیح انسانی نیست (۴۴). وو استدلال می‌کند برای آنکه «منافع جمعی» تأمین و جامعه از مواد مخدر عاری شود، لذا ضروری است که منافع جمعی نسبت به منافع فرد معتاد ترجیح داده شود. تاکاهاشی نیز استدلال مشابهی دارد وی معتقد است: «جامعه منافع زیادی در تضمین تحت درمان قرارگرفتن افراد معتاد به مواد مخدر دارد و حذف کامل هر سطحی از اجبار در بسیاری از موارد به معنای حذف امکان غلبه شخص معتاد بر اعتیاد خود بوده است و دولت وظیفه دارد برای جلوگیری از تهدیدات قریب‌الوقوع برای آسیب‌رساندن شخص معتاد به خود یا دیگران وارد عمل گردد» (۱۱).

بر اساس قواعد بین‌المللی حقوق بشر، بازداشت غیر ارادی و درمان اجباری یک فرد موضوعی بحث‌برانگیز است و از زمان تصویب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت در سال ۲۰۰۶ هنجارهای موجود در این زمینه به سرعت در حال تغییر هستند. سؤالی که ممکن است مطرح شود، این است که آیا دلایل پزشکی می‌تواند توجیه‌کننده بازداشت اجباری به منظور درمان مصرف مواد مخدر باشد؟ شواهد موجود از بهداشت عمومی نشان می‌دهد که هیچ یک از اشکال درمان اجباری (از جمله بازداشت) مؤثرتر از درمان داوطلبانه در جامعه نیستند (۴۵). بر اساس نظریه سازمان بهداشت جهانی و دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد، «بازداشت و کار اجباری به طور علمی به عنوان روش درمان ناهنجاری‌های مصرف مواد مخدر شناخته نشده‌اند» (۴۶).

در سال ۲۰۱۵، گروه کاری بازداشت خودسرانه به درخواست شورای حقوق بشر، اصول و رهنمودهای اساسی سازمان ملل متحد در مورد راه حل‌ها و رویه‌های مربوط به حق هر کسی که برای رسیدگی در دادگاه از آزادی خود محروم شده است را ارائه کرد (۵۲). ماده ۲۱ و دستورالعمل ۲۰ در مورد اقدامات خاص برای افراد دارای معلولیت به صراحت اشاره می‌کنند که دولت‌ها موظفند انتقال یا نگهداری غیر ارادی به دلیل وجود اختلال به ویژه بر مبنای ناتوانی روانی یا فکری یا ناتوانی ذهنی را ممنوع کنند.

کمیته حقوق بشر، بارها در نظریه تفسیری ۳۵، مشاهدات پایانی و ارتباطات فردی در مورد بازداشت اداری، بستری شدن غیر ارادی و درمان اجباری و انتقال افراد دارای معلولیت‌های روانی - اجتماعی به مراکز ذیربط بحث کرده است، اگرچه این تدابیر به طور اخص در مورد مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر نیست، اما تدابیر اساسی کمیته برای اطمینان از اینکه بازداشت خودسرانه نیست، باید مورد توجه واقع شود.

کمیته در تصمیمات مربوط به انتقال افراد دارای معلولیت به مراکز تصریح کرد که محرومیت از آزادی باید بر اساس آزمایشات جامع پزشکی باشد، این آزمایشات باید مبتنی بر شواهد باشد و توسط یک متخصص واجد شرایط صورت پذیرد تا ضرورت و تناسب آن مشخص شود (۵۳). این قضیه به دلیل یکسان دانستن مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر با معلولیت نیست، بلکه برای بیان تدابیر رویه‌ای است که زیربنای دیدگاه کمیته نسبت به بازداشت بر اساس دلایل پزشکی منطبق با حقوق بشر است.

به طور خلاصه، حقوق بنیادین و کرامت انسانی باید رعایت شود، دسترسی به عدالت باید همیشه تضمین شود و تصمیم در مورد بازداشت فرد باید به صورت موردی اتخاذ گردد. بازداشت بر اساس مصرف مواد مخدر یا اعتیاد به مواد مخدر بر اساس حکم دادگاه، تصمیم اداری یا پلیس بدون معاینات پزشکی کامل برای اثبات خطر قریب‌الوقوع آسیب‌رساندن به خود یا دیگران، مانند بازداشت اجباری برای مصرف مواد مخدر در چارچوب میثاق حقوق مدنی و سیاسی قابل قبول و معتبر نیست.

