

إرشادات  
لقياس الطلب على  
علاج تعاطي المخدرات

إرشادات  
لقياس الطلب على  
علاج تعاطي المخدرات





مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة  
فيينا

# إرشادات لقياس الطلب على علاج تعاطي المخدرات

البرنامج العالمي لتقدير مدى انتشار  
ظاهرة تعاطي المخدرات

بالتعاون مع

المرصد الأوروبي للمخدرات  
والإدمان عليها

الوحدة ٨ من مجموعة الوحدات



الأمم المتحدة  
نيويورك، ٢٠٠٦



## تهيد

في معظم البلدان، يوصم مدمنو المخدرات ويُستبعدون من خضم المجتمع. ولكن، ما كان ينبغي إقصاء هؤلاء الناس، لأن ذلك لن يؤدي إلا إلى زيادة المشكلة تفاقمًا. بل ينبغي مد يد المساعدة إليهم من خلال العلاج. فهذا هو السبيل الوحيد إلى إدماجهم في المجتمع من جديد محررين من الإدمان.

إن ارتفاع عدد الذين يلتمسون العلاج هو، إلى حد ما مؤشر جيد. فهو مؤشر رئيسي لتعاطي المخدرات، لكنه صرخة استنجد أيضا. وهذه هي الخطوة الأولى في سبيل التغلب على ارتهان المخدرات.

لذلك، لا بد من توفير الرعاية المناسبة لكل الذين يلتمسون العلاج. ذلك أنهم لربما ازدادوا انغماسا في إدمان المخدرات وانعزالا عن المجتمع إذا ما تعذر عليهم العثور على تلك الرعاية.

إن العلاج يقوم على المعلومات. فعلى المستوى الفردي، يحتاج الخبير الصحي إلى معلومات عن ملامح شخصية مريضه حتى تتكون لديه صورة واضحة عن مشكلته يعتمد عليها في تصميم العلاج وإعادة التأهيل.

أما على المستوى الأعم، فإن البيانات المجمعّة تساهم في زيادة فهمنا لاتجاهات إدمان المخدرات وأنماطه، وهذا بدوره يمكننا من فهم طبيعة المشكلة ونطاقها فهما أحسن، مما يفضي إلى تحسين أثر الخدمات العلاجية ونجاحاتها.

ومن أجل مساعدة البلدان على تحسين نُظم معلوماتها عن تعاطي المخدرات، قام مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، بالتعاون مع المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان عليها وخبراء من منظمات دولية أخرى ونظم وطنية للمعلومات عن المخدرات، بإنتاج هذه الوحدة 1 من مجموعة الأدوات - إرشادات لقياس الطلب على علاج تعاطي المخدرات. وهذه الوحدة، التي تستند أيضا إلى بروتوكول مؤشر الطلب على العلاج، الذي تشارك في وضعه فريق بوميديو والمرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان عليها، يزود الخبراء والممارسين في ميدان الخدمات العلاجية بمبادئ توجيهية ملموسة من أجل إنشاء نظم لجمع البيانات عن الطلب على العلاج وإدارة تلك النظم.

والهدف المنشود هو تحسين المقاييس المشتركة لجمع البيانات ورصدها. فمن شأن هذا أن يتيح اتباع نهج أوحّد في كامل أرجاء العالم، وأن يُقدّم صورة أوضح عن اتجاهات المخدرات، وييسّر القيام بتحليل مقارن. ومن شأن الأدلة التي تجتمع أن تحسّن قدرتنا على قياس الطلب على العلاج من تعاطي المخدرات والاستجابة لذلك الطلب على النحو المناسب بوضع برامج ومشاريع ناجعة لتقليل الطلب على المخدرات.

إنّ هذا مشروع مشترك بين المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان عليها ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، اللذين عهدت إليهما الدول الأعضاء فيهما ومجلسا إدارتهما بجمع المعلومات عن مشكلة المخدرات وتحليلها. ونحن نأمل أن يساهم هذا المشروع المشترك الذي هو أحدث مشروع من هذا القبيل في تحسين عملية تحليل الوضع فيما يتعلق بالمخدرات وأن يساعد على الاهتمام إلى نهج ناجعة إزاء العلاج من تعاطي المخدرات وإعادة تأهيل متعاطيها.

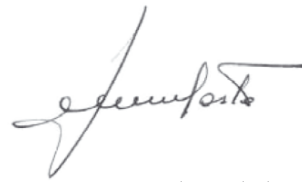


فولفغانغ غوتس

مدير

المرصد الأوروبي

للمخدرات والإدمان عليها



أنطونيو ماريا كوستا

المدير التنفيذي

لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة



## كلمة شكر

أنتج البرنامج العالمي لتقدير مدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات (غاب)، التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب)، والمرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان عليها (المركز) الوحدة 1 من مجموعة أدوات "غاب": إرشادات لقياس الطلب على علاج تعاطي المخدرات، بالمشاركة مع خبراء من منظمات دولية أخرى ومن نظم وطنية للمعلومات بشأن المخدرات. وتود المنظمات أن تتوجه بالشكر إلى الخبراء المرموقين على ما ساهموا به في هذا المشور.

### المؤلف والمحرر الرئيسي

مايكل دوغال، المركز الوطني لأدلة المخدرات، جامعة مانشستر بالمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية

### هيئة التحرير

ستيفانو بيرتيرامي	مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
مايكل دوغال	جامعة مانشستر، المملكة المتحدة
ريكو ليهتوفوري	مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
ليندا مونتانايري	مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها

### المؤلفون المشاركون الآخرون

تون أوفرهاندا	منظمة إدارة المعلومات بشأن نظام الرعاية الصحية، هولندا
أندرو جونز	المركز الوطني لأدلة المخدرات، المملكة المتحدة
بيتر لاورينسون	جامعة فلندرز، أستراليا
جين لونغ	فريق بومبيدو، أيرلندا
لويس رويويلا مورالس	النظام الحكومي للمعلومات بشأن إدمان المخدرات، مدريد
تيم ميلار	المركز الوطني لأدلة المخدرات، المملكة المتحدة

### فريق الخبراء الاستشاري

إزيدور س. أوبوت	منظمة الصحة العالمية
شارلز باري	الشبكة المعنية بالانتشار الوبائي لتعاطي المخدرات التابعة للجماعة الإنمائية للجنوب الأفريقي
ستيفانو بيرتيرامي	مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
جوانا توماس-روسيلو	مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
مايكل دوغال	المركز الوطني لأدلة المخدرات، المملكة المتحدة
برايان راش	المركز المعني بعلاج الإدمان والصحة النفسية، كندا
لويس رويويلا مورالس	الخطة الوطنية الخاصة بالعقاقير، اسبانيا
بيلا ستودنيكوف	مقر وبائية المخدرات، الجمهورية التشيكية
فيصل سليمان	مركز الدكتور إدريس غومالي للوقاية والعلاج من إدمان الخمر والمخدرات، موريشيوس
كين-غارفيلد دوغلاس	المركز الكاريبي لعلم الأوبئة
بول غريفيتز	مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها
لويس كاريس	لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات

المركز الوطني لبحوث المخدرات والكحول، أستراليا	بيتر لاورينسون
فريق بومبيدو، أيرلندا	جين لونغ
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة	ريكو ليهتوفوري
مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها	ليندا مونتاناري
المركز الوطني لبحوث المخدرات، ماليزيا	فيزيواران نافاراتنام
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، تركيا	كمران نياز
إدارة الخدمات المتعلقة بتعاطي مواد الإدمان والصحة العقلية، الولايات المتحدة الأمريكية	ليه هندرسون
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، مصر	ماثيو وارنر-سميث

كما يود المكتب والمرصد أن يعربا عن امتنانهما لجميع المؤسسات وشبكات الخبراء التي تفضلت بتوفير أمثلة على الأساليب والأدوات المستخدمة والمواد ذات الصلة وعلى مساعدتها في إعداد الوحدة ٨ من مجموعة الأدوات. وتتوجه المنظمتان بشكر خاص لفريق الخبراء الأوروبي المعني بمؤشر الطلب على العلاج، الذي وفر معلومات مرتجعة قيّمة في مختلف مراحل إعداد هذا المنشور.

ويود المكتب أن يعرب عن امتنانه للدعم المقدم من حكومات ألمانيا وإيطاليا والسويد وفرنسا وكندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والنمسا وهولندا، التي مكنت مساهماتها المالية من نشر الوحدة ٨ من مجموعة الأدوات



# المحتويات

الصفحة	
iii	تمهيد .....
v	كلمة شكر .....
١	الفصل الأول- مقدمة .....
١	ألف- الهدف .....
٢	باء- النهج العام .....
٥	الفصل الثاني- أسباب جمع بيانات عن علاج تعاطي المخدرات .....
	ألف- لماذا يكون نظام لجمع بيانات عن العلاج مفيدا:
٥	الغايات الرئيسية .....
٩	باء- القيود .....
١١	الفصل الثالث- بناء الأساس .....
١١	ألف- تقييم الاحتياجات .....
١٢	باء- المسائل التنظيمية .....
١٤	جيم- حصر الخدمات ووصف نظام العلاج .....
١٤	دال- المسائل الأخلاقية .....
١٥	هاء- المعايير التقنية .....
١٦	واو- إدارة الأمن .....
١٩	الفصل الرابع- المسائل المتعلقة بالبيانات .....
١٩	ألف- مقدمة .....
٢٠	باء- المبادئ التوجيهية .....
٢١	جيم- مجموعة البيانات الدولية الساسية الموصى بها .....
٢١	دال- وحدة القياس والمفهوم وتعريف البنود .....
٢٧	الفصل الخامس- التنفيذ .....
٢٧	ألف- مرحلة التحديد .....
٢٧	باء- مرحلة الإعداد .....
٢٩	جيم- مرحلة العمل الميداني .....
٣١	الفصل السادس- التحليل والإبلاغ .....
٣١	ألف- مقدمة .....
٣٣	باء- إعداد البيانات .....
٣٤	جيم- تحليلات البيانات والإبلاغ .....
٣٩	الفصل السابع- الصون والتقييم .....
٣٩	ألف- الصحة الداخلية للبيانات .....
٤٠	باء- الصحة الخارجية للبيانات .....
٤٣	المراجع .....



