

## چالش‌های اخلاق پزشکی در نظام اطلاعات سوء مصرف مواد

حسین درگاهی\*<sup>۱</sup>، رضا صفدری<sup>۲</sup>، سعید اصغریان<sup>۳</sup>

### 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 مصرف‌کنندگان 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 جست‌وجوگر Elsevier، Ovid، Medline، PubMed، Google، 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 مصرف‌کنندگان 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 محرمانگی 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 محرمانگی و رازداری اطلاعات تهیه و تدوین نمایند.

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

<sup>۱</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

\* نشانی: تهران، خیابان قدس، کوچه فر دانش، پلاک ۱۳، تلفن: ۰۸۸۹۶۵۶۰۸، Email: hdargahi@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

## تاریخچه

بسیاری از تاریخ‌نویسان اعتقاد دارند که یکی از مشخصات تمدن‌های مرفعی، توانایی آن‌ها در تولید و کاربرد مؤثر اطلاعات است. بیش از ۵۰۰ سال پیش، سرخ پوستان «اینکایی» آمریکای جنوبی پدیدآورنده‌ی نظام‌های اطلاعات نسبتاً جامعی مانند «پایگاه عرضه‌ی اطلاعات»<sup>۱</sup> و مدل‌های پردازش داده‌ها بودند. بدین شکل که این سیستم از هزاران 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 یاری‌دهنده‌ی حافظه‌ی ارقام و اطلاعات توصیفی به‌وجود آورده بودند. کسانی که این‌گونه نظام‌های اطلاعات را ایجاد کردند Quipus Amayous خوانده می‌شدند که در واقع همان پیشروان تحلیل‌گر نظام اطلاعات امروز هستند (۱). نظام اطلاعات ریشه در تصاویر غارها نیز دارد، به‌طوری که اعضای قبایل بدوی با استفاده از این تصاویر داد و ستدهای خود را در سطح اندک انجام می‌دادند (۲).

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 فرآورده‌های کارخانه‌ها انجامید. افزایش اندازه و پیچیدگی سازمان‌های تولیدی نیاز به وسایل و تجهیزات پردازش داده‌ها را برای اداره‌ی این سازمان‌ها بیش‌تر کرد. از یک‌سو مدیران این سازمان‌ها جهت تصمیم‌گیری به اطلاعات بیش‌تری نیاز داشته و از سوی دیگر سرمایه‌گذاران

نیز به اطلاعات سازمان و نحوه‌ی 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 به‌عهده 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 سوء مصرف مواد

سوء استفاده از مواد یا سوء مصرف 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 سوء مصرف‌کننده مضر باشد. انگیزه‌ی سوء استفاده از مواد، احساس پیش‌بینی شده‌ای است که به دلیل لذت ناشی از تأثیر دارو بر سیستم اعصاب مرکزی حاصل می‌شود (۶).

## معرفی نظام اطلاعات سوء مصرف مواد

نظام اطلاعات سوء مصرف مواد نیز به نظام‌هایی اطلاق می‌شود که داده‌های مربوط به اطلاعات سوء مصرف مواد را از مؤسسه‌ای که مصرف‌کنندگان به‌طور معمول به آنجا مراجعه دارند، جمع‌آوری، تحلیل و گزارش می‌کند. 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 پزشکان جملگی ملزم هستند تا گزارش دهند فرد مراجعه‌کننده معتاد به مواد است یا این‌که در حال مصرف غیر درمانی دارو است (۷).

نظام‌های اطلاعات به‌صورت بین‌المللی یا منطقه‌ای و بر

<sup>1</sup> 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 به دلیل 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 پی در پی یا در فواصل زمانی معین و خاص به نهادهای ذیربط جهت مقایسه‌ی تحلیل ارسال می‌شوند. این نهادها شامل گروه‌های پژوهشی در سطح ملی و جهانی، سازمان‌های دولتی یا گروه‌های غیر رسمی مانند جمعیت‌های خیریه یا سازمان‌های مردم نهاد ترک اعتیاد هستند. نظام‌های اطلاعات سوء مصرف مواد دارای ویژگی‌های عمده‌ای 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 متقاضیان 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 ذیربط و تعیین نیاز این افراد به انواع خدمات مانند درمان سرپایی، درمان بستری، بازتوانی، سم زدایی، اقامت و غیره، فعالیت‌های انجام شده و ارائه‌ی

