

چالش‌های اخلاق پزشکی در نظام اطلاعات سوء مصرف مواد

حسین درگاهی^{*}، رضا صفردری^۲، سعید اصغریان^۳

مقاله‌ی مروری

چکیده

نخستین گام در راه مبارزه با پیشگیری و کنترل یک پدیده‌ی اجتماعی، شناسایی صحیح و کامل این پدیده است. طراحی نظام اطلاعات سوء مصرف مواد با هدف تبدیل داده‌ها به اطلاعات و دانش جهت پیشگیری و کنترل اعتیاد سهم بسزایی دارد، اما طراحی و اجرای آن دارای چالش‌ها و مشکلاتی است که پیامدهای نامناسب و ناگواری را برای سوء مصرف کنندگان مواد فراهم می‌آورد. لذا، این مقاله با هدف مطالعه‌ی چالش‌های اخلاق پزشکی در نظام اطلاعات سوء مصرف مواد تهیه و تدوین شده است.

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مروری است. اطلاعات مورد نیاز از طریق موتورهای جستجوگر Elsevier، Ovid، Medline، Google، PubMed، مرکز اطلاعات و آمار نیروی انتظامی، وزارت بهداشت، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی و مرکز مطالعات ملی اعتیاد جمع‌آوری شده و مورد بهره‌برداری قرار گرفته است.

نظام اطلاعات سوء مصرف مواد دارای چالش‌ها و مشکلات حقوقی و اخلاقی متعددی هستند که در صورت بروز این مشکلات، سوء مصرف کنندگان رغبتی به دریافت خدمات مشاوره‌ای و درمانی و انجام مطالعات اپیدمیولوژیکی از خود نشان نمی‌دهند. سازمان جهانی بهداشت چارچوب خاصی را برای پاسخگویی نظام اطلاعات سلامت در هشت حیطه از جمله رعایت شأن و کرامت انسانی، رازداری و محترمانگی ارائه کرده است. طراحان و برنامه‌ریزان نظام اطلاعات سوء مصرف مواد قبل از طراحی باید قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های لازم را به منظور شفافسازی و تعیین وضعیت حقوقی، تضمین اصل محترمانگی و رازداری اطلاعات تهیه و تدوین نمایند.

واژگان کلیدی: نظام اطلاعات، سوء مصرف مواد، اخلاق پزشکی

^۱ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشیار گروه مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ کارشناس ارشد مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاھپور اهواز

*نشانی: تهران، خیابان قدس، کوچه فر داشت، پلاک ۱۳، تلفن: ۰۸۸۹۶۵۰۸، Email: hdargahi@sina.tums.ac.ir

مقدمه**تاریخچه**

نیز به اطلاعات سازمان و نحوه عملکرد مدیران نیازمند بودند و در نتیجه ضرورت نظام اطلاعات بیش از پیش احساس می‌شد^(۳).

تعریف نظام اطلاعات

نظام اطلاعات، مجموعه‌ای سازمان یافته از اجزاء است که دریافت، جمع‌آوری، ذخیره، تبدیل، ارتباط، اشاعه و توزیع اطلاعات را به عهده دارد و دارای سه بخش ورودی، فرایند و خروجی است^(۴). به عبارتی، نظام اطلاعات به معنی مجموعه‌ی سازمان یافته‌ای از افراد، سخت‌افزار، نرم‌افزار، شبکه‌های ارتباطی و منابع اطلاعاتی است که اطلاعات را در سازمان‌ها جمع‌آوری، تبدیل و توزیع می‌نماید^(۵).

تعریف سوء‌صرف مواد

سوء‌استفاده از مواد یا سوء‌صرف مواد معمولاً به استفاده از یک داروی ممنوع، استفاده‌ی بیش از اندازه یا غیر طبیعی از یک داروی مجاز یا استفاده‌ی عمدی از مواد شیمیایی گفته می‌شود که برای سوء‌صرف‌کننده مضر باشد. انگیزه‌ی سوء‌استفاده از مواد، احساس پیش‌بینی شده‌ای است که به دلیل لذت ناشی از تأثیر دارو بر سیستم اعصاب مرکزی حاصل می‌شود^(۶).

معرفی نظام اطلاعات سوء‌صرف مواد

نظام اطلاعات سوء‌صرف مواد نیز به نظام‌هایی اطلاق می‌شود که داده‌های مربوط به اطلاعات سوء‌صرف مواد را از مؤسساتی که مصرف‌کنندگان به‌طور معمول به آن‌جا مراجعه دارند، جمع‌آوری، تحلیل و گزارش می‌کنند. این نظام‌ها اطلاعات لازم را در مدت طولانی جمع‌آوری کرده و داده‌ها را براساس برنامه‌های ماهانه یا سالانه آماده می‌کنند. سازمان‌های بهداشتی درمانی، بیمارستان‌ها، مؤسسات رفاهی، نهادهای قضایی و پژوهشگاه جملگی ملزم هستند تا گزارش دهنده فرد مراجعه‌کننده معتاد به مواد است یا این‌که در حال مصرف غیر درمانی دارو است^(۷).

نظام‌های اطلاعات به صورت بین‌المللی یا منطقه‌ای و بر

بسیاری از تاریخ‌نویسان اعتقاد دارند که یکی از مشخصات تمدن‌های مترقبی، توانایی آن‌ها در تولید و کاربرد مؤثر اطلاعات است. بیش از ۵۰۰ سال پیش، سرخ پوستان «اینکایی» آمریکای جنوبی پدیدآورنده نظام‌های اطلاعات نسبتاً جامعی مانند «پایگاه عرضه اطلاعات^۱» و مدل‌های پردازش داده‌ها بودند. بدین شکل که این سیستم از هزاران Quipus رشته نخ گره خورده موسوم به Quipus تشکیل شده بود که توسط آن، جمعیت یک روستا، عوارضی که به آن‌ها تعلق می‌گرفت، مقدار معاملات تجاری، سوابق جنگ‌ها و رویدادهای تاریخی خود را ثبت کرده و نشان می‌دادند. این افراد با آراستن گره‌ها و رنگ‌های گوناگون در نظم‌های مختلف، ترکیبی از فرمول‌های یاری‌دهنده حافظه ارقام و اطلاعات توصیفی به وجود آورده بودند. کسانی که این‌گونه Quipus Amayous نظام‌های اطلاعات را ایجاد کردند خوانده می‌شدند که در واقع همان پیشروان تحلیل‌گر نظام اطلاعات امروز هستند^(۸). نظام اطلاعات ریشه در تصاویر غارها نیز دارد، به طوری که اعضای قبایل بدouی با استفاده از این تصاویر داد و ستدۀای خود را در سطح اندک انجام می‌دادند^(۹).

در اواسط قرن هیجدهم، هم‌زمان با انقلاب صنعتی نیاز به پردازش داده‌ها رو به فزونی نهاد و باعث شد وسایل تولید از خانه‌ها و مغازه‌های کوچک به کارخانه‌ها منتقل شوند و پیدایش تولیدکنندگان بزرگ به ایجاد صنایع خدماتی جهت فروش و حمل و نقل فراورده‌های کارخانه‌ها انجامید. افزایش اندازه و پیچیدگی سازمان‌های تولیدی نیاز به وسایل و تجهیزات پردازش داده‌ها را برای اداره‌ی این سازمان‌ها بیش تر کرد. از یک‌سو مدیران این سازمان‌ها جهت تصمیم‌گیری به اطلاعات بیش‌تری نیاز داشته و از سوی دیگر سرمایه‌گذاران

^۱ Database

است (۱۲).