# مقدمة

## الفصل الأول

### ألف - الهدف

رغم أن البيانات عن الطلب على علاج تعاطي المخدرات متاحة عموماً في بلدان كثيرة، هناك افتقار عام إلى التوحيد فيما يتعلق بشمول البيانات، والمفاهيم، والأساليب، والأدوات، وهو ما يجعل إجراء مقارنات عبر وطنية وتحديد خصائص الزبائن واحتياجاتهم في أوضاع وطنية وإقليمية متباينة أمراً بالغ الصعوبة، وقد أعدت مجموعة الأدوات العالمية لمؤشر الطلب على العلاج لكي تدرج باعتبارها الوحدة ٨ من مجموعة الأدوات الوبائية للبرنامج العالمي لتقدير مدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات (غاب)، التابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب)، من أجل مساعدة البلدان في جمع بيانات قابلة للمقارنة عن الطلب على علاج تعاطي المخدرات. وقد وضعت هذه الوحدة بالتعاون مع مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها (المركز)، استناداً إلى ما أنجزه فريق بوميبدو مع الاستفادة من خبرة النظم الرئيسية القائمة للمعلومات عن العلاج المستمر.

والبرنامج العالمي لتقدير مدى انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات (البرنامج العالمي) (غاب) يحسّن قاعدة المعلومات العالمية عن الأنماط والاتجاهات في استهلاك المخدرات من خلال معاونة الدول الأعضاء في بناء النظم اللازمة لجمع بيانات يمكن الاعتماد عليها في صوغ السياسات العامة واتخاذ الإجراءات، والتشجيع على تقاسم الخبرات والتطورات التقنية من خلال الشراكات الإقليمية، وتشجيع اتباع أساليب سليمة لجمع بيانات قابلة للمقارنة.

ويقصد من مجموعة الأدوات الوبائية أن تساعد الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في وضع نظم للمعلومات عن المخدرات تكون ملائمة ووثيقة الصلة من الناحية الثقافية، وضمان مطابقة نظم المعلومات القائمة عن المخدرات لمعايير الممارسة الجيدة المعترف بها دولياً، والتركيز على مواءمة مؤشرات تعاطي المخدرات. وهناك وحدات أخرى توفر الدعم في المجالات التالية:

- وضع نظام متكامل للمعلومات بشأن المخدرات؛
- تقنيات تقدير التفشي غير المباشرة؛
- الدراسات الاستقصائية في المدارس؛
- تفسير البيانات وإدارتها من أجل صوغ السياسات العامة؛

- تحليل البيانات الأساسية باستخدام مجموعة برامجيات إحصائية للعلوم الاجتماعية؛
- الدراسات التقييمية المركزة باستخدام أساليب بحث نوعية؛
- مسائل أخلاقية.

وتتضمن أنشطة أخرى يضطلع بها البرنامج العالمي توفير دعم تقني ومالي لإنشاء نظم المعلومات بشأن المخدرات ودعم الأنشطة العالمية لجمع البيانات وتنسيقها. وللحصول على مزيد من المعلومات عن وحدات مجموعة الأدوات الوبائية للبرنامج العالمي يرجى الاتصال بالبرنامج العالمي (غاب) بالبريد الإلكتروني على العنوان التالي [gap@unodc.org](mailto:gap@unodc.org)، أو زيارة موقع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة في [www.unodc.org](http://www.unodc.org) أو الاتصال بالمكتب على العنوان التالي: P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria.

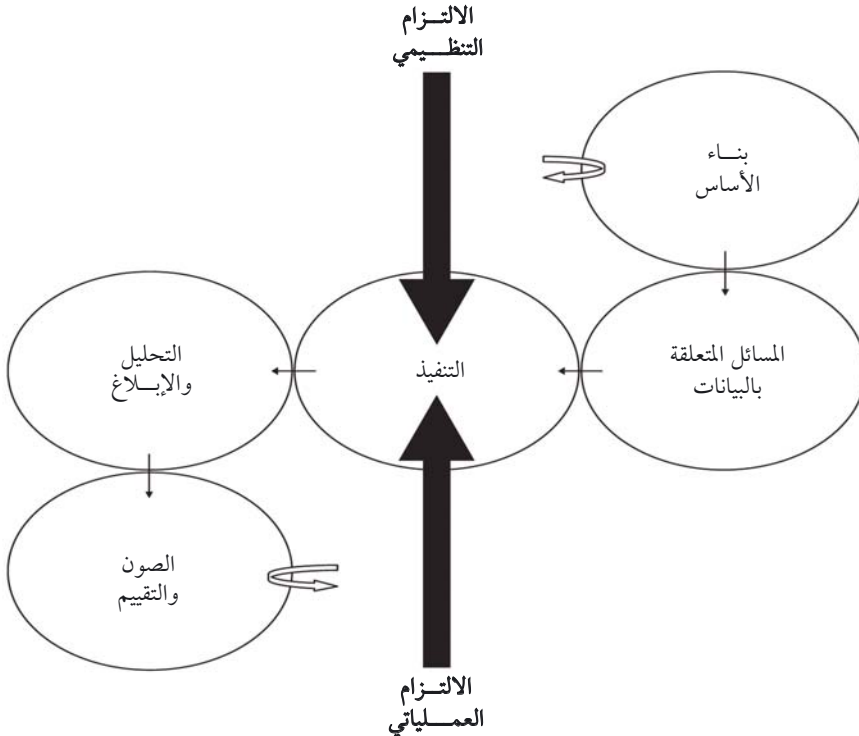
وللحصول على مزيد من المعلومات عن منهجية ونتائج مؤشر الطلب على العلاج الخاص بمركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها يرجى الرجوع إلى الموقع التالي على الويب <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>.

## باء- النهج العام

إذا أريد تنفيذ نظام للمعلومات بشأن المخدرات يلزم تناول المسألة من كل من منظور عملياتي ومنظور تنظيمي.

### ١- المنظور العملياتي

هذا نهج على مستوى القاعدة أو عملي أو "من القاعدة إلى أعلى"، حيث تتلقى الجهات والهيئات ومرافق الخدمات التي توفر العلاج المساعدة اللازمة من أجل فهم الحاجة إلى نظام من هذا القبيل وقيمتها، وترتبط بالمبادرة وتصبح ملتزمة بها لأنها تدرك قيمتها وفائدتها.



## ٢- المنظور التنظيمي

هذا نهج "من أعلى إلى أسفل" أو النهج السياسي، حيث يدير المبادرة الأفراد الرئيسيون أو المنظمات الرئيسية بسبب احتياجاتهم السياسية الخاصة بهم أو لأنهم يقنعون بتبني النظام للمصلحة العامة. وفي أي من الحالتين ينبغي أن توجد الإرادة السياسية لذلك التطور وأن تتخلل إلى أسفل عبر مختلف المستويات التنظيمية وتتيح حدوثه.

## ٣- المراحل المتعاقبة

يبين الشكل أعلاه المراحل المنطقية التي يجب أن يتبعها هذا التطور ليكتب له النجاح. وتقابل هذه المراحل الفصول من الثالث إلى السابع في مجموعة الأدوات نفسها، كما يلي:

الأول- مقدمة

الثاني- أسباب جمع بيانات عن علاج تعاطي المخدرات

الثالث- بناء الأساس

الرابع- المسائل المتعلقة بالبيانات

الخامس- التنفيذ

السادس- التحليل والإبلاغ

السابع- الصون والتقييم



# أسباب جمع بيانات عن علاج تعاطي المخدرات

## الفصل الثاني

### ألف- لماذا يكون نظام جمع بيانات عن العلاج مفيدا: الغايات الرئيسية

بدأ وضع نظم للإبلاغ بخصوص العلاج لأول مرة خلال الستينيات والسبعينيات، وطوّرت بلدان أوروبية كثيرة هذه النظم و/أو وحدتها خلال التسعينيات [١]. وهي تشكل في العديد من البلدان أكثر المصادر المتاحة عن تعاطي المخدرات واقعية وأقدمها عهدا.

والمعلومات عن عدد وخصائص متعاطي المخدرات الذين يلتمسون المساعدة وعن نوع العلاج الذي يتلقونه مفيدة لمجموعة متنوعة من الجهات المتلقية للمعلومات. فيجب أن تعزز المعلومات تخطيط النظام العلاجي وإدارته وأن تكون أساسا لتشغيل الخدمات العلاجية. وقد تساعد أيضا عملية تقييم الاحتياجات، وتوفير بيانات لأغراض البحوث، وتوفير مؤشرات وبيانات عن مشاكل المخدرات في المجتمع عموما. وينبغي أن تكون في النهاية جزءا من قاعدة الأدلة داخل نظام المعلومات الوطني وأن تكون أساسا لسياسة المخدرات وتطويرها.