حسب تعداد جمعیت 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 این‌گونه نظام‌های اطلاعات، ارائه‌ی گزارشات منظم و دوره‌ای، حداقل سالی یکبار، بر حسب گرایش‌ها 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،

سالانه‌ی سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون نفر طی ۶ ماه اخیر تجربه‌ی حداقل یک بار سوء مصرف مواد را داشته‌اند که فراوانی آن در ایران ۲/۸ درصد است (۱۷). با همه‌ی تمهیدات و تدابیر اعمال شده، نهادهای مسؤول و متولی مبارزه با مواد مخدر اذعان دارند که سوء مصرف مواد در کشور هم چنان رو به رشد است (۱۸).

سوء مصرف مواد در یک جامعه را می‌توان از سه طریق پیشگیری کرد. پیشگیری نخستین به شناسایی مواد و سوء مصرف کننده و جلوگیری از سوء مصرف 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 حداقل رساندن برخی از تأثیرات بیماری یا مشکلات اجتماعی و رفتارهای زیان‌بخش ناشی از مصرف مواد است (۱۹).

همان‌گونه که ذکر شد، نخستین گام در راه مبارزه با پیشگیری و کنترل یک پدیده‌ی اجتماعی، شناسایی صحیح و کامل این پدیده است تا بر مبنای آن برنامه‌ریزی مناسب امکان‌پذیر باشد. طراحی نظام اطلاعات سوء مصرف 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 معنی‌دار 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 زمینه‌ی کنترل و مدیریت سوء مصرف مواد، شناسایی گروه‌های پرخطر جدید، شناسایی داروهای جدید که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند و پیدایش عوارض جدید دارویی. از ۱۵ کشور عضو اتحادیه‌ی 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 سوء مصرف دارو در کشور آمریکا، نظام اطلاع‌رسانی داروهای مخدر در کشور استرالیا، مرکز ثبت داروهای مخدر در هنگ کنگ، نظام داده‌های الحاق شده‌ی بین‌المللی در کشور مالزی و نظام ثبت اسناد بین‌المللی برای معتادان به هروئین در میانمار، نمونه‌هایی از نظام‌های اطلاعات پیشرفته در زمینه‌ی سوء مصرف مواد به‌شمار می‌روند. به هر صورت، مزایای نظام‌های اطلاعات سوء مصرف مواد مهم‌تر از هزینه و پیچیدگی آن‌هاست، اگر چه ممکن است برای تمامی کشورها مناسب یا کاربردی نباشد (۸).

#### اهمیت نظام اطلاعات سوء مصرف مواد

پدیده‌ی شوم سوء مصرف مواد جدا از هزینه‌های سرسام‌آوری 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. سوء مصرف مواد در همه‌ی اقشار و گروه‌های مختلف جمعیت دیده می‌شود (۱۴).

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 (۱۵). عوامل متعددی به‌عنوان زمینه‌ساز سوء مصرف مواد ذکر شده‌اند. به‌نظر می‌رسد در جمعیت معتادان، یکی از عوامل زمینه‌ساز اعتیاد، وجود نگرش مثبت افراد این گروه نسبت به مواد مخدر باشد (۱۶). 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 به‌دنبال 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 به‌وجود 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 اولین بار 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, Elsevier, Ovid, Medline, 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, information system و medical ethics 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).

یک مقطع زمانی به آن‌ها نیاز است اما مورد استفاده قرار نمی‌گیرند و در دیگر مقطع زمانی که به‌کارگیری 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 امکان‌پذیر 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. «آرویوا» 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؛ به‌ویژه نظام گزارش‌دهی حوادث که در آن افراد قابل شناسایی نیستند. دفتر ثبت مواد مخدر شهر نیویورک تدابیر 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 به‌شمار می‌رود (۳۳).

کارکنان مرتبط با نظام گزارش‌دهی سوء مصرف مواد، دارو و الکل در فعالیت روزانه‌ی خود به‌صورت فزاینده‌ای با چالش‌های اخلاقی و حقوقی روبه‌رو هستند. به‌ویژه 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 به‌کار گیرند و بهترین خدمات را در بهترین شرایط به مشتریان خود ارائه دهند (۳۴).