می‌شود و حقوق و استقلال افرادی که مواد مخدر استعمال می‌کنند، بر این مبنا محدود شده است (۴۹). محرومیت از آزادی و انتقال افراد استعمال‌کننده مواد مخدر و افراد دارای معلولیت به مؤسسات ذیربط اغلب حاصل از منطق پدرسالاری است، مانند مراقبت از افرادی که اهلیت قانونی آن‌ها تقلیل یافته است و برای انجام امور خود نیاز به قیم قانونی دارند که قیم قانونی با توجه به مصالح آن شخص تصمیم‌گیری نموده و عهده‌دار امور وی می‌شود.

کمیته حقوق افراد دارای معلولیت در مورد مسائل مربوط به درمان اجباری و انتقال به مراکز ذیربط که بر اساس یک نقص واقعی یا قابل تشخیص صورت می‌گیرد. همچنین در مورد مفاهیمی مانند استقلال، اهلیت قانونی، رضایت و تصمیم‌گیری موقت رهنمودهای گسترده‌ای ارائه کرده است. تمامی این موضوعات محور بحث درمان اجباری هستند (۵۰)، در نتیجه، صرف نظر از اینکه افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، باید به عنوان افراد دارای معلولیت شناخته شوند، کنوانسیون برنامه قوی برای رویکرد حقوق بشری در مورد مصرف مواد مخدر و درمان آن ارائه می‌دهد که برای بازداشت‌های دارای مقاصد درمان پزشکی ممنوعیت مطلق را اعمال می‌کند، به ویژه، یک اصل کلی اینکه کمیته برگرفته از حق برابری در برابر قانون است، این است که «اهلیت قانونی یکی از حقوق بنیادین و شناخته‌شده جهانی افراد است که به واسطه انسانیت افراد در همه آن‌ها ذاتی است» (۵۱)، در نتیجه، وجود اختلال یا نقص‌های محسوس یا بالفعل در اهلیت ذهنی، هرگز نمی‌تواند دلیلی برای رد اهلیت قانونی و در نتیجه محدود کردن حق رضایت برای درمان پزشکی باشد. در راستای این استدلال، کمیته مجدداً تأکید کرده است که بازداشت غیر ارادی (مانند بازداشت بدون رضایت یا با رضایت تصمیم‌گیرنده یا قیم موقت) بر اساس ناتوانی و عدم اهلیت به خودی خود موجب محرومیت خودسرانه از آزادی است، در حالی که درمان اجباری توسط متخصصان بهداشت، حق تمامیت شخصی و ممنوعیت شکنجه را نقض می‌کند.

اتخاذ کرده‌اند. توضیحات گزارشگران در گزارش مشترک به شرح زیر است:

از منظر حق بر سلامت، وجود رضایت آگاهانه برای درمان پزشکی ضروری است، زیرا «نتیجه منطقی» آن حق امتناع از درمان است. یک زندانی دارای صلاحیت مانند هر فرد دیگری حق دارد از درمان خودداری کند. به طور خلاصه از دیدگاه متخصصان سلامت، اگر درمان یک زندانی دارای صلاحیت بدون رضایت وی (از جمله تغذیه اجباری) باشد، نقض حق سلامت و اخلاق بین‌المللی است (۵۶).

### نتیجه‌گیری

بازداشت اجباری جهت درمان معتادین به مواد مخدر موضوعی است که حوزه‌های متعددی از اصول حقوق بشر (از جمله حق آزادی، حق بر سلامت، حق رضایت به درمان و ممنوعیت رفتار غیر انسانی و تحقیرآمیز) و تعهدات موجود در قواعد بین‌المللی کنترل مواد مخدر را دربر می‌گیرد که برای جلوگیری از مصرف مواد مخدر و ارائه درمان به افرادی است که مواد مخدر استعمال می‌کنند. پس از بررسی این مسأله از همه منظرها، واضح است که بازداشت اجباری یا خودسرانه بیش از نیم میلیون نفر در سراسر جهان که تحت عنوان «درمان مصرف مواد مخدر» صورت می‌گیرد، نقض شدید حقوق بشر است و هر ادعایی مبنی بر اینکه ماهیت مصرف مواد مخدر یا «اعتیاد به مواد مخدر» به تنهایی یک محدودیت متعارف در حق آزادی است، در هنگام بررسی ناموفق بوده است.