### ١- الأغراض الوبائية

المعلومات بشأن الأشخاص الذين يتلقون علاجا يتعلق بمشاكل المخدرات مفيدة جدا للمتخصصين في علم الوبائيات، الذين يستفيدون ولا ريب من بيانات عن علاج المخدرات تجمع على نحو منتظم، من حيث تحسين فهم مشكلة المخدرات ومداهها وأنماطها واتجاهاتها. وينبغي أن يجري جمع تلك البيانات نظاميا، خصوصا لأنه يلزم تجميع البيانات من عدد من المرافق المختلفة النوع التي توفر الخدمات العلاجية. وسجلات الأمراض من بين المقومات الثابتة في البحوث التي تتناول مجالات أخرى من علم الوبائيات وينبغي أن تؤدي نظم مراقبة العلاج السليمة التصميم وظيفية مماثلة في مجال وبائيات تعاطي المخدرات.

ويمثل متعاطو المخدرات الذين تلقوا العلاج جزءا ظاهرا من الفئة السكانية التي كثيرا ما تكون متهمّة والتي تعاني من مشاكل متصلة بتعاطي المخدرات. ومن هذا المنطلق قد توفر معلومات عن الحالات المستبانة "نافذة" على مشكلة من

مشاكل المخدرات كانت ستظل خفية دون ذلك . وقد تشير إلى شرائح السكان الأكثر تأثراً بمشاكل المخدرات ، وأنواع المشاكل التي تصادف ومستويات المرضية المتصلة بها . والأهم من ذلك ، ينبغي أن توفر معلومات للرد على أسئلة بشأن مستوى الطلب على العلاج وأنماط الاستعانة بالخدمات .

وثمة فائدة في أن تسمح بيانات العلاج بالربط بين الحالات ، إذا كانت التشريعات التي تحكم الخصوصية تميز ذلك . فمن شأن هذا أن يقلل من مدى العد المتكرر في الأوضاع التي قد يكون فيها متعاطو المخدرات معروفين عند جهات متعددة . كما قد يمكن ذلك من ربط الحالات مع نظم للتسجيل ترصد اتصالات متعاطي المخدرات بمؤسسات أخرى . وقد يسهل ذلك ، مثلاً ، تعقب مسار الزبائن طولانياً بين النظام الصحي ونظام العدالة الجنائية ، كما يمكن أن يتيح تطبيق منهجيات أخرى مثل المعاينة والمقارنة على بيانات من النظام . وتتضمن بيانات العلاج في بلدان كثيرة تفاصيل اسم الزبون وتاريخ ميلاده ونوع جنسه ، في ما تسمى شفرة "مؤشر الخاصية" [٢] ، وهي مناسبة لأغراض الربط بين الحالات .

### لتعيين أنماط تعاطي المخدرات

في بلدان كثيرة لم يسبق جمع هذه البيانات فيها ، سوف يكون من المفيد أن تحدد الأنماط الأساسية لتعاطي المخدرات في البداية . وتتضمن تلك المعلومات المخدرات المشمولة بالإبلاغ أكثر من غيرها وطريقة تناولها والفئات العمرية الأكثر تأثراً - وهي معلومات لم تكن متاحة حتى الآن . ولا ينبغي الاستخفاف بأهمية هذه المعلومات الأساسية . ومع استمرار تطور النظم يمكن تنفيذ جمع البيانات بقدر أكبر من التفصيل والتحديد ، وكذلك تناول الأسئلة المتعلقة بالبحوث .

### كمؤشر غير مباشر لاتجاهات مشكلة تعاطي المخدرات

كثيراً ما يمكن أن يجلب سلوك متعاطي المخدرات جزاءات اجتماعية وقانونية ، وبالتالي كثيراً ما تكون الفئة السكانية التي تعاني من مشاكل المخدرات متهربة أو "خفية" . ونتيجة لذلك يلزم عادة الاعتماد على مؤشرات غير مباشرة للتغيرات الضمنية الحاصلة في تلك الفئة السكانية وحيثما تجمع البيانات بصورة نظامية وتظل تعاريف الحالات والبيانات ثابتة مع مرور الوقت قد توفر بيانات العلاج مؤشراً واحداً غير مباشر من هذا القبيل .

وقد تشير التغيرات في حجم أو تكوين الفئة السكانية التي تلتزم المساعدة إلى حصول تغيرات في حجم أو تكوين الفئة التي تعاني من مشاكل المخدرات . فمثلاً ، قد تتجسد زيادة في تعاطي المنشطات في زيادة أعداد متناولي المنشطات الذين يلتمسون المساعدة . ومن المفيد أن يتيح جمع البيانات تحديد الحالات التي تلتزم العلاج للمرة الأولى (طلب العلاج الأول) ، إذ أنها قد تكون ممثلة إلى أبعد الحدود للفئة الأساسية غير المعالجة . وقد تشير زيادة في عدد طلبات العلاج الأولى إلى زيادة في حدوث مشاكل المخدرات . وقد يشير ظهور مخدرات جديدة يساء استخدامها أو طرائق جديدة لتعاطيها ، أو تغير في خصائص مجموعة فرعية معينة ، إلى أن تغيرات قد حدثت في الفئة السكانية غير المعالجة .



إلا أنه يلزم تذكر طبيعة بيانات العلاج المعتمدة على الخدمة، إذ قد يكون تغيير الأنماط عند الفئة السكانية المعالجة نتيجة لتغيرات في نمط توفير الخدمة لا تغيرات في الفئة السكانية الأساسية.

### كأساس لمنهجيات أخرى

قد يهيئ نظام مراقبة العلاج السبيل للوصول إلى بيانات مناسبة لمنهجيات التقدير. فمثلاً، عندما تجمع بيانات مناسبة للربط بين الحالات يمكن أن توفر عينات للاستخدام في دراسات الانتشار بالمعينة والمقارنة. ويتحقق منهج المعينة والمقارنة من مدى أخذ عينات من قوائم الحالات المعروفة من الفئة السكانية الأساسية. وهو يفعل ذلك بمقارنة التداخل بين العينات المعروفة، وعلى ذلك الأساس يقدر حجم الجزء من السكان الذي لم تؤخذ منه عينات. ويوصي مركز الرصد الأوروبي المعني بالمخدرات والإدمان عليها بهذا المنهج كأسلوب للحصول على تقديرات للانتشار على المستوى المحلي [٣] وقد طُبّق في دراسات عديدة عن تعاطي المخدرات [٤-٣٥]. ورغم أن استخدام ذلك المنهج في الوبائيات قد انتقد [٣٦] فهو أسلوب مجرّب وفعال للحصول على تقديرات مفيدة وموثوق بها لمدى انتشار مشكلة تعاطي المخدرات.

وحيثما تكون بيانات سلسلة زمنية متاحة عن الأشخاص الذين يلتمسون العلاج، فإنها قد توفر أساساً مناسباً لتوليد مؤشرات عن مدى حدوث أنواع معينة من تعاطي المخدرات لدى السكان. وباستخدام أساليب تصحيح التخلف يمكن إنتاج مؤشرات لاتجاهات الانتشار عند السكان، مع تقدير عدد الذين لم يلتمسوا بعد مساعدة فيما يتعلق بمشكلة المخدرات التي يعانون منها [٣٧-٣٩]. ويجمع تصحيح التخلف بين معلومات عن الانتشار الملاحظ بين الحالات المشخصة والمعلومات عن التأخر الملاحظ بين البداية والتشخيص، من أجل إنتاج تقديرات للانتشار عند اللذين لم يلتمسوا المساعدة بعد.

### الأغراض الإدارية

يجب أن يكون المسؤولون عن تخطيط الخدمات العلاجية وإدارتها وتشغيلها قادرين على تقييم أداء تلك الخدمات. ويمكن أن يوفر نظام مراقبة العلاج مصدراً موضوعياً وخارجياً للمعلومات يتيح المقارنة بين أنواع متماثلة من الخدمة ورصد التغيرات الحاصلة في أداء الخدمة بمرور الوقت.

ومع تطور إدراك الحاجة على الصعيد الوطني إلى الخدمات المعنية بالمخدرات يحتمل أن تحدد أهداف وطنية ومحلية وأن تقدر الأعداد مقابل تلك الأهداف. (انظر، مثلاً، خطط تقديم الخدمات المحلية واتفاقات الخدمة العامة لإنكلترا، في <http://www.ndtms.net> و <http://www.ndtms.net/LocalDeliveryPlan.aspx>).

والأرجح أن تحتاج إدارة الأداء إلى نظام للمعلومات يستطيع أن يوفر معلومات أكثر تفصيلاً عن العملية العلاجية ونتائجها، وذلك بغية الإجابة عن أسئلة مثل: ما هو طول فترة انتظار الزبائن إلى أن يبدأ العلاج؟ ما هي مدة العلاج؟ ما هي حالة الزبائن عند اكتمال العلاج؟

وربما يتعلق أهم الأسئلة الجوهرية في إدارة الأداء بمدى ارتباط الجهات العلاجية بالفئة السكانية التي تستهدفها واحتفاظها بها. وإذا استخدمت بيانات العلاج بالاقتران بمصادر أخرى للمعلومات قد تجيب عن تلك الأسئلة. فمثلاً، حيثما استخدمت أساليب مثل المعاينة والمقارنة (انظر أدناه) للحصول على تقديرات للانتشار، يمكن أن تضم إلى معلومات عن حجم الفئة السكانية التي تصل إلى الخدمات، من أجل توفير مؤشر صحة عامة لمدى تغطية الخدمات الفئة السكانية التي تستهدفها [٣٢، ٤٠].