«اصغری» و «مجدزاده» در پژوهش خود اعلام کردند

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<sup>۱</sup> 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 به‌عمل آمد که در آن ۵۲۵۴ نفر مراجعه‌کننده به‌صورت پی در پی تحت مصاحبه به‌وسیله‌ی پزشکان آموزش دیده از نظر سوء مصرف، نوع مواد و اعتیاد قرار گرفته و از میان افرادی که مدعی عدم سوء مصرف مواد بودند نیز به‌طور تصادفی آزمون ادرار از نظر جست‌وجوی مواد افیونی انجام شد. از نکات مهمی که پژوهشگران مطرح کردند، احتمال عدم تعمیم‌پذیری اطلاعات اخذ شده از مراجعان به بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها به کل جمعیت کشور و دیگری روایی روش به‌کار رفته است (۳۶).

امروزه، در کشور آفریقای جنوبی چالش‌های متعددی در راه به‌کارگیری 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 روبه‌روست. 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

<sup>1</sup> United Nations Office On Drug and Crime

رعایت محرمانگی اطلاعات باید به دقت در اپیدمیولوژی سوء مصرف مواد مورد توجه قرار گیرد. تمام مطالعات اپیدمیولوژیکی باید در جهت ترویج استانداردهای اخلاقی هر جامعه و مطابق با معیارهای لازم صورت گیرد. دستورالعمل کلی در تمام پژوهش‌های اپیدمیولوژیکی جلوگیری از هر گونه آسیب‌های رفتاری و اخلاقی به افراد مورد مطالعه توسط پژوهشگران است. امروزه، قوانین و دستورالعمل‌های ویژه‌ای برای رعایت ملاحظات اخلاقی در مطالعات اپیدمیولوژیکی در سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی تهیه شده است.

«شورای سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی»<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۱ دستورالعملی را تدوین نمود که به موجب آن باید قبل از شروع هر پژوهش در زمینه‌ی سوء مصرف مواد ملاحظات اخلاقی مد نظر قرار گیرد (۳۹).

در این دستورالعمل مشخص شد افراد مورد مطالعه باید داوطلبانه، آزادانه و با رضایت قبلی در طرح‌های پژوهشی شرکت کنند. لذا اهداف، مزایا، خطرات، طول مدت، روش‌ها و راهکارهای پژوهشی برای افراد مربوطه باید با زبان ساده و قابل فهم تشریح شده و از به‌کارگیری لغات و اصطلاحات خاص و قانونی خودداری شود. به افراد مورد مطالعه باید آگاهی داد که حق انتخاب دارند تا از روی تمایل و رغبت در پژوهش شرکت کنند. این اطلاعات را باید برای تمامی افراد مورد نظر به صورت مکتوب درآورد و در صورت لزوم برای افراد بی‌سواد نیز به صورت شفاهی توضیح داد. برخی از کشورهای در حال توسعه تجربه‌ی محدودی در این‌گونه مطالعات داشته و بسیاری از پژوهشگران نیز با این نوع پژوهش‌ها آشنایی کافی ندارند (۴۰).

طراحی مطالعات اپیدمیولوژیکی و شیوه‌ی اجرای آن‌ها باید به اندازه‌ای مطمئن باشد که اطلاعات شخصی افراد حتی توسط کارکنان و نهادهای مجاز نیز قابل ارائه و فاش شدن نباشد. تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه باید مطلع باشند که

است. بدین معنی که هیچ نوع اطلاعاتی در این نظام چه از نظر قانونی مورد نیاز باشد و چه امکان دسترسی به آن‌ها توسط خود افراد ثبت شده وجود داشته باشد، نباید فاش شود. البته این موضوع بستگی به قوانین و منشور اخلاقی کشورهای مختلف دارد.