نظام‌های اطلاعات سوء مصرف مواد روش‌های ویژه‌ای برای کسب اطلاعات قابل اعتماد و مطمئن در مورد سوء مصرف‌کنندگان مواد دارند. این نوع اطلاعات هنگام پذیرش افراد در بیمارستان، قرنطینه کردن یا درمان معتادان و بهدلیل اطلاع یافتن پزشکان از وابستگی افراد به مواد جمع‌آوری می‌شود. نظام‌های اطلاعات تعاریف واضحی از فردی که سوء مصرف او گزارش شده یا شرایطی که گزارش آن تهیه شده است، دارند. شناخت و فهم این تعاریف برای تهیه‌کنندگان گزارش‌ها باید ساده و آسان باشد. این گزارش‌ها به صورت بی‌در پی یا در فواصل زمانی معین و خاص به نهادهای ذیربطریجهت مقایسه‌ی تحلیل ارسال می‌شوند. این نهادها شامل گروه‌های پژوهشی در سطح ملی و جهانی، سازمان‌های دولتی یا گروه‌های غیر رسمی مانند جمیعت‌های خیریه یا سازمان‌های مردم نهاد ترک اعتیاد هستند. نظام‌های اطلاعات سوء مصرف مواد دارای ویژگی‌های عمدۀ‌ای هستند، بدین ترتیب که از مصرف‌کنندگان سنگین مواد (گروهی که اغلب در بررسی‌ها نادیده گرفته می‌شوند)، اطلاعات لازم را کسب می‌نمایند. این گروه از مصرف‌کنندگان بسیار مهم هستند، زیرا تلفات ناشی از مصرف دارو در این گروه از متضاضیان یافت می‌شود. این گروه از اکثر منابع درمانی و بازتوانی و اقامتی استفاده می‌کنند. دیگر ویژگی‌ها عبارت است از این‌که نظام‌های اطلاعات را می‌توان در خود مؤسسات درمانی ایجاد کرد (۱۳).

نظام‌های اطلاعات سوء مصرف مواد وظایف متعددی را به عهده دارند، از جمله تعیین فراوانی مصرف‌کنندگان مواد، و همچنین تعیین ویژگی و سابقه‌ی مصرف مواد، مطالعه‌ی عادات مصرف مواد و تغییرات و نوسانات آن با گذشت زمان، تعیین چگونگی مراجعه‌ی مصرف‌کنندگان مواد به انواع مختلف مؤسسات و نهادهای ذیربطری و تعیین نیاز این افراد به انواع خدمات مانند درمان سربپایی، درمان بسترهای، بازتوانی، سم زدایی، اقامت و غیره، فعالیت‌های انجام شده و ارائه‌ی

حسب تعداد جمیعت مراجعه‌کننده فعالیت دارند. افراد مراجعه‌کننده تحت شرایط غیر معمول نیز شناسایی می‌شوند، مانند افرادی که در حبس هستند یا در قرنطینه به سر می‌برند (۸).

نکته‌ی مهم در طراحی و توسعه‌ی نظام اطلاعات، عناصر مفهومی راهبردی آن نظام از جمله رسالت، چشم‌انداز، اهداف، نقش، ویژگی و ارزش‌های آن است. نظام‌های اطلاعات بین‌المللی و منطقه‌ای دارای اهداف متفاوت با یکدیگر هستند. اهداف نظام‌های اطلاعات بین‌المللی عبارت است از کنترل و سنجش سوء مصرف دارو، کنترل حمل و نقل داروی قاچاق، شناسایی نوع گرایش به داروهای خاص، ویژگی‌های سوء مصرف‌کننده و ارزیابی برنامه‌های درمانی. اما نظام‌های اطلاعات منطقه‌ای با هدف مطالعه‌ی ویژگی‌های دخیل در درمان و اطمینان از عدم دریافت مجدد دارو تشکیل می‌شوند (۹-۱۱).

نقش‌ها و وظایف نظام اطلاعات سوء مصرف مواد نقش نظام‌های اطلاعات سوء مصرف مواد مشارکت و همکاری در چارچوب کلی برنامه‌های سوء مصرف مواد در یک کشور یا یک منطقه است. این نظام‌ها در وهله‌ی اول به جمع‌آوری اطلاعات در مورد مصرف‌کنندگان سنگین می‌پردازند، اگرچه تعدادی از مصرف‌کنندگان نیز از طریق پزشکان، پلیس یا سایر نهادهای اجتماعی شناسایی شده و اطلاعات لازم از آن‌ها کسب می‌شود. اطلاعات جمع‌آوری شده باید به‌طور وسیع در دسترس نهادهای عمومی، مدیران و برنامه‌ریزان نظام سلامت، و همچنین افرادی که در ارائه‌ی تسهیلات و خدمات پیشگیری و درمان نقش دارند و تصمیم‌گیری می‌کنند، قرار گیرد. نقش مهم این گونه نظام‌های اطلاعات، ارائه‌ی گزارشات منظم و دوره‌ای، حداقل سالی یک‌بار، بر حسب گرایشات به سوء مصرف دارو، نظیر قرار گرفتن در معرض داروهای جدید (ایجاد شرایطی که داروهای جدید در دسترس فرد قرار می‌گیرند)، روش‌های جدید تجویز دارو و مصرف‌کنندگان جدید که سوء مصرف دارو دارند،

سالانه سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون نفر طی ۶ ماه اخیر تجربه حدقه‌ای یک بار سوء‌صرف مواد را داشته‌اند که فراوانی آن در ایران ۲/۸ درصد است (۱۷). با همه‌ی تمهدات و تدبیر اعمال شده، نهادهای مسؤول و متولی مبارزه با مواد مخدر اذعان دارند که سوء‌صرف مواد در کشور هم چنان رو به رشد است (۱۸). سوء‌صرف مواد در یک جامعه را می‌توان از سه طریق پیشگیری کرد. پیشگیری نخستین به شناسایی مواد و سوء‌صرف کننده و جلوگیری از سوء‌صرف یک ماده یا داروی کنترل شده دلالت دارد. در پیشگیری دوم، به افراد مبتلا جهت ترک مواد کمک می‌شود و سومین نوع پیشگیری مربوط به محدود ساختن یا به حدقه رساندن برخی از تأثیرات بیماری یا مشکلات اجتماعی و رفتارهای زیان‌بخش ناشی از سوء‌صرف مواد است (۱۹).

همان‌گونه که ذکر شد، نخستین گام در راه مبارزه با پیشگیری و کنترل یک پدیده اجتماعی، شناسایی صحیح و کامل این پدیده است تا بر مبنای آن برنامه‌ریزی مناسب امکان‌پذیر باشد. طراحی نظام اطلاعات سوء‌صرف مواد با هدف تبدیل داده‌ها به اطلاعات و دانش جهت پشتیبانی از پیشگیری و کنترل اعتیاد سهم بسزایی دارد (۲۰).

اطلاعات داده‌های پردازش شده‌ای است که برای گیرنده معنی دار هستند. دانش و اطلاعات ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و به نوعی ارتباط دوسویه بین آن‌ها حاکم است (۲۱). تأمین دانش لازم از بین انبوه داده‌ها، نیازمند ایجاد مدیریت فرآیندی متناسب است (۲۲).

هدف نظام اطلاعات آگاه کردن سایرین است، بدین معنی که نظام اطلاعات، با سرعت، اطلاعات متناسب با نیاز اطلاعاتی را در اختیار کاربر قرار می‌دهد (۲۳). مهم‌تر این‌که، این نظامها می‌توانند سطحی از خدمات را فراهم آورند که در گذشته امکان‌پذیر نبود (۲۴). نظام اطلاعات کلید هر جامعه‌ی مردمی است و انتشار و استفاده از اطلاعات یک شاخص اجتماعی مهم بهشمار می‌رود و رشد این شاخص به معنای

برنامه‌های جدید در زمینه کنترل و مدیریت سوء‌صرف مواد، شناسایی گروه‌های پرخطر جدید، شناسایی داروهای جدید که مورد سوء‌صرف قرار می‌گیرند و پیدایش عوارض جدید دارویی. از ۱۵ کشور عضو اتحادیه اروپا، ۱۱ کشور دارای نظام اطلاعات و گزارش‌دهی اختصاصی در زمینه‌ی درمان دارویی و ۸ کشور دارای دفتر ثبت فهرست مصرف‌کنندگان مواد هستند. شبکه‌ی هشدار سوء‌صرف دارو در کشور آمریکا، نظام اطلاع رسانی داروهای مخدر در کشور استرالیا، مرکز ثبت داروهای مخدر در هنگ کنگ، نظام داده‌های الحق شده‌ی بین‌المللی در کشور مالزی و نظام ثبت اسناد بین‌المللی برای معتادان به هروئین در میانمار، نمونه‌هایی از نظامهای اطلاعات پیشرفته در زمینه‌ی سوء‌صرف مواد به‌شمار می‌روند. به هر صورت، مزایای نظامهای اطلاعات سوء‌صرف مواد مهم‌تر از هزینه و پیچیدگی آن‌هاست، اگر چه ممکن است برای تمامی کشورها مناسب یا کاربردی نباشد (۲۵).