### من أجل السياسة العامة والدعوة

يمكن أن توفر معلومات عن أشخاص يعرف عنهم أنهم يعانون من مشاكل تتعلق بالمخدرات معلومات أساسية للمسؤولين عن رسم السياسات العامة كي يتخذوا قرارات واسعة النطاق بشأن الحاجة إلى التدخلات الوقائية والخدمات العلاجية والرعاية اللاحقة المستمرة والمراقبة.

### لتعيين أنماط الاستعانة بالخدمات

حالما يكون النظام عاملاً بكامل طاقته وعندما يمكن الجمع بين بيانات الطلب على العلاج ومجموعات أخرى من البيانات الوطنية، ينبغي أن يتسنى تعيين أوجه القصور في توفير الخدمات في منطقة جغرافية/تنظيمية ما.

### لتقييم الخدمة

سوف ترى البلدان أنه يوجد طلب كبير على البيانات المستمدة من نظم معلومات العلاج لمجموعة متنوعة من البحوث وأعمال التقييم تتعلق باستهلال العلاج واستمراره وفعاليتها.

### أغراض أخرى

يتضمن ذلك توفير معلومات من أجل الطلبة ووسائل الإعلام والجمهور.

ويجب أن يجري جمع البيانات بصورة نظامية لكي تكون مفيدة لأي من هؤلاء. وينبغي أن يشمل تعاريف للحالات والبيانات تكون متسقة بين مختلف الهيئات والمناطق الجغرافية وبمرور الوقت. وما لم يجر جمع البيانات بصورة نظامية وباتساق تنشأ مشاكل خطيرة في الجمع بين البيانات التي تجمعها هيئات مختلفة، حتى على صعيد المدن أو المناطق، وتتضخم تلك المشاكل على الصعيدين الوطني والدولي. وعلاوة على ذلك، إذا تعرضت تعاريف الحالات والبيانات لتغييرات كثيرة، سرعان ما يصعب تبين الاتجاهات في المعلومات المتاحة.

وعندما تكون عمليات جمع البيانات وتجميعها روتينية فإنها توفر نقطة مرجعية مركزية للذين يحتاجون إلى دراسة بيانات العلاج وتتيح نشر إحصاءات تجميعية بصورة متساوقة. ورغم تباين مستويات تفصيل المعلومات عن العلاج التي يحتاجها مختلف متلقيها ينبغي أن يوفر نظام بارع التصميم طريقة فعالة من حيث الكلفة لإدماج المعلومات التي تجمعها بالفعل معظم الهيئات العلاجية، إن لم يكن كلها، لأغراض الإدارة السريرية والمحاسبة.

## باء- القيود

ينبغي التسليم بمحدودية بيانات العلاج من بعض النواحي . فأولا، تتأثر البيانات بمدى التزام الهيئات بالاقتضاءات المتعلقة بالبيانات . فحتى عندما يكون هناك اقتضاء قانوني بتقديم بيانات لا يكون المهنيون الصحيون على استعداد دائما للامتثال لذلك الاقتضاء [٤١] . وحيثما يتوقف الامتثال على حسن النية وحده لا مفر من حدوث نقص في التسجيل في النظم العلاجية . وفي بعض الظروف قد يكون النقص في الإبلاغ مجرد نتيجة للأعباء الإدارية أو تغير في الموظفين الأساسيين . وفي ظروف أخرى قد تكون الهيئة المعنية ممانعة أساسا في كشف أنشطتها العلاجية لفحص خارجي أو قلقة من احتمال إفشاء معلومات عن المرضى . وفي أي من الحالتين يستصوب إنشاء آليات لمراجعة تمام الإبلاغ كي يتسنى قياس مدى النقص في التسجيل وفهمه ثم تقليل حدوثه إلى أدنى حد .

وقد تحد أحيانا مصادر التحيز والتأثير الخارجي من الاستنتاجات التي يمكن التوصل إليها . فمثلا، كما سبق ذكره، رغم أن زيادة في عدد الأشخاص الذين يلتمسون العلاج قد تشير إلى زيادة في الانتشار، فإنها قد تشير بدلا من ذلك إلى زيادة في الطاقة العلاجية أو في القدرة الإنتاجية . وبالمثل، قد تشير زيادة في عدد الشباب الذين يلتمسون العلاج إلى زيادة في حدوث مشاكل المخدرات في المجتمع، أو قد تكون انعكاسا لمحاولة ناجحة للتدخل في مرحلة مبكرة من التعود على تعاطي المخدرات . والبيانات التي تنتجها الهيئات العلاجية متوقفة على الخدمة، أي أنها، إضافة إلى تجسيد حجم الفئة السكانية التي تعاني من مشاكل تتعلق بالمخدرات وتكوين هذه الفئة، تجسد أيضا محاولات هذه الهيئات لاجتذاب تلك الفئة السكانية إلى الاتصال بغرض العلاج .

وعلاوة على ذلك قد لا تتضمن بيانات العلاج معلومات عن فئات فرعية معينة توجد بين السكان، نظرا إلى أن الهيئات العلاجية قد تعنى بتلبية احتياجات أنواع معينة من الزبائن . فمثلا، حيثما تعنى مرافق الخدمات في المقام الأول بتلبية احتياجات متعاطي المواد الأفيونية، قد لا تؤدي زيادة في تعاطي الكوكايين الإشكالي في المجتمع المحلي بالضرورة إلى زيادة في الطلب على العلاج من تعاطي الكوكايين .

ومن المهم أيضا ملاحظة أنه قد يمر بعض الوقت قبل أن تتجسد في المجموعة السكانية المعالجة التغيرات الحادثة في الفئة السكانية الأساسية . فمثلا، قد لا تجسد بيانات العلاج فورا التغيرات في حدوث التعاطي، وذلك بسبب الوقت الذي ينقضي بين بداية الاستخدام وطلب العلاج الأول .

وتحديد تعاريف المشاكل المتصلة بتعاطي المخدرات يركز، إلى حد ما، على عوامل اجتماعية وثقافية وسياسية، وعلى عوامل طبية أيضا . وتوفير العلاج الذي يعنى إلى حد كبير بمعالجة العواقب الطبية للإدمان قد يصل إلى فئة سكانية من متعاطي المخدرات شديدة الاختلاف عن الفئة السكانية التي يصل إليها توفير العلاج الذي يركز في المقام الأول على صحة المجتمع المحلي الاجتماعية أو العامة .

وينبغي إطلاع متلقي المعلومات المستندة إلى بيانات علاج تعاطي المخدرات على تلك القيود . ويكون ذلك بالغ الأهمية عندما يعتزم نشر البيانات على النطاق العام أو عندما تكون البيانات

موجهة إلى جمهور ليست له، بخلاف ذلك، دراية بهذه الأساليب. وإذا كان هناك احتمال أن تكون الأرقام المنشورة عرضة لإساءة التفسير ينبغي عندئذ أن تبرز المنشورات، قدر الإمكان، الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها بشكل معقول والاستنتاجات التي قد تكون غير ملائمة.

# بناء الأساس

## الفصل الثالث

من المفيد، كخطوة أولى صوب استهلال نظام للمعلومات بشأن الطلب على علاج تعاطي المخدرات، تنفيذ عملية من ثلاث مراحل بغية إنشاء خط أساس للمعلومات والموارد المتاحة، كما يلي: تقييم الاحتياجات، والتقييم التنظيمي، وحصر المرافق العلاجية. ويسمى ذلك أحيانا تقييم المعلومات والاحتياجات والموارد.\*

### ألف- تقييم الاحتياجات

ينبغي تخصيص وقت كاف للأعمال الأساسية التالية:

- (أ) تحديد أصحاب المصلحة الرئيسيين الذين سيتلقون المعلومات المرتجعة من هذه العمليات الأولية؛
- (ب) توثيق نوع وطبيعة المعلومات المتاحة حاليا عن تعاطي المخدرات في البلد؛
- (ج) حصر أدوات جمع البيانات؛
- (د) إجراء مراجعة للدراسات والتقارير الموجودة بشأن تعاطي المخدرات؛
- (هـ) تحديد الأسئلة الهامة التي لا يمكن الإجابة عنها بالمعلومات المتاحة حاليا؛
- (و) تحديد الاحتمالات القائمة لتطوير أنشطة المراقبة والرصد الجارية؛
- (ز) تحديد الموارد التي يتعين توفيرها للمشروع، مع بيان الجدول الزمني المتوقع للإعداد؛
- (ح) تحديد مجالات الأولوية للتقييم على الصعيد الوطني وجمع البيانات مستقبلا، وتوثيق ما يلزم من بنية تحتية ودعم تقني واحتياجات تدريبية مصاحبة.

ومن المهم بعد تلك المراجعة أن يحلل أصحاب المصلحة الرئيسيون المعلومات المستقاة بثلاث طرائق:

أولا، يجري تحليل مصادر البيانات المتاحة بشأن تعاطي المخدرات بمفردها من أجل تقييم فائدتها وتحديد مجالات الأغراض والمضامين المشتركة، حيثما وجدت، بهدف تقليل الازدواج إلى أدنى حد.