از سال ۱۹۹۰، قطعنامه‌های متعدد مجمع عمومی سازمان ملل تأیید کرده است که اقدامات بین‌المللی کنترل مواد مخدر باید در انطباق کامل با اصول مندرج در منشور سازمان ملل متحد، قواعد حقوق بین‌الملل و موازین حقوق بشر باشد. این قطعنامه‌ها تأکید می‌کنند که فعالیت‌های ملی و بین‌المللی کنترل مواد مخدر کشورهای عضو، باید منطبق با قواعد بین‌المللی و حتی فراتر از کنوانسیون‌های بین‌المللی مواد مخدر مورد بررسی دقیق قرار گیرند. علاوه بر موضوع بازداشت جمعی برای مصرف مواد مخدر، با توجه به تصویب کنوانسیون

در رویه قضایی حقوق بشر بین‌الملل، موضوعات مربوط به رضایت به درمان نیز تحت عنوان حق بر سلامت و ممنوعیت رفتار بی‌رحمانه، غیر انسانی یا تحقیرآمیز مورد توجه قرار گرفته است. پیش از این اجماع بر این بود در حالی که افراد (از جمله افراد در بازداشت) حق رضایت و حق امتناع از درمان را دارند، این حقوق مشمول برخی محدودیت‌های خاص است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظریه مشورتی شماره ۱۴ خود که در سال ۲۰۰۰ منتشر شد بیان کرد که حق بر سلامت شامل «حق آزادی از درمان پزشکی غیر توافقی یا اجباری» است (۵۴). در عین حال کمیته صلاحیت محدودی را برای این حق بیان کرد، به ویژه در مورد بیماری روانی و کنترل بیماری چنین شرح داد: «دولت مکلف است از اعمال درمان‌های پزشکی اجباری خودداری کند، مگر اینکه این امر به صورت استثنایی و برای درمان بیماری‌های روانی یا پیشگیری و کنترل بیماری‌های مسری باشد. این موارد استثنایی باید منوط به شرایط خاص و محدودکننده باشد و بهترین شیوه‌ها و استانداردهای بین‌المللی قابل اجرا، از جمله اصول حمایت از افراد مبتلا به بیماری روانی و بهبود مراقبت‌های بهداشت روان را در نظر گیرد» (۵۴).

از آن زمان، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت به عنوان استاندارد برای هدایت محدودیت‌های مبتنی بر شرایط سلامت روان، جایگزین اصول حمایت از افراد مبتلا به بیماری روانی و بهبود مراقبت‌های بهداشت روان شده است. در سال ۲۰۱۷، گزارشگر ویژه سازمان ملل در مورد حق بر سلامت اظهار داشت: «با توجه به اینکه در حال حاضر، حق بر سلامت در چهارچوب کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت تعریف شده است، برای کاهش شدید اجبار پزشکی و تسهیل روند خاتمه به درمان اجباری روان‌پزشکی و حبس، نیاز به اقدام فوری است» (۵۵).

در سال ۲۰۰۴، گزارشگر ویژه به طور خاص بر مسائل موجود در پیرامون «درمان اجباری پزشکی» تأکید کرد. گزارشگران ویژه سازمان ملل در بررسی شرایط موجود در خلیج گوانتانامو موضعی سازگار با کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی



**تشکر و قدردانی**

ابراز نشده است.

**تضاد منافع**

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

**تأمین مالی**

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

حقوق افراد دارای معلولیت و درک گسترده آن از اهلیت قانونی و ماهیت ذاتاً خودسرانه بازداشت اجباری، بازداشت غیر ارادی برای درمان در هر شرایط موضوعی است که استانداردهای حقوق بشر آن به سرعت در حال تغییر است، در حالی که در حال حاضر این رویکرد مورد حمایت تفسیر گروه کاری بازداشت خودسرانه، کمیته رفع تبعیض علیه زنان و گزارشگران ویژه حق بر سلامت و حقوق افراد دارای معلولیت می‌باشد، برخی از جنبه‌ها با رویه قضایی کمیته ضد شکنجه، کمیته فرعی پیشگیری از شکنجه، کمیته حقوق بشر و دادگاه حقوق بشر اروپا متفاوت است.

درمان اختلالات مصرف مواد مخدر باید بر اساس استانداردهای بین‌المللی بهداشتی - اخلاقی، از جمله رعایت و احترام به موازین حقوق بشر بوده و هرگونه اقدامات درمانی جهت ترک اعتیاد معتادین باید از زمان شروع تا خاتمه درمان، مبتنی بر رضایت شخص و بل از مداخله درمانی از فرد معتاد رضایتنامه درمان اعتیاد اخذ گردد. همچنین در دوره درمان هرگز نباید از مداخلات تنبیهی، تحقیرآمیز مانند ضرب و شتم، زنجیرزدن به پاها، خودداری از درمان و غذاندان به شخص و... استفاده شود.