/همیت نظام اطلاعات سوء‌صرف مواد
پدیده‌ی شوم سوء‌صرف مواد جدا از هزینه‌های سرسام آوری که بر جامعه تحمیل می‌کند (بالغ بر ۲۰۰ میلیارد دلار در سال در کل جهان) و درصد جمعیتی که مصرف یک یا چند ماده‌ی غیر قانونی باعث افت عملکرد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آنان می‌گردد، با تأثیر بر مغز افراد باعث تغییر در حالات روانی درونی فرد و فعالیت (خلق) و فعالیت مشهود بیرونی (رفتار) وی شده که این اثرات با مصرف درازمدت پایدار خواهد شد. سوء‌صرف مواد در همه‌ی اقسام و گروه‌های مختلف جمعیت دیده می‌شود (۲۶).

با مطالعه‌ی روند اعتیاد در کشور مشاهده می‌شود که میزان معتادان تقریباً هر ۱۲ سال دو برابر شده و سالانه ۸ درصد بر جمعیت آن‌ها افزوده می‌شود (۲۷). عوامل متعددی به عنوان زمینه‌ساز سوء‌صرف مواد ذکر شده‌اند. به‌نظر می‌رسد در جمعیت معتادان، یکی از عوامل زمینه‌ساز اعتیاد، وجود نگرش مثبت افراد این گروه نسبت به مواد مخدر باشد (۲۸). گزارش

سوء مصرف مواد یک معضل جهانی است که هر جامعه‌ای با توجه به ویژگی‌های خاص خود به‌نحوی از آن رنج می‌برد.^(۲۷)

به‌نظر می‌رسد در کشورهایی که در زمینه‌ی پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد موفقیت بیش‌تری داشته‌اند، افراد سوء مصرف‌کننده اطلاعات صحیح و دقیقی از مواد و پدیده‌ی اعتیاد دارند، زیرا امروزه اطلاعات به‌عنوان یکی از منابع قدرت در جهان مطرح است و برتری کشورهای توسعه‌یافته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه مربوط به برتری اطلاعاتی و کاربرد اطلاعات است.^(۲۸)

نظام اطلاعات سوء مصرف مواد یکی از بهترین نهادهای شناسایی سوء مصرف‌کنندگان مواد و ارزیابی و سنجش میزان پیامدهای ناشی از سوء مصرف مواد است. با وجود این، نظام اطلاعات می‌تواند تنها بخشی از سوء مصرف‌کنندگان مواد را شناسایی کنند. محدودیت دیگر آن زمانی اتفاق می‌افتد که برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران به‌دبیال تعیین الگوی سوء مصرف مواد در یک مقطع زمانی در جامعه باشند که از این طریق به نتیجه نخواهند رسید.^(۲۹) نظام اطلاعات سوء مصرف مواد دارای مشکلات و چالش‌های حقوقی و اخلاقی دیگری نیز هست، که ذیلاً به انواع این مشکلات و چالش‌ها پرداخته خواهد شد.

چالش‌های اخلاقی و حقوقی نظام گزارش‌دهی در برخی از کشورها، گزارش‌دهی بخشی از یک نظام اطلاعات سوء مصرف مواد به‌شمار می‌رود که از این طریق افراد سوء مصرف‌کننده از نظر نیاز به درمان، زندانی بودن یا پرداخت جریمه تحت شناسایی قرار می‌گیرند. در صورت بروز مشکلات حقوقی و اخلاقی، سوء مصرف‌کنندگان مواد دیگر رغبتی به دریافت خدمات درمانی از خود نشان نمی‌دهند. نظامهای گزارش‌دهی، مشکلات دیگری را نیز تجربه می‌کنند، مانند کمبود یا فقدان گزارشات که به دلایل پرسنلی و فاصله‌ی زیاد زمانی بین وقوع حادثه و گزارش‌دهی به وجود می‌آید یا حذف موارد غیر فعال یعنی مواردی که در

توسعه‌ی ملی در هر کشور است.^(۲۵)

اگرچه نظامهای اطلاعات سوء مصرف مواد برای پیشگیری و کنترل اعتیاد و معتادان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند، اما این‌گونه نظام‌ها در طراحی و توسعه دارای چالش‌ها و مشکلاتی هستند و ممکن است پیامدهای نامناسب و ناگواری را برای سوء مصرف‌کنندگان مواد فراهم آورند که در این‌صورت با ملاحظات اخلاق پزشکی در تضاد خواهد بود. لذا این مقاله با هدف بررسی چالش‌های نظام اطلاعات سوء مصرف مواد تهیه و تدوین شده است.

روش کار

مقاله‌ی حاضر یک پژوهش مروری است که به معرفی نظام اطلاعات سوء مصرف مواد در کنترل و پیشگیری از مصرف مواد مخدر و چالش‌های اخلاقی و اپیدمیولوژیکی ناشی از به‌کارگیری آن می‌پردازد. در این پژوهش برای اولین‌بار وضعیت نظام اطلاع‌رسانی و ثبت و ارائه‌ی گزارشات مربوط به سوء مصرف مواد در ایران مورد بررسی قرار گرفته و با نظام اطلاعات در سایر کشورها مقایسه شده است. در پژوهش حاضر، اطلاعات مورد نیاز از طریق موتورهای جست‌وجوگر Google، Ovid، Medline، Elsevier، Pumbed، مرکز اطلاعات و آمار نیروی انتظامی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی و مرکز مطالعات ملی اعتیاد با استفاده از کلید واژه‌های drug abuse، medical ethics و information system با بررسی ۲۲۸ منبع و سپس با انتخاب ۷۳ منبع که عمدتاً مربوط به ۵ سال اخیر است جمع‌آوری شد و سپس به‌صورت مروری مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

بحث

در قرن حاضر، تأثیر سوء مصرف مواد مخدر بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است. مهار توسعه، بر هم خوردن ثبات سیاسی و به خطر افتادن روند مردم‌سالاری در جوامع مختلف از عوارضی است که به سوء مصرف مواد ارتباط دارد.^(۲۶)

پاسخگویی نظام سلامت ریشه در توانایی این نظام در برآورده کردن انتظارات مشروع افراد جامعه براساس اخلاق حرفه‌ای و هنجارهای بین‌المللی دارد که در آن به شان و کرامت انسانی، استقلال فردی و رازداری اهمیت زیادی داده شده است (۳۵). در مطالعه‌ای که توسط وزارت بهداشت با همکاری UNODC^۱ در سال ۱۳۸۰ انجام شد برای نخستین بار نمونه‌گیری بسیار وسیعی در سطح کشور در مراجعان به بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها در ۸۵ شهرستان در کلیه‌ی استان‌ها به عمل آمد که در آن ۵۲۵۴ نفر مراجعت کننده به صورت پی در پی تحت مصاحبه به وسیله‌ی پزشکان آموzos شدیده از نظر سوء مصرف، نوع مواد و اعتیاد قرار گرفته و از میان افرادی که مدعی عدم سوء مصرف مواد بودند نیز به طور تصادفی آزمون ادرار از نظر جست‌وجوی مواد افیونی انجام شد. از نکات مهمی که پژوهشگران مطرح کردند، احتمال عدم تعیین‌پذیری اطلاعات اخذ شده از مراجعان به بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها به کل جمعیت کشور و دیگر روایی روش به کار رفته است (۳۶).

امروزه، در کشور آفریقای جنوبی چالش‌های متعددی در راه به کارگیری نظام اطلاعات و جمع‌آوری داده‌های مربوط به سوء مصرف مواد وجود دارد. شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی، نبود زیر ساخت‌های مناسب، عدم ارتباط دهی مؤثر و وجود بعضی قوانین و دستورالعمل‌ها، فقدان شاخص‌های جمع‌آوری داده‌ها و کمبود نفرات ماهر و متخصص جهت بازبینی اطلاعات از مشکلاتی است که این کشور با آن روبروست. در حال حاضر، کشور مزبور در راه از بین بردن مشکلات و چالش‌های پیشگفت، مبادرت به اجرای برنامه‌های سازمان ملل متحد و برنامه‌ی بین‌الملل کنترل سوء مصرف مواد و دارو نموده است (۳۷).