\* يمكن الاطلاع على مثال جيد على تقرير عن تقييم المعلومات والاحتياجات والموارد في [http://www.un.org.tr/unic/docs/INRA\\_Turkey\\_Eng.pdf](http://www.un.org.tr/unic/docs/INRA_Turkey_Eng.pdf)

ثانياً، تدمج المعلومات المستمدة من تحليل مصادر البيانات بالمعلومات عن الموارد المتاحة لتشكيل إطار لإعداد النظام.

ثالثاً، تحدد أهداف استراتيجية لتطوير نظام المعلومات المقترح.

وبعدما تحدد الأهداف الاستراتيجية، يوصى بتنفيذ المهام التالية:

- (أ) تحديد الأفراد الرئيسيين والمؤسسات الرئيسية الأفضل وضعاً للمساهمة في شبكة وبائية وطنية خاصة بتعاطي المخدرات؛
- (ب) إقامة شبكة معلومات منسقة تشمل الربط وتقاسم المعلومات، وآلية إبلاغ فيما بين مختلف المهنيين المشاركين، والمؤسسات المشاركة، في مكافحة المخدرات؛
- (ج) معالجة مسألة توفير تدريب لعاملين مختارين في مجال وبائية تعاطي المخدرات، خصوصاً فيما يتعلق بالمبادئ التوجيهية بشأن وضع المؤشرات الأساسية، وإدارة البيانات وتحليلها، وجمع البيانات على المستوى السريري؛
- (د) معالجة احتياجات البنية التحتية مثل توفير العاملين، وقاعدة المهارات اللازمة لإعداد قوالب لجمع البيانات اللازمة للمؤشرات، وتوفير برامجيات قواعد البيانات وأجهزة الحاسوب، وتوفير الدعم.

القسم أعلاه مستمد من مواد من مصادر خاصة بالأمم المتحدة [٤٢].

## باء- المسائل التنظيمية

### ١- الحصول على تأييد سياسي ودعم الإدارة العليا

سبق ذكر الحاجة إلى الحصول على دعم سياسي. ومن المهم جداً طوال مرحلة الإعداد هذه إشراك السلطات المعنية على جميع المستويات. فينبغي الاتصال شخصياً بكبار الموظفين على صعيدي الحكومة والحكم المحلي وكذلك كبار المديرين التنفيذيين في الهيئات المعنية، مثل الخدمات الصحية والاجتماعية، وتوضيح الأغراض والإجراءات لهم. وفي حالة الخدمات الصحية قد يكون من المفيد الحصول على تأييد كبار العاملين في مجالي الطب والتمريض. وقد يكون أعضاء الفئات المهنية غيورين بعض الشيء على مجالات اختصاصهم وقد لا يسهل إقناعهم بالحاجة إلى فرض أعباء إضافية على موظفيهم. إلا أنه يصعب الانتقال إلى مرحلة التنفيذ دون تأييدهم.

وينبغي، متى أمكن ذلك، التماس الموافقة الرسمية، حيث يمكن الاستفادة منها بعد ذلك للمساعدة في مرحلة التنفيذ.

وينبغي أن تكون الهيئة المسؤولة عن استحداث وتنفيذ مؤشر الطلب على العلاج على دراية بالعقبات السياسية التي قد تنشأ عندما تنشر بيانات اجتماعية على الصعيد الوطني أو الدولي.

## ٢- تحديد أصحاب المصلحة

سوف تتباين احتياجات أصحاب المصلحة وفقا لمجال عملهم . فسوف يهتم بعضهم بالتقييم والأداء ، وسوف يكون أهم ما يشغل البعض هو التأثيرات السريية ، بينما سيكون البعض الآخر أشد اهتماما بالمسائل المتعلقة بعلم الوبائيات والبحوث .

وسيكون من المهم محاولة إيجاد توازن بين هذه الاحتياجات المختلفة ، من خلال مناقشات مفتوحة وواقعية بشأن إمكانيات نظام المعلومات الجديد المقترح وحدوده .

وينبغي تحديد جميع أصحاب المصلحة وينبغي أن تكون توقعاتهم متزنة وواقعية . وقد أثبتت التجربة أن التوقعات غير الواقعية تؤدي إلى عدم الرضا وسرعة تناقص تقديم البيانات .

وسوف يساهم الحفز كثيرا في نجاح التنفيذ . ولتشجيع الأطراف الرئيسية في الميدان على المشاركة ، ينبغي حفزها على تحقيق الأهداف وتأكيد ضرورة جمع البيانات .

وأهم شيء هو أن المعلومات الواضحة بشأن استخدام البيانات على جميع المستويات مهمة لتحقيق تعاون الأطراف أثناء مرحلة تنفيذ نظام المعلومات ومن أجل استمراره .

## ٣- الموقع

ينبغي أن تحدد في وقت مبكر الهيئة المسؤولة عن التنفيذ وجمع البيانات وتحليلها وإدارتها . وكثيرا ما يكون من الحكمة أن تعين هيئة تعمل على نحو موضوعي في جمع البيانات وتجهيزها . وينبغي أن تكون تلك الهيئة على اتصال وثيق بالمرافق العلاجية والهيئات ذات الصلة التي توفر البيانات وينبغي أن يوجهها الأشخاص المسؤولون عن هذا الجانب من السياسات في الحكومة . وينبغي إبرام اتفاقات واضحة فيما يتعلق بنطاق الهيئة ونشاطها المتوقعين ، بما في ذلك مختلف الأدوار والمسؤوليات المتعلقة بمسائل مثل حماية البيانات/ الخصوصية ، ومراقبة الجودة ، والمعلومات المرشحة .

وقد يكون أحد الخيارات هو أن تكون "الهيئة الرئيسية" إحدى الهيئات العلاجية نفسها ، خصوصا في مراحل الإعداد المبكرة . ويلزم تناول هذا الوضع بعناية فائقة من أجل المحافظة على سلامة البيانات وعلى الحياد الواضح . وفي هذه الحالة يهتم عادة الاتفاق على خطة لتسليم تشغيل نظام المعلومات إلى طرف ثالث مستقل عندما يصبح النظام عاملا بكامل طاقته .

## ٤- التمويل

ينبغي وضع ترتيبات تمويل كاف ومساءلة كافية للمشروع بأسره . وينبغي توفير الموارد لجميع الجوانب التشغيلية إضافة إلى التدريب على المستويين المركزي والخارجي . وقد يلزم أيضا توفير موارد للهيئات المساهمة في المشروع بغية تيسير عمليات جمع البيانات والتحميل/ التنزيل .

### جيم - حصر الخدمات ووصف نظام العلاج

لا غنى عن إجراء استعراض عام لجميع الهيئات العلاجية والخدمات التي توفرها داخل البلد، بغية التمكن من تفسير البيانات على نحو صحيح. وهذه مهمة لا يستخف بها بالمرّة، وسوف يلزم إنشاء أو تكييف نظام للتصنيف يكون مناسباً لنظام العلاج. وينبغي أن يشمل أوسع نطاق من المرافق العلاجية والهيئات المعاونة التي تتعامل مع متعاطي المخدرات. وسوف يساعد هذا الاستعراض العام على تحديد مسائل الشمول والمثوقية، كما أنه يتيح تقسيم البيانات إلى طبقات وفقاً للطبيعة المحددة التي تتميز بها أشكال العلاج والخدمات المتاحة ولمضمونها.

### دال - المسائل الأخلاقية

هناك أربعة مبادئ أخلاقية عامة تتعلق بالبحوث/ جمع المعلومات عن بشر:

(أ) الاستقلال؛

(ب) المعاملة بالمعروف؛

(ج) عدم الإيذاء؛

(د) الإنصاف.

مبدأ الاستقلال يعرف أكثر باسم الموافقة عن علم، والموافقة عن علم تتضمن ثلاثة عناصر، هي: المعلومات والفهم والموافقة. وينبغي أن تأتي الموافقة دون ضغط خارجي ودون إغراءات غير معقولة. والوضع الأمثل هو أن يحصل طرف محايد على الموافقة بدلا من الجهة الرئيسية التي تقدم العلاج. وينبغي ألا يؤثر عدم المشاركة أو سحب الموافقة سلباً على الزبون. والموافقة ليست مطلوبة إذا كانت البيانات موجودة على النطاق العام بالفعل، إلا أن تعريف "النطاق العام" يختلف من بلد إلى آخر. ولا يلزم بالضرورة أن تكون الموافقة عن علم مطلوبة في كل بلد لجمع وضم بيانات روتينية أصبحت غفلية عن العلاج.