در برخی از کشورها نظیر آمریکا و کانادا، تدابیر منظم و مدونی به منظور رعایت رازداری و محرمانگی مدارک پزشکی بیماران سوء مصرف‌کننده‌ی مواد وجود دارد. به عبارتی، مدارک پزشکی این بیماران بدون مجوز و اجازه آن‌ها فاش نمی‌شود. این مجوز باید کتباً توسط خود بیمار صادر شده و بیان‌کننده‌ی اهداف ناشی از فاش شدن اطلاعات باشد. همچنین، اتخاذ تدابیر امنیتی در طراحی هر نوع نظام اطلاعات و گزارش‌دهی صورت گرفته و توسط دستورالعمل‌های دولتی، یا مجالس قانون‌گذاری کشورها مورد حمایت قرار می‌گیرد. در نظام گزارش‌دهی اجباری که در آن خود افراد سوء مصرف‌کننده وضعیت خود را گزارش می‌دهند، ارائه‌ی گزارش‌ها باید کامل انجام شود. کاهش پوشش‌دهی اطلاعات به دلیل ترس از گزارش‌دهی، کاهش کیفیت و وجود اشتباه عمدی در ارائه‌ی گزارشات از پیامدهای نظام گزارش‌دهی اجباری به‌شمار می‌رود (۳۳).

محرمانه بودن اطلاعات و مدارک پزشکی از قوانین و مقررات بسیار مهم برای مدیران سازمان‌های بهداشتی - درمانی به‌شمار می‌رود. ذخیره‌سازی و کدگذاری سوابق و مستندات و نحوه‌ی دستیابی نهادها و سازمان‌های ذیصلاح به این نوع مستندات و محدودیت‌های اخلاقی و حقوقی ناشی از افشای آن‌ها باید در هر کشور قانونی شده تا نگه دارندگان اطلاعات از بلا تکلیفی در مورد نحوه‌ی به‌کارگیری اطلاعات خارج شوند (۳۸).

### چالش‌های اخلاقی و حقوقی در مطالعات اپیدمیولوژیک

#### سوء مصرف مواد

ملاحظات مربوط به اخلاق در انجام پژوهش و حفظ مصونیت افراد از مخاطرات ناشی از پژوهش از قبیل عدم

<sup>1</sup> Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)

این اطلاعات شخصی و محرمانه 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 صرف نظر کرده یا به برخی از سؤالات ویژه پاسخ ندهد. باید توجه داشت که اعمال فشار بر روی افراد شرکت‌کننده جهت ارائه‌ی پاسخ به سؤالات، 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 به‌عمل آمده می‌تواند برای آن‌ها مشکل‌ساز باشد. این نوع مطالعات درخصوص 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 به‌دست آمده از امنیت و مصونیت کافی برخوردار باشند (۴۲).

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 هنجارهای اجتماعی احترام گذاشته و حساس باشند. اما این موضوع در بعضی کشورهای در حال توسعه ابهامات خاصی داشته و به‌خوبی رعایت نمی‌شود. در هر صورت، مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی در رهبری پژوهش‌های اپیدمیولوژیکی، هدفمند و اختصاصی بودن این نوع پژوهش‌ها و عاری بودن از قضاوت‌های غرض‌آلود و غیر اخلاقی است (۴۳).

مطالعات اپیدمیولوژیکی بر روی داروها و مواد غیر مجاز و غیرقانونی مجموعه‌ی منحصر به فردی از چالش‌های اخلاقی را در حیطه‌ی محرمانگی اطلاعات، مخفی نگه داشتن اسامی و مشخصات شرکت‌کنندگان در مطالعه و به اشتراک‌گذاری داده‌ها به‌وجود 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 تئوریک 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<sup>۱</sup>»، «گروه کاری اپیدمیولوژی بین‌المللی در زمینه‌ی سوء مصرف مواد<sup>۲</sup>» به‌عنوان یک گروه پژوهشی بین‌المللی به منظور نظارت 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

<sup>1</sup> South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDO)

<sup>2</sup> International 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 به‌شمار می‌رود و با آن‌که در سه دهه‌ی اخیر شهدای زیادی برای مبارزه با این معضل تقدیم کرده است، اما به‌نظر 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 (۵۱، ۵۰).