محرمانگی و رازداری

کلید جلوگیری از پیامدهای ناگوار برای افراد در نظام اطلاعات سوء مصرف مواد، تامین رازداری و محرمانگی

یک مقطع زمانی به آن‌ها نیاز است اما مورد استفاده قرار نمی‌گیرند و در دیگر مقطع زمانی که به کارگیری آن‌ها اهمیت دارد از آن‌ها صحبتی به میان نمی‌آید یا تأخیر در گزارش‌دهی لحظه به لحظه که مورد نیاز برنامه‌ریزان و دولتمردان هر کشور است، اما همیشه ارائه‌ی آن امکان پذیر نیست (۳۰).

Smart و همکاران و Mott و همکاران نشان دادند که ۱۰-۱۵ درصد افرادی که سوء مصرف مواد دارند و نیازمند به درمان هستند به مراکز گزارش‌دهی گزارش نمی‌شوند. «آرویو» و همکاران نیز طی پژوهشی که در دانشگاه آکسفورد انجام دادند مشخص کردند که ۲۰ درصد از ۶۳ مورد خاص سوء مصرف‌کننده‌ی داروهای خواب‌آور به ادارات و مراکز گزارش‌دهی معرفی نشده‌اند. Mott و همکاران هم گزارش کردند که ۷ درصد از معتادان در شمال غربی آمریکا به مراکز و ادارات گزارش‌دهی معرفی نمی‌شوند (۳۱، ۳۲).

برخی نظام‌های گزارش‌دهی سوء مصرف مواد پیامدها و چالش‌های کمتری به دنبال دارند؛ به ویژه نظام گزارش‌دهی حوادث که در آن افراد قابل شناسایی نیستند. دفتر ثبت مواد مخدر شهر نیویورک تدبیر امنیتی خاصی برای حمایت از افرادی که تمایل ندارند نام آن‌ها فاش شود، اتخاذ کرده است. در این نوع نظام گزارش‌دهی، گمنام بودن افراد یک خط‌مشی مهم و غیر قابل تغییر در مورد سوء مصرف‌کنندگان مواد به شمار می‌رود (۳۳).

کارکنان مرتبط با نظام گزارش‌دهی سوء مصرف مواد، دارو و الکل در فعالیت روزانه‌ی خود به صورت فزاینده‌ای با چالش‌های اخلاقی و حقوقی روبرو هستند. به ویژه آن‌که این افراد مورد اعتماد افراد جامعه هستند و در اغلب موارد با آن‌ها مشورت می‌شود. لذا ضروری است این افراد ارزش‌ها و اعتقادات شخصی خود را مشخص کرده و اصول و مبانی اخلاقی را در تصمیم‌گیری و برخورد با سوء مصرف‌کنندگان مواد به کار گیرند و بهترین خدمات را در بهترین شرایط به مشتریان خود ارائه دهند (۳۴).

«صغری» و «مجلزاده» در پژوهش خود اعلام کردند

^۱ United Nations Office On Drug and Crime

رعايت محمانگي اطلاعات باید به دقت در اپيدميولوژي سوء مصرف مواد مورد توجه قرار گیرد. تمام مطالعات اپيدميولوژيکي باید در جهت ترويج استانداردهای اخلاقي هر جامعه و مطابق با معيارهای لازم صورت گیرد. دستورالعمل کلی در تمام پژوهش‌های اپيدميولوژيکي جلوگیری از هر گونه آسیب‌های رفتاری و اخلاقي به افراد مورد مطالعه توسيط پژوهشگران است. امروزه، قوانين و دستورالعمل‌های ویژه‌ای برای رعايت ملاحظات اخلاقي در مطالعات اپيدميولوژيکي در سازمان‌های بين‌المللي علوم پزشكى تهيه شده است.

«شوراي سازمان‌های بين‌المللي علوم پزشكى»^۱ در سال ۱۹۹۱ دستورالعملی را تدوين نمود که به موجب آن باید قبل از شروع هر پژوهش در زمينه‌ی سوء مصرف مواد ملاحظات اخلاقي مد نظر قرار گيرد (۳۹).

در اين دستورالعمل مشخص شد افراد مورد مطالعه باید داوطلبانه، آزادانه و با رضایت قبلی در طرح‌های پژوهشی شرکت‌کنند. لذا اهداف، مزايا، خطرات، طول مدت، روش‌ها و راهکارهای پژوهشی برای افراد مربوطه باید با زبان ساده و قابل فهم تشریح شده و از به‌كارگيري لغات و اصطلاحات خاص و قانونی خودداری شود. به افراد مورد مطالعه باید آگاهی داد که حق انتخاب دارند تا از روی تمايل و رغبت در پژوهش شرکت کنند. اين اطلاعات را باید برای تمامی افراد مورد نظر به صورت مكتوب درآورد و در صورت لزوم برای افراد بي‌سواد نيز به صورت شفاهي توضيح داد. برخی از کشورهای در حال توسعه تجربه‌ی محلودی در اين‌گونه مطالعات داشته و بسياری از پژوهشگران نيز با اين نوع پژوهش‌ها آشنايي كافي ندارند (۴۰).

طراحی مطالعات اپيدميولوژيکي و شيوهي اجرائي آن‌ها باید به اندازه‌اي مطمئن باشد که اطلاعات شخصي افراد حتى توسيط کارکنان و نهادهای مجاز نيز قابل ارائه و فاش شدن نباشد. تمامی شركت‌کنندگان در مطالعه باید مطلع باشند که

است. بدین معنی که هیچ نوع اطلاعاتی در اين نظام چه از نظر قانوني مورد نياز باشد و چه امكان دسترسی به آن‌ها توسيط خود افراد ثبت شده وجود داشته باشد، باید فاش شود. البته اين موضوع بستگي به قوانين و منشور اخلاقي کشورهای مختلف دارد.

در برخی از کشورها نظير آمريكا و کانادا، تدابير منظم و مدوني به منظور رعايت رازداري و محريمانگي مدارك پزشكى بيماران سوء مصرف‌کننده مواد وجود دارد. به عبارتى، مدارك پزشكى اين بيماران بدون مجوز و اجازه آن‌ها فاش نمی‌شود. اين مجوز باید كتبًا توسيط خود بيمار صادر شده و بيان کننده اهداف ناشي از فاش شدن اطلاعات باشد. هم‌چنين، اتخاذ تدابير امنيتي در طراحى هر نوع نظام اطلاعات و گزارش‌دهی صورت گرفته و توسيط دستورالعمل‌های دولتى، يا مجالس قانون‌گذاري کشورها مورد حمایت قرار مي‌گيرد. در نظام گزارش‌دهی اجبارى که در آن خود افراد سوء مصرف‌کننده وضعیت خود را گزارش مى‌دهند، ارائه‌ى گزارش‌ها باید كامل انجام شود. کاهش پوشش‌دهی اطلاعات به‌دلیل ترس از گزارش‌دهی، کاهش کيفيت و وجود اشتباه عمدى در ارائه‌ى گزارشات از پيامدهای نظام گزارش‌دهی اجبارى به‌شمار مى‌رود (۳۳).

محريمانه بودن اطلاعات و مدارك پزشكى از قوانين و مقررات بسيار مهم برای مدیران سازمان‌های بهداشتی - درمانی به‌شمار مى‌رود. ذخیره‌سازی و کدگذاري سوابق و مستندات و نحوه‌ی دستيابي نهادها و سازمان‌های ذيصلاح به اين نوع مستندات و محدوديتهای اخلاقي و حقوقی ناشي از افشاء آن‌ها باید در هر کشور قانوني شده تا نگه دارندگان اطلاعات از بلا تکليفی در مورد نحوه‌ی به‌كارگيري اطلاعات خارج شوند (۳۸).