وكثيراً ما يجري الجمع بين مبدأ المعاملة بالمعروف (فعل الخير) ومبدأ عدم الإيذاء (عدم الإضرار). فالهدف النهائي للبحوث الوبائية هو زيادة الفرص المتاحة للناس لاختيار بدائل تحسّن صحتهم. وهناك أيضاً التزام أخلاقي بعدم التسبب في "ضرر" للذين يشاركون في الدراسات البحثية أو في نظم المراقبة. وخطر الإصابة بضرر مرتبط بنظام للمراقبة الوبائية منخفض الاحتمال، وإن كان انتهاك خصوصية الفرد يشكل خطراً محتملاً. وينبغي ألا تحمل البيانات المخزونة في نظام للمراقبة أدلة على الهوية إلا إذا كان ذلك ضرورياً قطعاً، كما ينبغي أن تكون إمكانية الوصول إلى قواعد البيانات مقيدة على أساس "ضرورة المعرفة". وينبغي أن يتبع تخزين البيانات التي يمكن معرفة هويتها، والوصول إلى تلك البيانات، إجراءات تحول دون الإفشاء. وعند تحليل البيانات المتعلقة بأعداد صغيرة من الأشخاص ينبغي الحرص على ألا يمكن تعيين هوية أي فرد. وينبغي أن تقدم تقارير موجزة بصورة منتظمة إلى الذين يشاركون في نظام للمراقبة. ويلزم نشر التقارير في شكل يسهل استيعابه (مثل رسالة إخبارية) وبحيث يمكن أن يستخدمها المشاركون لأغراض الدعوة.



وينشأ تضارب في المصالح (الإنصاف) عندما يكون للباحث أو المتكفل مصلحة شخصية قد تؤثر في تفسير النتائج أو يبدو أن له هذه المصلحة. وقبل تنفيذ نظام للمراقبة ينبغي أن يحدد الفريق الرئيسي المجالات المحتملة لتضارب المصالح وأن ينفذ استراتيجيات لمعالجتها. وعادة ما يكون تضارب المصالح متصلاً بالبحوث التي ترعاها الصناعة أو الحكومة. وتكون الهيئة الأم صاحبة حق الملكية الفكرية لجميع النتائج ويجب المحافظة على استقلالها في جميع الأوقات. وقبل نشر النتائج تقضي الممارسة السليمة بالتأكد من أن تخضع لاستعراض نظراء من جانب خبير مستقل واحد على الأقل. وينبغي أن تتاح النتائج لوسائل الإعلام والجمهور في الوقت نفسه.

ويحتاج نظام للإبلاغ عن علاج تعاطي المخدرات إلى بروتوكول، وأهدافه الأساسية هي:

(أ) أن يبين الوضع الراهن وأن يبرر الحاجة إلى نظام الإبلاغ المقترح وأن يعرض نواتجه المحتملة بإيجاز؛

(ب) أن يثبت ملاءمة الأساليب المقترحة وصحتها؛

(ج) أن يبين الجدوى مع أخذ مشاركة العاملين والزبائن بعين الاعتبار، إضافة إلى الاحتياجات فيما يتعلق بالتدريب والموارد؛

(د) أن يؤكد أن الباحث الرئيسي له قدرة على تنفيذ النظام بصورة ناجحة.

وسوف يستخدم البروتوكول للحصول على الإذن والموارد وكذلك لتوجيه تنفيذ نظام المراقبة. وسوف يكون البروتوكول وثيقة رئيسية عند تقييم مدى صلاحية النظام وفائدته.

ومن أجل الامتثال للاعتبارات الأخلاقية، يلزم كتابة بروتوكول تفصيلي للدراسة يبين بإيجاز الوضع الراهن والأساس المنطقي لنظام الإبلاغ المقترح. وسوف يقدم هذا البروتوكول ما يلي:

- أهداف نظام الإبلاغ عن علاج تعاطي المخدرات
- الأساليب المتبعة لجمع البيانات وإدخالها وتخزينها والتحقق منها وتحليلها
- المسائل المتعلقة بحماية البيانات، التي تخص البلد المعني، وإجراءات معالجتها
- الاعتبارات الأخلاقية (الموافقة والسرية واستخدام البيانات) والإجراءات المتخذة لمعالجة كل منها (مثل استمارات إعلامية للزبون والجهة التي تقدم الخدمة، وإجراءات تخزين البيانات والوصول إليها، وإجراءات مراجعة المنشورات التي ستصدر)
- خطة التنفيذ، مع تبرير الموارد البشرية والمالية والهيكل
- النواتج المتوقعة من نظام الإبلاغ

## هاء - المعايير التقنية

ينبغي أن يفي نقل البيانات وتوفيرها بمعايير الأمان المطلوبة للملفات حساسة كهذه. وقد يستلزم ذلك تدابير لحماية الملفات وتأمين الخطوط وتأمين إمكانية الوصول والترخيص للمستخدمين وما

شابه ذلك (بروتوكولات الإرسال، ومجاميع مقادير البعثة HASH، والتشفير، وفك التشفير، والشبكات الخاصة الافتراضية (VPN) والبنية التحتية للمفاتيح العمومية (PKI).

وينبغي أن يكون الاختيار في حدود الإمكانيات التقنية والقانونية المتاحة في البلد المعني. ويمكن الحصول على إطار لتوحيد معايير الأمن قياسياً في:

المعايير الدولية والوطنية لأمن معلومات الرعاية الصحية  
المنظمة الدولية للتوحيد القياسي (آيسو)

ومن الممكن وصف عمل الآيسو المتعلق بأمن المعلومات وعلاقته بالرعاية الصحية على أفضل نحو باستخدام المخطط التالي:

### خريطة طريق الآيسو

الاحتياجات	←	المبادئ التوجيهية	←	المعايير المعينة
نظام إدارة		تقييم المخاطر		الأعمال المصرفية
الأمن الداخلي		معالجة المخاطر		الرعاية الصحية (آيسو ٢٧٧٩٩)
(ISMS)BS17799.2		ضمان الجودة (آيسو ١٧٧٩٩)		

### المنظمة الأوروبية للتوحيد القياسي

اتفقت المنظمة الأوروبية للتوحيد القياسي (اللجنة الأوروبية للتوحيد القياسي (CEN)) والمنظمة الدولية للتوحيد القياسي (آيسو) على تبادل بنود عمل بغية دفع تقارب المعايير الأوروبية والعالمية. ويعرف هذا الاتفاق باسم اتفاق فيينا. واللجنة التقنية CEN/TC 251 التابعة للجنة الأوروبية للتوحيد القياسي هي المسؤولة عن موضوع "معلوماتية الرعاية الصحية". ومن بين المعايير (السالفة) الهامة ENV13606 (اتصالات سجلات الرعاية الصحية إلكترونياً) وENV13608 (أمن اتصالات الرعاية الصحية).

وإضافة إلى ذلك، توجد لجان وطنية للتوحيد القياسي في بلدان كثيرة تضع بروتوكولات تنفيذ من أجل التوحيد القياسي الدولي.

### واو- إدارة الأمن

أمن المعلومات له أبعاد متعددة. وعند جمع معلومات على الصعيد الوطني عن الطلب على العلاج ينصب التركيز على ثلاثة من هذه الأبعاد:

### ١- تكنولوجيا تعزيز الخصوصية

ينبغي حماية جمع المعلومات عن علاج تعاطي المخدرات بواسطة إجراء لإضفاء حالة من شبه الغفلية. فينبغي تشفير المعلومات الشخصية القابلة للكشف بواسطة خوارزمية وحيدة الاتجاه من أجل الحيلولة دون الربط بين المعلومات وأشخاص يمكن كشف هويتهم.

## ٢- أمن النقل

يستخدم تشفير الرسالة أثناء نقل البيانات إلى قاعدة بيانات وطنية . وقد يكفي إجراء بسيط للتشفير في شكل ملف WinZip© محمي بكلمة مرور إذا كان قد سبق إخضاع البيانات لخوارزمية التشفير ولا يمكن استخدامها لتتبع أشخاص يمكن كشف هويتهم .

## ٣- أمن المخزن

ينبغي إنشاء بروتوكولات خاصة وتنفيذ حلول بالأجهزة/ البرمجيات من أجل الحيلولة دون الوصول غير المشروع محليا وعن بعد إلى الحواسيب الطرفية التي لها وصلة تربطها ببيانات العلاج .



# المسائل المتعلقة بالبيانات

## الفصل الرابع

### ألف - مقدمة

وضعت بلدان كثيرة بالفعل نظما وطنية لجمع البيانات بشأن أنشطة وخصائص خدمات علاج تعاطي المخدرات و/أو الكحول وزبائنها.

وبغية تجميع تلك البيانات ومقارنتها عبر البلدان يلزم تحديد مجموعة أساسية من بنود البيانات المشتركة وتنسيق منهجيات جمع البيانات. وينبغي عدم الاستخفاف بمدى تعقد هذا الجهد. فرغم أنه قد يسهل نسبيا التوصل إلى قائمة مختصرة بالبنود، فإن مهمة تنسيق نطاق المجموعات والوصول إلى توافق في الآراء بشأن مجموعة أساسية من التعاريف، مثل تحديد ما يشكل العلاج وتعاطي المخدرات، أكثر صعوبة من ذلك بكثير.

ولدى إعداد مجموعة الأدوات هذه أجريت مقارنة بين عدة مجموعات من البيانات الدنيا على المستوى الوطني وأخرى على مستوى المقاطعات عن مؤشرات توفير العلاج من الخدمات العلاجية، بغية تحديد مجموعة مشتركة من بنود البيانات. ووقع الاختيار على مجموعة بيانات فترة العلاج (TEDS) في الولايات المتحدة الأمريكية، والمؤشر الأوروبي للطلب على العلاج (TDI)، ومجموعة البيانات الدنيا الوطنية (NMDS) الأسترالية، ومجموعتي البيانات الخاصتين بكندا والجنوب الأفريقي، لإجراء المقارنة. ويجدر ذكر أن المؤشر الأوروبي للطلب على العلاج (TDI) مستمد هو نفسه من تجربة عدة نظم أوروبية راسخة، وأنه أيضا يحدو حدو تجربة فريق بومبيدو [٤٣، ٤٤].