در خاتمه پیشنهاد می‌گردد رویکرد قانونگذار ایران نسبت به ترک اعتیاد از جرم‌انگاری به رویکرد درمان‌محوری معتادین تغییر یابد و دولت به جای استفاده از اجبار و اعزام معتادین جهت ترک اعتیاد به مراکز بازپروری امکاناتی فراهم نماید تا مصرف‌کنندگان مواد مخدر تشویق گردند که به صورت داوطلبانه نسبت به ترک اعتیاد خود اقدام نمایند. همچنین مقتضی است که قانونگذار ایران قانون مبارزه با مواد مخدر را در راستای اسناد بین‌المللی حقوق بشر اصلاح نماید.

**مشارکت نویسندگان**

حسین آل کجباف تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

## References

1. Available at: <https://www.apps.who.int/iris/handle/10665/207014>. Accessed Jun 09, 2023.
2. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/en/treatment-and-care/index.html>. Accessed Sep 09, 2023.
3. Lines R. Drug Control and Human Rights in International Law. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
4. Saneei P. Law and society. Tehran: Tarh-e No Publications; 2003. p.56. [Persian]
5. Nigel R, Matt P. The Treatment of Prisoners under International Law. New York: Oxford University Press; 2009. p.165.
6. Abbasi M, Lotfi E, Paktinat H. Study of the nature and instruction of the treatment-center drug courts. Journal of Medical Law. 2014; 8(28): 116-142. [Persian]
7. Conde H, Victor H. A Handbook of International Human Rights Terminology. 2nd ed. London: University of Nebraska Press; 2004. p.66.
8. Alice E. The Rights to Liberty and Security of person. 2011. p.1. Available at: <https://www.ohchr.org>. Accessed Jun 09, 2023.
9. Available at: <https://www.ohchr.org/instruments>. Accessed Jun 09, 2023.
10. Revised Factsheet No.26. The Working Group on Arbitrary Detention. 2019. Available at: <https://www.ohchr.org/issues>. Accessed Jun 09, 2023.
11. Takahashi S. Drug Control, Human Rights and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Human Rights Quarterly. 2009; 31: 748-776.
12. Ellenbogen H. Representative of the United States. New York: United Nations Conference for the Adoption of a Single Convention on Narcotic Drugs; 1961.
13. Grover A. Report of the UN Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. A/65/255, 6 August 2010. p.11.
14. Méndez J. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. 2013. p.40.
15. Jürgens R, Csete J. In the name of treatment: Ending abuses in compulsory drug detention centers. Journal of Addiction. 2012; 107(4): 689-691.
16. Mu Lin NS, Amon JJ. No Exit: China's State Surveillance over People Who Use Drugs. Health and Human Rights Journal. 2022; 24(1): 135-146.
17. Available at: [http://www.fileserver.idpc.net/library/IDPC-briefing-paper\\_China-drug-treatment.pdf](http://www.fileserver.idpc.net/library/IDPC-briefing-paper_China-drug-treatment.pdf).
18. Malaysia National Anti-Drug Agency, Maklumat Dadah. 2018.
19. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. ASEAN Narcotics Cooperation Center. Bangkok: ASEAN Drug Monitoring Report; 2020.
20. Open Society Foundations, No Health, No Help: Abuse as Drug Rehabilitation in Latin America & the Caribbean. 2016. p.8-10. Available at: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/789b3061-8c4a-4f92-9fe5-8fd85f0471b6/no-health-no-help-en-21060403.pdf>.
21. Harm Reduction International. Bill to the UN Working Group on Arbitrary Detention on the issue of detention in the framework of drug policies. 2020. No.4.
22. Méndez JE. ASEAN Narcotics Cooperation Center, supra n 27. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, supra n 21. 2015. p.40-44.
23. Amon J, Pearshouse R, Cohen J, Schleifer R. Compulsory Drug Detention Centers in China, Cambodia, Vietnam and Laos: Health and Human Rights Abuses. Health and Human Rights. 2013; 15(2): 124-137.
24. Marazzi S. Study calls for closure of compulsory drug centers. The Phnom Penh Post. 2017.
25. Marazzi S. Amnesty International, Substance Abuses: The Human Cost of Cambodia's Anti-Drug Campaign, AI ASA 23/2220/2020. 2020. Available at: <https://www.amnesty.org/en/documents/ASA23/2220/2020/en/>. Accessed Jun 09, 2023.
26. Available at: <https://www.digitallibrary.un.org/>. Accessed Jun 09, 2023.
27. Available at: <https://www.hrw.org>. Accessed Jun 09, 2023.
28. Available at: [https://www.unodc.org/res/cld/document/vnm/law-on-preventing-and-combattingnarcotics.html/Law\\_preventnarcoticsdrugs-viet2000.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/vnm/law-on-preventing-and-combattingnarcotics.html/Law_preventnarcoticsdrugs-viet2000.pdf).
29. Available at: <https://www.digitallibrary.un.org/record/3797830?ln=en>.
30. Articles 28 and 29, Socialist Republic of Vietnam, Law on Preventing and Combating Narcotic Drugs. 2000. Available at: [https://www.unodc.org/res/cld/document/vnm/law-on-preventing-and-combatting-narcotics\\_html/Law\\_preventnarcoticsdrugs-viet2000.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/vnm/law-on-preventing-and-combatting-narcotics_html/Law_preventnarcoticsdrugs-viet2000.pdf). Accessed Jun 09, 2023.