چالش‌های اخلاقي و حقوقی در مطالعات اپيدميولوژيک سوء مصرف مواد

ملاحظات مربوط به اخلاق در انجام پژوهش و حفظ مصونيت افراد از مخاطرات ناشي از پژوهش از قبيل عدم

^۱ Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)

روش‌ها و ابزارهای پژوهشی مورد استفاده در اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد در کشورهای توسعه‌یافته به روشنی مشخص شده است. در این کشورها، مطالعات اپیدمیولوژیکی به شیوه‌ای رهبری می‌شوند که به فرهنگ ملی و منطقه‌ای، ارزش‌های اخلاقی، سنت، مذهب و هنجرهای اجتماعی احترام گذاشته و حساس باشند. اما این موضوع در بعضی کشورهای در حال توسعه ابهامات خاصی داشته و به خوبی رعایت نمی‌شود. در هر صورت، مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی در رهبری پژوهش‌های اپیدمیولوژیکی، هدفمند و اختصاصی بودن این نوع پژوهش‌ها و عاری بودن از قضاوت‌های غرض‌آلد و غیر اخلاقی است (۴۳).

مطالعات اپیدمیولوژیکی بر روی داروها و مواد غیر مجاز و غیرقانونی مجموعه‌ی منحصر به‌فردی از چالش‌های اخلاقی را در حیطه‌ی محروم‌گی اطلاعات، مخفی نگه داشتن اسامی و مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه و به اشتراک‌گذاری داده‌ها به وجود می‌آورد. در هر صورت به‌نظر می‌رسد موضوع چالش‌های اخلاقی در مطالعات اپیدمیولوژیک هنوز در مرحله‌ی عدم بلوغ قرار داشته و بهره‌برداری از نظام اطلاعات سوء مصرف مواد و روش‌های ارزیابی سریع در مطالعات اپیدمیولوژیکی مربوط به آن در خلاء تئوریکی قرار گرفته است (۴۴، ۴۵).

با وجود چالش‌ها و مشکلات مطرح شده، امروزه مدل‌های معتبری از شبکه‌های اپیدمیولوژیکی در اقصی نقاط دنیا مشغول به کار هستند؛ مانند «شبکه‌ی اپیدمیولوژی آفریقای جنوبی در رابطه با سوء مصرف دارو»^۱، «گروه کاری اپیدمیولوژی بین‌المللی در زمینه‌ی سوء مصرف مواد»^۲ به عنوان یک گروه پژوهشی بین‌المللی به منظور نظرارت بین‌المللی بر سوء مصرف دارو و نظام کنترل سوء مصرف مواد در کشور مالزی، از بزرگ‌ترین و جامع‌ترین این سیستم‌ها در جهان است که به

این اطلاعات شخصی و محترمانه است و مسئولین ثبت اطلاعات نباید از آن‌ها سوء استفاده کنند. پژوهشگران به داشتن مصونیت رسمی ناشی از پیگرد قانونی در این نوع پژوهش‌ها نیاز دارند، زیرا ممکن است اطلاعات جمع‌آوری شده بدون دخالت و اراده‌ی آن‌ها فاش شوند. حق پرداخت غرامت ناشی از افشای اطلاعات باید برای افراد شرکت‌کننده در پژوهش در نظر گرفته شده و در غیر این صورت از همان ابتدا موضوع برای افراد مورد نظر شفاف‌سازی شود (۲۹). قوانین و مقررات مربوط به پرداخت حق خسارت به شرکت‌کنندگان در مطالعات اپیدمیولوژیکی سوء مصرف مواد از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. اما ماهیت این قوانین عموماً به گونه‌ای نیست که افراد را به اجبار وادار به شرکت در این مطالعات کند؛ اگرچه می‌توان با ایجاد انگیزه آن‌ها را تشویق نمود تا در این پژوهش‌ها شرکت کرده و از مزایای درمانی آن بهره‌مند شوند (۴۱). در این نوع مطالعات نمی‌توان با افراد شرکت‌کننده تبانی کرد؛ اما باید توضیح داد که یک شرکت‌کننده حق دارد در هر زمانی از مطالعه که تمایل داشت از همکاری صرف‌نظر کرده یا به برخی از سوالات ویژه پاسخ ندهد. باید توجه داشت که اعمال فشار بر روی افراد شرکت‌کننده جهت ارائه‌ی پاسخ به سوالات، موجب ارائه‌ی پاسخ‌های اشتباه و غیر واقعی خواهد شد. نتایج حاصل از این گونه مطالعات که سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد باید سریعاً به شیوه‌ای مناسب و فراگیر در اختیار نهادها و افراد مسئول قرار گیرد. افرادی که در مطالعات اپیدمیولوژیکی شرکت می‌کنند باید آگاه باشند که ارزیابی‌های به عمل آمده می‌تواند برای آن‌ها مشکل‌ساز باشد. این نوع مطالعات در خصوص سوء مصرف مواد سهواً افراد را با حواشی و برچسب‌ها و دیگر پیامدهای ناخواسته مواجه می‌سازد. بنابراین، در اجرای پژوهش‌های اپیدمیولوژیک باید دقت کافی به خرج داد و مصرف‌کنندگان مواد باید در مقابل نتایج و گزارشات به دست آمده از امنیت و مصونیت کافی برخوردار باشند (۴۲).

¹ South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDO)

² Inter national Epidemiology Work Group on Drug Abuse (IEWG)

نهادهای متولی سوء مصرف مواد در ایران

کشور ایران به این دلیل که سر راه یکی از مسیرهای مهم عبور مواد افیونی قرار دارد، یکی از قربانیان بزرگ سوء مصرف مواد در جهان به شمار می‌رود و با آن‌که در سه دهه اخیر شهدای زیادی برای مبارزه با این معضل تقديم کرده است، اما به نظر نمی‌رسد که نتایج حاصله برای مردم و مسئولین رضایت‌بخش باشد. این شرایط باید ما را به سمت تلاش و کوشش حداکثری در جهت شناخت عملی و واقعی موضوع سوق دهد (۵۰، ۵۱).

براساس سیاست‌های برنامه‌ی پنجم در حوزه‌ی مواد مخدر ضمن تأکید بر مبارزه همه‌جانبه با اعتیاد، توجه به مواد روانگردان و الكل بیش‌تر مورد اهمیت قرار گرفته است. مواد مخدر مهم‌ترین آسیب و معضل اجتماعی در کشور است که اقتشار وسیعی از جامعه و به خصوص خانواده‌ها را مورد هدف خود قرار داده است (۵۲). لذا پیشگیری از اعتیاد و آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی به مردم باید همچنان در اولویت فعالیت نهادهای ذی‌ربط باشد (۵۳).

زندان‌های سراسر کشور هم علاوه بر رویارویی با استرس و زمینه‌های روانی زندانیان، با چالش بزرگ اعتیاد نیز روبرو هستند. پنجاه درصد از ورودی‌های زندان‌ها مربوط به افراد معتاد است. افراد معتادی که از چارچوب زندان خارج می‌شوند، مراقبت چندانی از آن‌ها صورت نمی‌گیرد و در نتیجه باید نسبت به گسترش ناهنجاری از سوی آن‌ها نگران بود (۵۴).

در کشور ایران تا قبل از سال ۱۳۸۰ بیش‌تر فعالیت‌های پیشگیری و کنترل‌کننده بر مبنای دیدگاه حاکم در آن زمان، مبتنی بر محدودیت مقابله با عرضه و اقدامات انتظامی و قضایی قرار داشت. اما از سال ۱۳۸۰ به بعد وزارت بهداشت در سیاست‌های استراتژیک خود توانست پیشگیری از بروز و تشديد آسیب‌های اجتماعی و توجه به عوامل آسیب‌زا و کنترل ناهنجاری‌های اجتماعی از جمله اعتیاد را بگنجاند و به آن پای بند باشد و با تصویب آیین‌نامه‌ی راهاندازی مرکز

انجام مطالعات اپیدمیولوژیکی براساس سوء مصرف مواد در این کشور و به روز کردن اطلاعات می‌پردازد (۴۶).