وتتعلق البنود المشتركة التي تشكل قاعدة مجموعة بيانات أساسية بخصائص الزبائن وخصائص العلاج وأنماط تعاطي المخدرات. وتتضمن الفوارق الرئيسية بين المجموعات وحدة القياس، مثل تسجيل الزبائن (الاتحاد الأوروبي) أو تسجيل العلاج (الولايات المتحدة) أو فترة العلاج (أستراليا)، وقواعد الإبلاغ، وأوقات جمع البيانات. وتتباين هذه النظم أيضا من حيث مجموعة الهيئات والزبائن والأنشطة والمخدرات المشمولة في جمع البيانات. ولا تعرض هنا أوجه الشبه والاختلاف بين هذه النظم وغيرها من نظم جمع البيانات. وبدلا من ذلك تقتصر مجموعة الأدوات هذه على المسائل العملية الرئيسية التي يلزم معالجتها بغية التوصل إلى مجموعة بيانات متسقة دوليا.

## باء - المبادئ التوجيهية

ينبغي وضع أقل عبء ممكن على العاملين في الخدمات العلاجية الذين سوف يكونون مسؤولين عن جمع البيانات. ويمكن تحقيق ذلك إذا ما روعي ما يلي:

- ينبغي بذل كل جهد ممكن لاستخدام نظم جمع البيانات القائمة من قبل و/أو تكييفها. والبلدان التي توجد فيها بالفعل نظم لجمع البيانات سوف يسهل إقناعها بأن تشارك في عملية دولية لجمع البيانات إذا أمكن استخراج البيانات من نظمها دون حاجة إلى تغييرات أساسية في النطاق أو التعاريف أو قائمة البنود.
- يمكن تزويد البلدان التي لا يوجد لديها نظام لجمع البيانات بنموذج للبنود ومناهج الجمع، يكون بسيطاً ولكن قابلاً للتوسع فيه بما يتناسب مع الاحتياجات المحلية من البيانات.
- ينبغي أن تراعى الطريقة التي تُجمع بها البيانات روتينياً في المراكز العلاجية بغية ضمان ما يلي: (أ) تجنب ازدواج جمع البيانات حيثما أمكن ذلك؛ (ب) اتسام كل من عملية جمع البيانات والبيانات نفسها بأنها مفيدة للأغراض السريرية، وبذل كل جهد ممكن لإدماج جمع البيانات في الممارسة السريرية الروتينية.
- ينبغي أن يتسنى التوفيق بين الفوارق في النطاق والتعاريف، في حدود المعقول، مادامت محددة وموثقة بوضوح.

اعتبارات إضافية:

- ينبغي أن يركز جمع البيانات على عدد محدود من المؤشرات ومجموعة بيانات أساسية تسهل إدارتها.
- ينبغي جمع البيانات وفقاً لمبادئ منهجية علمية سليمة من أجل ضمان الموثوقية والصحة.
- ينبغي أن تكون طرائق الجمع قابلة للتكيف مع ثقافات وسياسات مختلفة وأن تكون حساسة لهذه الثقافات والسياسات مع احتفاظها بالاتساق.
- ينبغي توحيد تعاريف البنود والمفاهيم وكذلك نطاق الجمع والفترة المشمولة بالإبلاغ.
- ينبغي أن تكون عمليات جمع البيانات والإبلاغ أخلاقية وأن تضمن حماية سرية الزبون وخصوصيته.
- ينبغي أن يكون جمع البيانات ممكن التنفيذ وفعالاً بالمقارنة بتكلفته.
- ينبغي أن تكون أدوار ومسؤوليات كل من الهيئة المعنية والأفراد العاملين فيها واضحة التحديد ومفهومة ومقبولة.
- يجب إقامة اتصالات مع الهيئات المعنية والمحافظة عليها من أجل تعزيز الامتثال وتقديم المساعدة اللازمة فيما يتعلق بمسائل التنفيذ على الصعيد المحلي.
- يلزم توفير الدعم على جميع مستويات إدارة الخدمات وتنفيذها.
- ينبغي توفير المعلومات المرتجعة على نحو مناسب التوقيت للهيئات التي تجمع البيانات وعلى المستويات الإدارية المحلية والإقليمية والوطنية.

## جيم - مجموعة البيانات الدولية الأساسية الموصى بها

استناداً إلى استعراض نظم المعلومات الدولية الرئيسية المذكورة في ما سبق هناك الآن اتفاق واسع النطاق بشأن فئات البيانات الأساسية الضرورية المرغوب فيها من أجل بناء نظام مفيد ويعتمد به وقابل للمقارنة، وهي معروضة بشكل موجز في الجدول أدناه. وتتوخى إمكانية أن تشكل مجموعة البنود هذه قاعدة لمجموعة بيانات دولية أساسية.

### مجموعة بيانات أساسية مستمدة من مقارنة مجموعات من البيانات

العلاج	تعاطي المخدرات (آخر ٣٠ يوماً)	الزبون
• نوع المركز العلاجي	• المخدر الرئيسي	• مؤشر الخاصية <sup>(١)</sup>
• تاريخ بدء العلاج	• المخدرات الثانوية	• السن/ تاريخ الميلاد
• مصدر الإحالة	• طريقة التعاطي <sup>(ب)</sup>	• نوع الجنس
• فترات العلاج السابقة	• تواتر التعاطي <sup>(ب)</sup>	• العرق/ الأصل العرقي
	• السن عند التعاطي للمرة الأولى <sup>(ب)</sup>	• الحالة المعيشية
		• الحالة الوظيفية

<sup>(١)</sup> مؤشر الخاصية (الحروف الأولى من الإسم + تاريخ الميلاد + نوع الجنس)، أو طريقة مساوية، من أجل التقليل إلى أدنى حد من تكرار العدد.

<sup>(ب)</sup> للمخدر الرئيسي أو لكل مخدر، إذا أمكن.

وينبغي اعتبار أن هذه البنود هي "المقام المشترك الأدنى" لمجموعة البيانات. واتباع مجموعة البيانات هذه لن يضع إلا عبئاً ضئيلاً على البلدان التي تجمع حالياً بيانات عن العلاج على الصعيد الوطني (أو لن يحملها أي أعباء إضافية)، كما أنه يوفر مجموعة بسيطة من البنود اللازم جمعها في البلدان التي لا توجد فيها نظم قائمة.

وتجدر ملاحظة أنه سوف تكون هناك دائماً فوارق سياقية بين النهج الوطنية المتبعة حيال مشاكل تعاطي المخدرات، بما في ذلك ما إذا كانت الخدمات العلاجية تخضع لقيود طبية أو اجتماعية أو قانونية، ويهم أن تؤخذ هذه المسائل وغيرها من المسائل الوطنية/ المحلية بعين الاعتبار.

## دال - وحدة القياس والمفهوم وتعريف البنود

إلى جانب الحصول على مجموعة من البنود للمجموعة الأساسية يلزم اتخاذ قرار بشأن وحدة القياس التي تستخدم في جمع البيانات، أي مثلاً إذا كانت سوف تستند إلى تسجيل الزبون أم إلى تسجيل فترة العلاج. وثانياً يلزم توافق آراء بشأن تعريف المفاهيم الجوهرية، مثل ما الذي يشكل "العلاج"، ومتى يقال إن العلاج قد بدأ وما هو تعريف "الزبون"، وما هو المقصود بالعبارة "تعاطي المخدرات"؟ وأخيراً، ينبغي تعريف البنود كما يلزم أن يتسنى تخطيط حقول بياناتها وفقاً لمجموعة شفرات موحدة، إن لم تكن متساوقة تماماً. ويمكن إيجاز منهجية المعبر (crosswalk) هذه في قاموس للبيانات. وسوف يأتي ذلك في مرحلة لاحقة من التطوير. ومفتاح النجاح في جمع البيانات دولياً هو ضمان إمكانية مقارنة البيانات التي تجمع من بلدان مختلفة وفقاً لمجموعة مشتركة من الشفرات المقبولة.

وفي حين أنه لا يوجد اتفاق واضح على معنى جميع المفاهيم/ التعاريف في مختلف البلدان وأنه سوف يكون هناك كثير من التباين عالمياً، فإن من الممكن أن تكون التوصيات الواردة أدناه بمثابة دليل مفيد لبلد يستهل جمع البيانات .

## ١ - وحدة القياس

أكثر النهج واقعية هو أن يتبع أسلوب تسجيل الزبون/ الحالة كوحدة أساسية للقياس بطريقة مماثلة للطريقة المتبعة حالياً لجمع البيانات الخاصة بمؤشر الطلب على العلاج في الاتحاد الأوروبي (TDI)، وهي :

### تسجيل الزبون/ الحالة

الزبون/ الحالة هو شخص يبدأ علاجه من تعاطي المخدرات في مركز علاجي خلال السنة التقويمية، من ١ كانون الثاني/ يناير إلى ٣١ كانون الأول/ ديسمبر .