براساس سیاست‌های برنامه‌ی پنجم در حوزه‌ی مواد مخدر ضمن تأکید بر مبارزه همه‌جانبه با اعتیاد، توجه به مواد روانگردان و الکل بیش‌تر مورد اهمیت قرار گرفته است. مواد مخدر مهم‌ترین آسیب و معضل اجتماعی در کشور است که اقشار وسیعی از جامعه و به‌خصوص 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 روبه‌رو 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 تشدید آسیب‌های اجتماعی و توجه به عوامل آسیب‌زا و کنترل ناهنجاری‌های اجتماعی از جمله اعتیاد را بگنجانند 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 مصرف‌کنندگان مواد را جمع‌آوری کنند. به‌عنوان مثال، در مرکز آمار کشور کانادا که چنین اطلاعاتی جمع‌آوری می‌شود، تدابیر امنیتی برای حفظ و نگه‌داری آن پیش‌بینی شده است و برای نقض قوانین رازداری یا محرمانگی 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 مصرف‌کنندگان 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 جمع‌آوری‌کننده‌ی اطلاعات در ارتباط با دستورالعمل‌های قانونی جهت ارائه‌ی اطلاعات به دستگاه‌های قضایی و دادگاه‌های جنایی محدودیت دارند. قوانین و دستورالعمل‌های محرمانگی اطلاعات، انتقال انواع مختلف اطلاعات بین ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، دادگاه‌ها و دیگر بنگاه‌ها را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. بسیاری از عناوین اطلاعاتی مورد نیاز دادگاه‌ها به‌طور معمول به شکل اتوماسیون نگه‌داری نمی‌شوند و به سرعت قابل دستیابی، تحلیل، پایش و ارزشیابی نیستند (۴۸، ۴۹).

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

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 سوء مصرف مواد تأسیس شد. در اهداف، وظایف و راهبردهای این ستاد، راه اندازی نظام اطلاعات سوء مصرف 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 معنادان 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 مزبور یکی از فعالیتهای عمده خود را به موضوع پیشگیری، درمان، کاهش زیان و انجام پژوهش‌های کاربردی در مورد اعتیاد اختصاص داده است (۵۹).

مرکز ملی مطالعات اعتیاد<sup>۱</sup> در اهداف سازمانی خود انجام پژوهش‌های کاربردی «بنیادی» اپیدمیولوژیک و بالینی در زمینه‌های اعتیاد، مطالعه و پایش وضعیت سوء مصرف مواد و تغییرات آن در کشور و ارائه‌ی راهکارهای مناسب برای کنترل سوء مصرف مواد را تعریف کرده است (۶۰).

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

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 سم زدایی سرپایی، مراکز درمان اقامتی، جمعیت‌های خیریه‌ی ترک اعتیاد و دیگر سازمان‌های مردم‌نهاد از اصلی‌ترین مراجعی هستند که سوء مصرف کنندگان مواد به آنجا مراجعه 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 نگاه‌دارنده با متادون قرار می‌دهند و ۹۰ درصد معتادان در این مراکز فقط سم‌زدایی می‌شوند که اعتیاد در ۹۰ درصد آنها دوباره عود می‌کند (۶۳).

#### چالش‌ها و محدودیت‌های نظام اطلاعات سوء مصرف

##### مواد در کشور

به نظر 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 سوء مصرف مواد تدوین نشده است (۶۴).

در مطالعه‌ای که توسط وزارت بهداشت با همکاری UNODC در سال ۱۳۸۰ انجام شد، برای نخستین بار نمونه‌گیری بسیار وسیعی در سطح کشور از مراجعان به اورژانس‌ها در ۸۵ شهرستان در کلیه‌ی استان‌ها صورت گرفت که در نتیجه، وجود الگوی کوه یخ در پژوهش‌های مربوط به سوء مصرف مواد به تأیید رسید. در این پژوهش تعداد معتادان ۱/۱۶۰/۰۰۰ نفر اعلام شد که با آمار اعلام شده توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر [۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر] قرابت دارد. اما، قاعده‌ی هرم در اختیار افراد مصرف‌کننده‌ی تفنی یا سوء مصرف‌کننده‌ی 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

<sup>1</sup> 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 موفقیت آن افزایش می‌یابد (۶۹، ۷۰).