محدودیت‌های قانونی حاکم بر نظام اطلاعات سوء مصرف مواد

در برخی از کشورها قوانینی وجود دارد که به موجب آن مؤسسات دولتی می‌توانند اطلاعات آماری مربوط به سوء مصرف کنندگان مواد را جمع‌آوری کنند. به عنوان مثال، در مرکز آمار کشور کانادا که چنین اطلاعاتی جمع‌آوری می‌شود، تدبیر امنیتی برای حفظ و نگهداری آن پیش‌بینی شده است و برای نقض قوانین رازداری یا محروم‌نگی اطلاعات توسط کارکنان نیز مجازات‌های سنگینی در نظر گرفته شده است. چنان‌چه چنین قوانینی در یک کشور به مورد اجرا در آید، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی نظام اطلاعات سوء مصرف مواد در قبال نهادهای قانون‌گذار و دادگاه‌های قضایی و جنایی مطلوب‌تر خواهد بود (۴۷).

دادگاه‌های قضایی مرتبط با سوء مصرف کنندگان مواد در کشور آمریکا نیاز به اطلاعات ارزشمندی جهت تصمیم‌گیری درباره‌ی موارد مختلف دارند. این نوع اطلاعات شامل جنبه‌های مختلف گذشته و حال افراد است. اما این دادگاه‌ها، در ارتباط با جمع‌آوری داده‌ها، دستیابی و بازیابی اطلاعات دارای مشکلات و معضلات خاصی هستند؛ از جمله این‌که سازمان‌ها و بنگاه‌های جمع‌آوری‌کننده اطلاعات در ارتباط با دستورالعمل‌های قانونی جهت ارائه اطلاعات به دستگاه‌های قضایی و دادگاه‌های جنایی محدودیت دارند.

قوانين و دستورالعمل‌های محروم‌نگی اطلاعات، انتقال انواع مختلف اطلاعات بین ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، دادگاه‌ها و دیگر بنگاه‌ها را با محدودیت روبرو می‌سازد. بسیاری از عناوین اطلاعاتی مورد نیاز دادگاه‌ها به طور معمول به شکل اتوماسیون نگه داری نمی‌شوند و به سرعت قابل دستیابی، تحلیل، پایش و ارزشیابی نیستند (۴۸، ۴۹).

برابر گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۵۰ مرکز خصوصی درمان اعتیاد در کشور وجود دارد که در مقایسه با مراکز دولتی دارای نسبت ۹۰ به ۱۰ درصد است. مراکز سه زدایی سرپایی، مراکز درمان اقامتی، جمعیت‌های خیریه‌ی ترک اعتیاد و دیگر سازمان‌های مردم‌نهاد از اصلی‌ترین مراجعی هستند که سوءصرف کنندگان مواد به آنجا مراجعته می‌کنند.^(۶۲)

وزارت بهداشت نیز اعلام کرده است که مراکز ترک اعتیاد تحت نظر سازمان بهزیستی کمتر از ده درصد معتادان را تحت پوشش درمان نگهدارنده با متادون قرار می‌دهند و ۹۰ درصد معتادان در این مراکز فقط سهم زدایی می‌شوند که اعتیاد در ۹۰ درصد آن‌ها دوباره عود می‌کند.^(۶۳)

چالش‌ها و محدودیت‌های نظام اطلاعات سوءصرف مواد در کشور

به‌نظر می‌رسد علیرغم وجود مراکز و مؤسسات یاد شده در کشور، هنوز برنامه‌های راهبردی و مدون جهت هماهنگی این مراکز و مؤسسات با یکدیگر و ایجاد هماهنگی بین بخشی به منظور گزارش و ثبت موارد در قالب تشکیل یک نظام اطلاعات سوءصرف مواد تدوین نشده است.^(۶۴)

در مطالعه‌ای که توسط وزارت بهداشت با همکاری UNODC در سال ۱۳۸۰ انجام شد، برای نخستین بار نمونه گیری بسیار وسیعی در سطح کشور از مراجعان به اورژانس‌ها در ۸۵ شهرستان در کلیه استان‌ها صورت گرفت که در نتیجه، وجود الگوی کوه یخ در پژوهش‌های مربوط به سوءصرف مواد به تأیید رسید. در این پژوهش تعداد معتادان ۱۶۰/۰۰۰ نفر اعلام شد که با آمار اعلام شده توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر [۱۲۰/۰۰۰ نفر] قرابت دارد. اما، قاعده‌ی هرم در اختیار افراد مصرف‌کننده‌ی تفننی یا سوءصرف‌کننده‌ی مواد (غیر معتاد) قرار گرفته که در این صورت تعداد زیادی از افراد که مصرف نامنظم‌تری داشته و زندگی خانوادگی، شغلی و اجتماعی آن‌ها به درجات مختلف تحت تأثیر مواد قرار گرفته است تا به حال از نظر دور مانده

درمان سوءصرف مواد به امر ساماندهی، پیشگیری و درمان سوءصرف مواد در کشور پردازد (۵۵، ۵۶).

ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۶۷ با هدف پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با قاچاق مواد مخدر و برنامه‌های پیشگیری و آموزشی علیه سوءصرف مواد تأسیس شد. در اهداف، وظایف و راهبردهای این ستاد، راه اندازی نظام اطلاعات سوءصرف مواد پیش‌بینی نشده است.^(۵۷)

سازمان بهزیستی کشور از مهم‌ترین نهادهای دولتی است که پس از پیروزی انقلاب اسلامی از ادغام شانزده سازمان، نهاد، مؤسسه و انجمن به منظور بازپروری و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی تشکیل شد. مأموریت این سازمان اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و عوارض بهداشتی و اجتماعی ناشی از اعتیاد و پیشگیری آن از طریق آموزش معتادان پر خطر و خانواده‌های آن‌هاست.^(۵۸) سازمان بهزیستی دارای امکانات و قابلیت‌های زیادی در رابطه با درمان، بازتوانی، پیشگیری از اعتیاد و مشاوره است. دفتر پیشگیری و امور اعتیاد سازمان مذبور یکی از فعالیت‌های عمده‌ی خود را به موضوع پیشگیری، درمان، کاهش زیان و انجام پژوهش‌های کاربردی در مورد اعتیاد اختصاص داده است.^(۵۹)

مرکز ملی مطالعات اعتیاد^۱ در اهداف سازمانی خود انجام پژوهش‌های کاربردی «بنیادی» اپیدمیولوژیک و بالینی در زمینه‌ی اعتیاد، مطالعه و پایش وضعیت سوءصرف مواد و تغییرات آن در کشور و ارائه راهکارهای مناسب برای کنترل سوءصرف مواد را تعریف کرده است.^(۶۰)

در آیین‌نامه‌ی راهاندازی مراکز درمان سوءصرف مواد آمده است که مراکز و درمانگاه‌های دولتی و خصوصی موظف هستند گزارشات صحیح کتبی و ماهانه‌ی سوءصرف دارو را به مراجع قانونی مانند وزارت بهداشت ارائه کنند و بر چگونگی ثبت داروهای افیونی در دفتر ثبت داروهای مخدر نظارت نمایند.^(۶۱)

^۱ Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS)

چارچوب پاسخگویی نظام سلامت را در هشت حیطه‌ی استقلال فردی، رعایت شان انسانی، دسترسی سریع، حق انتخاب، شفافیت در ارتباط، رازداری، کیفیت محیط ارائه‌ی خدمات و دسترسی به حمایت خانواده و حمایت اجتماعی در نظر گرفته است. ارتقای پاسخگویی نظام سلامت، باعث افزایش احساس آسایش و همکاری بهتر مردم در ارائه و بهره‌گیری از خدمات سلامت می‌شود. اندازه‌گیری و ارزیابی حیطه‌های مختلف پاسخگویی در جامعه با ایجاد نظام اطلاعات پویا، فعال و فراگیر، اطلاعات مفیدی را برای سیاست‌گذاران فراهم خواهد آورد.^(۳۵)

انتخاب مناسب‌ترین نظام اطلاعات از جمله نظام اطلاعات سوء مصرف مواد در هر کشور به عوامل مختلفی از جمله وجود نهادهای متولی، تمایل آن‌ها به اجرای عملیات، منابع موجود و شاید مهم‌تر از همه، اهداف طراحی نظام بستگی دارد. چنانچه زیر ساخت‌های مناسب جهت ایجاد یک نظام اطلاعات سوء مصرف مواد وجود داشته و محل استقرار آن هم در جایی باشد که بیشترین تماس را با سوء مصرف کنندگان مواد داشته باشد، احتمال موقفيت آن افزایش می‌یابد.^(۶۹، ۷۰)

براساس نتایج حاصل از این پژوهش، به‌نظر می‌رسد گرآوری اطلاعات آماری و گزارش‌دهی سوء مصرف کنندگان مواد، اطلاعات بهدست آمده در بسیاری از موارد جامع‌نگر و تعمیم‌پذیر به کل جامعه نبوده و در نتیجه امکان کنترل و پیشگیری صحیح از سوء مصرف مواد وجود ندارد. از سوی دیگر، وجود بعضی چالش‌های حقوقی و اخلاقی و ابهام در قوانین و مقررات مربوط به نظام اطلاعات سوء مصرف مواد و بی‌توجهی به رعایت اصل محترمانگی و رازداری در نظام گزارش‌دهی و مطالعات اپیدمیولوژیک بهویژه در کشورهای در حال توسعه باعث شده تا فعالیت این نوع نظام‌ها با ملاحظات اخلاق پزشکی در تضاد قرار گیرد و پیامدهای نامناسب و ناگواری را برای سوء مصرف کنندگان مواد فراهم آورد.