31. Esmaeilpour H, Shariat Bagheri MJ. The Evolution of the Right to Liberty and Security of Person. The Judiciary Law Journal. 2014; 78(86): 7-33. [Persian]
32. Mehrpour H. International human rights law. 8th ed. Tehran: Ettelaat Publications; 2007. [Persian]
33. Mir Mohammad Sadeghi H. International Criminal Law. 7th ed. Tehran: Mizan Publications; 2021. [Persian]
34. Barghi M, Mehra N. The Concept of Non-Criminal Deprivation of Liberty and its Various Types from the Viewpoint of the European Convention on Human Rights. Journal of Criminal Law Research. 2019; 10(1): 7-27. [Persian]
35. Edwards A. The Right to Liberty and Security of person and 'Alternatives to Detention' of Refugees, Asylum-Seekers, Stateless Persons and Other Migrants. Geneva: Division of International Protection, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2011. p.30-31. Available at: <https://www.unhcr.org/protect>. Accessed Jun 09, 2023.
36. E.U. Network of Independent Experts in Fundamental Rights, Balance between Freedom and Security in the Response by the European Union and Its Member States to the Terrorist Threats. Office for Official Publications of the European Communities; 2002. p.5.
37. Goldman, Robert K. History and Action: the Inter-American Human Rights System and the Role of the Inter-American Commission on Human Rights. Human Rights Quarterly. 2009; 31(4): 856-887.
38. Available at: <https://www.oas.org/dil/treaties>, 2019. Accessed Jun 09, 2023.
39. Heyns C. The African charter on Human and peoples Rights. Edited by Evans MD, Murray R. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.3.
40. Heyns C. Civil and Political Rights in the African charter. In: The African charter on Human and people's Rights, The system in practice, 1986-2000, Ed. By Malcolm Evans and Rachel Murray. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.137-176.
41. Abbasi B. Human rights and fundamental freedoms. Tehran: Dadgostar Publications; 2016. [Persian]
42. Agha Babaei H. The realm of security in Iran's criminal law. Tehran: Publishing Organization of Institute for Islamic Culture and Thought; 2010. [Persian]
43. Wu Z. Arguments in favor of compulsory treatment of opioid dependence. 91 Bulletin of the World Health Organization; 2013. p.142-145. Available at: <https://www.iris.who.int/handle/10665/271269>.
44. Volkow N. Addiction is a Disease of Free Will, The Huffington Post. 2015. Available at: <https://www.addictioneducation.org/addiction-is-a-disease-of-free-will/>.
45. Stevens A. The Ethics and Effectiveness of Coerced Treatment of People who use Drugs. Human Rights and Drugs. 2012; 2(1): 7-16.
46. UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization, Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion Paper. 2008. p.15. Available at: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UN-ODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>.
47. UN Commission on Human Rights. Question of arbitrary detention. 1991. E/CN.4/RES/1991/42, 4(e). E/CN.4/RES/1991/42, 4(e).
48. Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, supra n.52 p.41. Available at: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-disability>.
49. Flacks S. Deviant Disabilities: The Exclusion of Drug and Alcohol Addiction from the Equality Act 2010. Social & Legal Studies. 2012; 21(3): 395-412.
50. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The right to liberty and security of persons with disabilities. 2015.
51. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No.1: Article 12: Equal recognition before the law. 2014. CRPD/C/GC/1. p.8.
52. UN Working Group on Arbitrary Detention, United Nations Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of Their Liberty to Bring Proceedings Before a Court. 2015. A/HRC/30/37.
53. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment No.6 on equality and non-discrimination. 2018. CRPD/C/GC/6. p.9, 30.
54. Committee on Economic Social and Cultural Rights, General Comment No.14: The right to the highest attainable standard of health. 2000. E/C.12/2000/4. p.8.
55. Report of the Special Rapporteur on the right to health, A/HRC/35/21. 2017. p.65.

56. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, E/CN.4/2004/49. 2004. p.5.