براساس نتایج حاصل از این پژوهش، به نظر می‌رسد گردآوری 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 محرمانگی 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 مصرف‌کنندگان 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 مصرف‌کنندگان 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 مشارکت‌کنندگان 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 سیاست‌گذاری 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

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان محترم مرکز تحقیقات اخلاق تاریخ پزشکی و مرکز مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تهیه و تدوین این اثر کمک شایانی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- ۱- شگری 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.
- ۲- بهان ک و هولمز و. آشنایی با تکنولوژی اطلاعات. ترجمه مجید آذرخش و جعفر مهرداد. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۷۷.
- ۳- مهدوی م ت. تکنولوژی اطلاعات و اطلاعات تکنولوژی. تهران، نشر چاپار؛ ۱۳۷۹.
- 4- Russell LA. Not what we were in 1928: a new professional definition. J AHIMA 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. Int J Law Psychiatry 1986; 8 (2): 217-27.
- 6- Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB. Katzung & Trevors Pharmacology. London: McGraw Hill Medical; 2008.
- ۷- 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 ۱۳۸۳-۱۳۸۲.
- 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. Br J Addict Alcohol Other Drugs 1973; 68 (2): 129-35.
- 10- Johns ML. Information Management for Health Professionals. New Delhi: Delmar; 1997.
- 11- Latour KM, Einchenwald S. Health Information Management: Concepts, Principles and Practices, 2<sup>nd</sup> 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.petronet.ir](http://www.petronet.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 معتادان، 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- شیخاوندی د. جامعه‌شناسی 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- اقطاری 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.ph](http://www.aftab.ir/articles/social/psychopathology/c4c/24/930438-addiction-p1.ph)
- ۲۱- شعبانی ا، چشمه سهرابی م. علم اطلاعات و جامعه اطلاعاتی. تهران: نشر دبیزش؛ ۱۳۸۶.
- ۲۲- گرامی مر، نور 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; 140 (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](http://www.ncjrs.gov/html/bja/monitor/dc_mis.htm) (accessed on 2010).
- 49- Sherin KM, Mahoney 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- واتقی م. مواد مخدر و اعتیاد. تهران: انتشارات گلپای محمدی؛ ۱۳۸۰.
- ۵۱- مهریار ا ه، 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](http://www.dchq.ir/html/modules)
- ۵۳- احمدی مقدم ا. مواد اعتیاد آور جدیدی شناسایی نکرده ایم. [www.Police.ir/Portal/Home/Showpage](http://www.Police.ir/Portal/Home/Showpage)
- ۵۴- خرمگاه ح م، فرنیام. زندانیان در حصار سه مشکل. روزنامه جام جم، یکشنبه ۲۲ فروردین ۱۳۸۹، [www.jamejonline.ir/papertext.aspx?newsnum=100872203681](http://www.jamejonline.ir/papertext.aspx?newsnum=100872203681)
- ۵۵- بدون نام. سیاست‌های استراتژیک وزارت بهداشت Ethical Challenges in the Management of Health Information, 2<sup>nd</sup> ed. USA: Jones & Bartlett Learning; 2006.
- 34- Coleman AK. The Drug and Alcohol Forum. An ethical decision making model for practitioners. University of Pittsburg, Centers for Education and Drug Abuse Research, 2010. <http://www.pitt.edu/~cedar/forum/coleman.html> (accessed on 2010)
- ۳۵- اصغری ف، مجد 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](http://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 plainful 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?newsid=100872715380](http://www.jamejamonline.ir/papertext.aspx?newsid=100872715380)
- ۶۵- محمودی م، آراسته ح ر. 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، صفدری ر، محمودی م و محمدرزاده ن. راهکارهای توسعه فناوری اطلاعات در نظام سلامت. مجله پیابورد سلامت ۱۳۸۶؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۱۲-۸.
- 68- 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](http://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>
- 57- 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](http://www.behzisti.ir/pages/?id=10)
- ۵۹- بدون نام. خدمات معاونت امور فرهنگی و مشارکتهای مردمی.  
[www.behzisti.ir/news/show.aspx?id=9127](http://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](http://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](http://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?newsid=100872157048](http://www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsid=100872157048)
- ۶۳- وزیران م. مراکز ترک اعتیاد ۹۰ درصد معتادان را فقط سم زدایی می‌کنند.  
[www.aftab.ir/news/2005/nov/09/c4c11315](http://www.aftab.ir/news/2005/nov/09/c4c11315)