که ممکن است از قاعده به راس هرم منتقل شوند. پژوهشگران پیشنهادهایی را از جمله برنامه‌ریزی کشوری درخصوص ثبت و ارائه‌ی گزارش سوء مصرف مواد نسخه‌ای ارائه کردند.^(۳۶)

شمار سوء مصرف کنندگان مواد در بین دانشجویان هم ناشناخته است. منبع اصلی اطلاعات مربوط به سوء مصرف مواد در میان این قشر از افراد، اعترافات خود دانشجویان در پرسشنامه‌های مربوطه است. اگرچه اعتبار این داده‌ها به میزان صداقت و راستگویی پاسخ‌دهندگان بر می‌گردد، باید تأکید کرد که هیچ‌یک از یافته‌های حاصل از بررسی‌های آماری درباب مواد مخدر چندان مبتنی بر صداقت مشارکت کنندگان نیست. با توجه به نفوذ میزان ورود مواد مخدر در جامعه، لازم است تا خط‌مشی‌های لازم برای تشکیل نظام اطلاعات سوء مصرف مواد تدوین شود.^(۶۵)

در مطالعات بعدی نیز مشخص شد که حدود ۵۰ درصد از کاربران اطلاعات بیمارستانی نسبت به قابلیت سیستم اطلاعات بیمارستانی در کمک به تصمیم‌گیری و سیاست گذاری تردید دارند.^(۶۶) درگاهی و همکاران در سال ۱۳۸۶ اعلام کردند که مهم‌ترین موانع ایجاد پرونده‌ی الکترونیک، قابلیت پایین تجهیزات و نظام اطلاعات موجود، بازگشت کم سرمایه‌گذاری‌های انجام‌شده، فقدان بودجه‌ی مناسب و فقدان استانداردهاست.^(۶۷)

سازمان‌های پزشکی قانونی در کشورهای مختلف باید به فکر تهیه و تدوین خط‌مشی‌های جدیدی برای ثبت، تفسیر و تأیید برگه‌های مرتبط با سوء مصرف مواد باشند تا بدین‌وسیله هم پزشکان بتوانند به‌طور کامل و جامع گواهی مرگ صادر کنند و هم اطلاعات لازم برای انجام امور پژوهشی مؤثر و کارآمد مهیا باشد.^(۶۸)

نتیجه‌گیری

پاسخگویی نظام سلامت در توانایی این نظام در برآورده کردن توقعات مشروعی بروز پیدا می‌کند که جامعه از تعاملات خود با این نظام دارد. سازمان جهانی بهداشت

منابع	تشکر و قدردانی
۱- شکری زاده ل. مطالعه تطبیقی نظام اطلاعات پزشکی قانونی در کشورهای منتخب. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ سال تحصیلی ۱۳۸۴-۱۳۸۳.	بدین وسیله از همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان محترم مرکز تحقیقات اخلاق تاریخ پزشکی و مرکز مطالعات اعتماد دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تهیه و تدوین این اثر کمک شایانی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.
۲- بهان ک و هولمز و. آشنایی با تکنولوژی اطلاعات. ترجمه مجید آذرخش و جعفر مهرداد. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۷۷.	
۳- مهدوی م ب. تکنولوژی اطلاعات و اطلاعات تکنولوژی. تهران، نشر چاپار؛ ۱۳۷۹.	
4- Russell LA. Not what we were in 1928: a new professional definition. <i>J AHIMA</i> 2001; 72 (4): 4.	
5- Porter L, Curran WJ, Arif A. Comparative review of reporting and registration legislation for treatment of drug and alcohol dependent persons. <i>Int J Law Psychiatry</i> 1986; 8 (2): 217–27.	
6- Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB. <i>Katzung & Trevor's Pharmacology</i> . London: McGraw Hill Medical; 2008.	
7- ماسوری ن. مطالعه تطبیقی نظام ملی مراقبت بیماری‌های عفونی گزارش دادنی. پایان نامه دکتری مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۳.	
8- Anonymous. National Alcoholism Drug Addiction Information. http://www.addictioncarepoints.com (accessed on 2010).	
9- Arroyave F, Little D, Letemendia F, De Alarcon R. Misuse of heroin and methadone in the city of Oxford. <i>Br J Addict Alcohol Other Drugs</i> 1973; 68 (2): 129–35.	
10- Johns ML. <i>Information Management for Health Professionals</i> . New Delhi: Delmar; 1997.	
11- Latour KM, Einchenwald S. <i>Health Information Management: Concepts, Principles and Practices</i> , 2 nd ed. Chicago,	

- performance measures for a current awareness report composition aid. Inf Process Manag 2007; 43 (4): 1030-43.
- ۲۴- علیجانی ر. نظام‌های اطلاعاتی و مفاهیم مرتبط. تهران: نشر چاپار؛ ۱۳۸۷.
- ۲۵- جعفر خانی ا. برنامه‌ریزی استراتژیک فناوری اطلاعات: نگرش زیر ساختی به فناوری اطلاعات در سازمان. پترون: جامعه اطلاعاتی خانواده بزرگ صنایع پتروشیمی، www.pronet.ir
- ۲۶- استون م، هنسون گ. پژوهشی علمی کاربردی درباره مواد مخدر. ترجمه‌ی باصری ع ا. تهران: نشر وفاق؛ ۱۳۸۴.
- ۲۷- رحیمی موقر آ. اعتیاد در ایران. گزارش آماری مراکز درمانی معتمدان، پروژه مشترک معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و سازمان ملل متحد. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی؛ ۱۳۸۰.
- ۲۸- مک لوید ر. سیستم‌های اطلاعات مدیریت. ترجمه‌ی جمشیدیان م و مهدی پور عطا آبادی ا. اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۷۸.
- 29- Navaratnam V, Foong K. Development and application of a system for monitoring drug abuse: the Malaysian experience. Bull Narc 1989; 41(1-2): 53-65.
- 30- Fitzgerald J, Hamilton M. The consequences of knowing: ethical and legal liabilities in illicit drug research. Drug and Alcohol Research & Teaching Unit, Department of Public Health & Community Medicine, University of Melbourne. <http://www.sciencedirect.com> (accessed on 1999).
- 31- Smart RG, Ogborne A. Losses to the addiction notification system. Br J Addict Alcohol Other Drugs 1974; 69 (3): 225-30.
- 32- Mott J, Caddle D, Donmall M. A comparison of doctors' practice in notifying addicts to the Home Office and reporting to the North Western Drug Misuse Database. Addiction 1993; 88 (2): 249-56.
- 33- Harman LB. American Health Information Management Association. Illinois: American Management Association; 2002.
- 12- Irving R, Hughes PH. Drug Abuse Reporting Systems. Geneva: World Health Organization, 1980.
- 13- Camp JM, Krakow M, McCarty D, Argeriou M. Substance abuse treatment management information systems: balancing federal, state, and service provider needs. J Ment Health Adm 1992; 19 (1): 5-20.
- ۱۴- شیخ‌خواندی د. جامعه شناسی انحرافات. تهران: نشر افق؛ ۱۳۷۳.
- ۱۵- رحیمی موقر آ، محمد ک، رزاقی ع م. روند سوء مصرف مواد در دهه‌های اخیر در ایران. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور؛ ۱۳۸۰.
- ۱۶- رزاقی ع م، رحیمی موقر آ. راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد، چاپ دوم. تهران: معاونت فرهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ ۱۳۷۹.
- 17- Anonymous. World Drug Report. Vienna: United Nations Publications; 2005.
- ۱۸- اقتاری ف. هجوم اعتیاد تا مرز کودکی، سن اعتیاد در ایران پائین آمده است. روزنامه جام جم، یکشنبه ۲۲ فروردین ۱۳۸۹
- <http://Farmhand.Parsiblog.com/1608783.htm>
- 19- Anonymous. Terminology used in reporting abuse-related adverse drug reactions. WHO Expert Committee on Drug Dependence, Geneva: World Health Organization; 2003 (WHO Technical Report Series, No. 915).
- ۲۰- رستمی ر. بار اعتیاد در ایران. www.aftab.ir/articles/social/psychopathology/c4c/24/930438-addiction-p1.php
- ۲۱- شعبانی ا، چشمہ سهرابی م. علم اطلاعات و جامعه اطلاعاتی. تهران: نشر دیزیش؛ ۱۳۸۶.
- ۲۲- گرامی مر، سور علیزاده ح م. تعالی سازمان‌ها، الگوی تعالی بنیاد مدیریت کیفیت. تهران: نشر آهار؛ ۱۳۸۶.
- 23- Krichel T. Information retrieval

- Publication; 2005.
- 45- Thacker SB, Stroup DF. Future directions for comprehensive public health surveillance and health information systems in the United States. *Am J Epidemiol* 2007; 166 (5): 383–97.
- 46- Pluddemann A, Doda S, Parry C, Bhana A, Lauren A. Monitoring alcohol and drug abuse trends. South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): Medical Research Council; 1997.
- 47- Anonymous. Enabling Legislation. Office of National Drug Control Policy (ONDCP). <http://www.Whitehousedrugpolicy.gov> (accessed on 2010).
- 48- Anonymous. Drug Court Management Information Systems. <http://www.ncjrs.gov/html/bja/monitor/dc mis.htm> (accessed on 2010).
- 49- Sherin KM, Mahooney B. Treatment Drug Courts: Integrating substance abuse treatment with legal care processing (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 23). Washington, DC: Substance abuse and Mental Health Service Administration, Department of Health and Human Services; 1996.
- ۵۰- واثقی م. مواد مخدر و اعتیاد. تهران: انتشارات گلهای محمدی؛ ۱۳۸۰.
- ۵۱- مهریار ا.، جزایری م. اعتیاد، پیشگیری و درمان. تهران: انتشارات پیکان؛ ۱۳۸۵.
- ۵۲- احمدی مقدم ا. اتاق‌های فکر سبب تعامل نخبگان و مجریان در ستاد مبارزه با مواد مخدر هستند. www.dchq.ir/html/modules
- ۵۳- احمدی مقدم ا. مواد اعتیاد آور جدیدی شناسایی نکرده ایم. www.Police.ir/Portal/Home>Showpage
- ۵۴- خرمگاه ح م، فرنیا م. زندانیان در حصار سه مشکل. روزنامه جام جم، یکشنبه ۲۲ فروردین ۱۳۸۹
- www.jamejamonline.ir/papertext.aspx?newsnum=100872203681
- ۵۵- بدون نام. سیاست‌های استراتژیک وزارت بهداشت Ethical Challenges in the Management of Health Information, 2nd ed. USA: Jones & Bartlett Learning; 2006.
- 34- Coleman AK. The Drug and Alcohol Forum. An ethical decision making model for practitioners. University of Pittsburgh, Centers for Education and Drug Abuse Research, 2010. <http://www.pitt.edu/~cedar/forum/coleman.html> (accessed on 2010)
- ۳۵- اصغری ف، مجذ زاده ر. مفهوم و اهمیت پاسخگویی در نظام سلامت. مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۴؛ ویژه نامه اخلاق پزشکی: ۲۴-۱۵
- 36- Razzaghi EM. Epidemiology of drug use in Iran. United Nations office on Drugs and Crime (UNODC). <http://www.unodc.org> (accessed on 2010).
- 37- Warner-Smith M. The challenge of developing drug information systems in Africa. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for Southern Africa, Pretoria, 2003. www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin_2003_01_01_1_Art9.pdf (accessed on 2010)
- 38- Willard A. An overview of Ethical Issues Regarding the Privacy of Medical Records. Issues of Medical Record Confidentiality. <http://www.associatedcontent.com> (accessed on 2010).
- 39- Sloboda Z. Epidemiology of Drug Abuse. Springer; 2005.
- 40- Craig F, Wayne H. Ethical Considerations for Drug Abuse Epidemiological Research. New York: Springer; 2005.
- 41- Anonymous. Guide to drug abuse epidemiology. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 42- Brenner SA, Noji EK. Tornado injuries related to housing in the painful tornado. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 44-9.
- 43- Campton WM, Thomas YF, Conway KC, Colliver JD. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1496-1502.
- 44- Lindsey Fry C, Hall W. United Nations Office o Drugs and Crime, Global Assessment Programme on Drug Abuse. Ethical Challenges in Drug Epidemiology: Issues, Principles and Guidelines. Springer

- ۶۴- آقایی م. شناسایی ۵۰ هزار معتاد در آذربایجان شرقی. روزنامه جام جم، ۲۸ فروردین ماه ۱۳۸۹.
www.jamejamonline.ir/papertext.aspx?newsum=100872715380
- ۶۵- محمودی م، آراسته ح. پیشگیری از سوء استفاده از مواد مخدر در بین دانشجویان: رویکرد جامع. چکیده مقالات همایش سراسری اعتیاد، چالش‌ها و درمان‌ها؛ دانشگاه علوم پزشکی زنجان؛ سال ۱۳۸۱.
- ۶۶- کیمیاف خ، مرادی غ. ر. کیفیت اطلاعات از دیدگاه سیستم اطلاعات بیمارستانی در بیمارستانهای آموزشی مشهد. مجله مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۶؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۵۲-۴۳.
- ۶۷- درگاهی ح، صدری ر، محمودی م و محمدزاده ن. راهکارهای توسعه فناوری اطلاعات در نظام سلامت. مجله پیاورد سلامت ۱۳۸۶؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۱۲-۱۱.
- ۶۸- Stephens BG, Jentzen JM, Karch S, Wetli CV, Mash DC. National Association of Medical Examiners position paper on the certification of cocaine – related death. Am J Forensic Med Pathol 2004; 25(1): 11-3.
- ۶۹- باصری ع. پژوهشی علمی کاربردی درباره مواد مخدر. تهران: نشر وفاق؛ ۱۳۸۴.
- ۷۰- بدون نام. تعاریف و مفاهیم استاندارد آماری. مرکز آمار ایران.
<http://tar.sci.org.ir/taarif/showitemlist.php>

- درمان و آموزش پزشکی. www.behdasht.gov.ir
- ۵۶- بدون نام. آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، معاونت درمان <http://vct.qums.unv.behdasht.gov.ir>
- ۵۷- Anonymous. Performance of Iranian National Drug Control Headquarters in Fourth Development Plan 2005 – 2009. Iranian National Drug Control Headquarters. <http://www.dchq.ir> (accessed on 2010).
- ۵۸- بدون نام. معرفی سازمان بهزیستی کشور. www.behzisti.ir/pages/?id=10
- ۵۹- بدون نام. خدمات معاونت امور فرهنگی و مشارکتهای مردمی. www.behzisti.ir/news/show.aspx?id=9127
- ۶۰- بدون نام. اهداف مرکز ملی مطالعات اعتیاد. www.m-stu-psy.blogfa.com/post-58.aspx
- ۶۱- بدون نام. آئین نامه راه اندازی مرکز درمان سوء مصرف مواد. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. www.zums.ac.ir
- ۶۲- صفاتیان س. مراکز اقامتی ترک اعتیاد محروم از یارانه. روزنامه جام جم، شماره ۲۸۱۶، شنبه ۲۱ فروردین ۱۳۸۹.
- www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsum=100872157048
- ۶۳- وزیریان م. مراکز ترک اعتیاد ۹۰ درصد معتادان را فقط سم زدایی می‌کنند. www.aftab.ir/news/2005/nov/09/c4c11315