وسعيًا إلى التقليل إلى أدنى حدّ من تكرار عدّ الزبائن الذي يرتادون هيئات مختلفة كثيرة في السنة نفسها، ومن أجل الإبلاغ على الصعيد الوطني بالاستناد إلى مؤشر الطلب على العلاج، فإن آخر علاج يُقدّم للزبون هو الذي يُحسب في أي سنة ولا تحسب في السنوات اللاحقة العلاجات المستمرة منذ سنوات سابقة. وينطبق هذا الأمر على أي فترة زمنية أو منطقة جغرافية مختارة (انظر الفصل السادس، التحليل والإبلاغ، وارجع أيضاً إلى الإصدار ٢ من البروتوكول الموحد لمؤشر الطلب على العلاج (TDI Standard protocol 2.0) (الموقع الشبكي <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) والوصلة إلى المرصد الأوروبي للمخدرات والإدمان عليها/ فريق بومبيدو EMCDDA/Joint Pompidou Group Treatment demand indicator-Standard protocol 2.0 تحت "Protocol and methodological reports"). ويتيح اتباع هذا النهج "تخطيط" النظم القائمة على فترات العلاج وحسابها بما يعادلها في السجلات القائمة على الزبائن .

الخيار بين تسجيل فترة العلاج وتسجيل الزبون/ الحالة :

(أ) فترات العلاج هي بوجه عام الفترات التي تمتد من بداية العلاج (للتخلص من مشكلة مخدرات أو مشكلة كحول) إلى نهايته (الإذن بالخروج). وتحديد موعد الإذن بالخروج هو أمر بالغ الأهمية لأنه يصعب من دون هذا الموعد تحديد نهاية فترة العلاج، ما لم تحدّد نقطة فصل عشوائية تكون في حدود ٦ أشهر مثلاً .

(ب) تسجيل الزبون/ الحالة يعتبر عادة منذ لحظة خضوع الزبون لخدمة من خدمات العلاج (انظر أدناه). وتجدر الإشارة إلى أن تسجيل الزبون، على المستوى الفردي، لا يتيح التقدير الكافي للعبء الحقيقي الواقع على عاتق نظام العلاج، لأنه من المعروف أن الزبائن يستطيعون ولوج خدمات عديدة في غضون سنة واحدة. ويُعدّ موعد الإذن بالخروج وسببه شرطان أساسيان لأي محاولة لفحص نتائج العلاج. ومع ذلك، فإن تسجيل الزبون/ الحالة يوفر بداية مباشرة بقدر معقول، وهو قابل للترقية إلى نظام قائم على فترات وذلك عقب مرحلة التطوير الأولى .



## ٢- ما هو العلاج؟

بما أن نطاق وطبيعة العلاجات التي تُتاح لمن يعاني مشاكل المخدرات يتفاوتان تفاوتاً كبيراً بين البلدان، فإن من المهمّ اعتماد تعريف للعلاج ولبدايته يكون واسعاً بما فيه الكفاية وقابلًا للتفسير والقبول به على نطاق منطقة شاسعة.

### علاج تعاطي المخدرات

علاج تعاطي المخدرات هو أي تدخل منظم يهدف بالتحديد إلى معالجة تعاطي المخدرات لدى شخص ما.

ورغم أن مشاكل متعاطي المخدرات قد تشمل طائفة واسعة من الأمور، فإن العلاج يستهدف تعاطي المخدرات ذاته لدى الشخص. ومن الأمثلة في هذا الصدد تثبيت أو خفض تعاطي المخدرات، وتوخي نظم العلاج الصياني أو العلاج بالامتناع، والعلاج السلوكي، والتدخل الطبي أو النفسي، وما إلى ذلك. وفي هذا السياق، لا تُشكّل المساعدة على حلّ المشاكل المتعلقة بالإسكان أو التعليم أو العلاقات، مثلاً، علاجاً رغم أن الدعم في هذه المجالات قد يكون عاملاً مساعداً في العلاج.

## ٣- ما هي الهيئات التي ينبغي أن تُدرج في جمع البيانات؟

في كثير من البلدان تُوفّر مرافق العلاج من تعاطي المخدرات معظم أماكن العلاج. بيد أنه تجدر الإشارة إلى أن متعاطي المخدرات سوف يُشاهدون في عدد من السياقات النوعية الأخرى (مثلاً لدى طبيب الأسرة أو لدى غيره من المرافق الطبية المتخصصة كالعيادة النفسية). وفي البلدان التي لا توجد فيها مرافق متخصصة للعلاج من المخدرات، كثيراً ما يُرى متعاطو المخدرات الأشكالين، في المقام الأول، في سياقات تقديم المساعدة الطبية العامة و/أو المساعدة الاجتماعية. ومن المهم إدراج جميع الأماكن التي يُعالج فيها متعاطو المخدرات ضمن تدخل منظم لتخليصهم من هذا التعاطي.

ومجموعات المساعدة الذاتية مثل منظمة تقديم المساعدة في الخفاء لمدمني المخدرات (Narcotics Anonymous) أو منظمة تقديم المساعدة في الخفاء لمدمني الكحول (Alcoholics Anonymous) لا تُعتبر في العادة من خدمات العلاج المنظم وينبغي بالتالي أن تُستبعد.

### مراكز العلاج

مركز العلاج هو أي وكالة تقدّم العلاج لمن يعاني من مشاكل المخدرات. ويتم العلاج عادة لدى مرافق متخصصة لتعاطي المخدرات، لكنه قد يتم أحياناً في السياقات النوعية مثل الطب العام. وقد يُقدّم مركز واحد أكثر من برنامج علاجي واحد أو خدمة علاجية واحدة.

ويمكن إقامة مراكز العلاج في إطار هياكل طبية أو غير طبية، حكومية أو غير حكومية، عامة أو خاصة، متخصصة أو غير متخصصة. فهي تضم وحدات داخلية لإزالة السمّية، وعيادات خارجية، وبرامج العلاج بالمخدرات البديلة (العلاج الصياني أو العلاج الأقصر أجلا لإزالة السمّية) والدوائر العلاجية، ومراكز الإرشاد والتوجيه، والهيئات العاملة في الشوارع، ومراكز علاج الأزمات، وبرامج العلاج من المخدرات في السجون، والخدمات الخاصة المقدمة لتعاطي المخدرات في إطار مرافق الصحة العامة أو الرعاية الاجتماعية.

وتجدر الإشارة إلى أنه يتم عادة استبعاد الجهات التالية: قاعات الطوارئ بالمستشفيات أو مرافق الصحة العامة/الرعاية الاجتماعية العامة التي يتصل بها متعاطو المخدرات أساسا من أجل الحصول على المساعدة لحلّ مشاكل لا صلة لها بالمخدرات، والبرامج المعنية حصرا بتوفير الحقن/الإبر أو نشر المعلومات، ما لم تكن تلك الأنشطة جزءا من طائفة أوسع من الخدمات المقدمة لمساعدة من يعانون من مشاكل المخدرات.

#### ٤ - متى يبدأ العلاج؟

يلزم في هذا السياق قدر من المرونة من أجل تجسيد مختلف الممارسات السريرية. ففي بعض الحالات، يتم فرز الزبائن قبل اتخاذ القرارات بشأن علاجهم؛ وفي بعض الحالات الأخرى، يشكل تقييم الزبائن بداية عملية العلاج؛ وفي بعض الحالات الأخرى أيضا يُعتبر وصف الدواء بمثابة بداية العلاج.

#### بداية العلاج

هي أول اتصال رسمي للحصول على الخدمات حيث يجري التقييم و/أو العلاج لدى مقدّم العلاج ويشمل عادة تسجيل الشخص بصفة رسمية في مركز العلاج. وينطوي ذلك على إجراء تقييم منظم يفضي إلى وضع خطة للعلاج.

#### ٥ - من هم الزبائن؟

#### تعريف الزبون

الزبون هو متعاطي إشكالي يبدأ العلاج من تعاطي المخدرات لدى مركز من مراكز العلاج. ويُستثنى من هذا التعريف الأشخاص الذين يتصلون بمركز العلاج نيابة عن متعاطي المخدرات والأشخاص من ذوي المشاكل المتصلة حصرا بعلاقتهم بأحد متعاطي المخدرات.

ينبغي ألا يعد النظام ضمن الزبائن سوى متعاطي المخدرات الإشكاليين الخاضعين للعلاج وليس الزبائن من الأطراف الثالثة (الذي يمثلون شخصا آخر أو ينوبون عنه) أو من يستعلم للحصول على النصائح والمعلومات لا غير. ولكن إذا كان نظام معلومات العلاج قد كلف فعلا بإدراج الزبائن من الأطراف الثالثة، فإنه ينبغي أن يكون قادرا على تحديد هؤلاء واستبعادهم من التحليلات.

## ٦- ما هي المخدرات التي تدرج في جمع البيانات؟

## تعريف المخدرات

المخدرات هي أي عقاقير مخدرة يساء استعمالها باستثناء الكحول والتبغ .

أو

هي جميع العقاقير المخدرة التي يساء استعمالها، بما فيها الكحول والتبغ، ما دام سَيستبعدان إذا اقتضى الأمر من التحليلات الإضافية .

كثيرا ما لا ينطوي مفهوم سوء استعمال المخدرات على استعمال الكحول والتبغ، مع أن استعمالهما قد يسفر عن مشاكل صحية أكبر كثيرا وأعباء أشد إلى حد بعيد بالنسبة للمجتمع . والقضايا الثقافية والاجتماعية تؤثر في طريقة النظر إلى موضوع المخدرات وتناوله وتباين من بلد إلى آخر، شأنها في ذلك شأن القوانين التي تجعل المخدرات مشروعة أو غير مشروعة . وإدراج الكحول أو التبغ في نظام معلومات أو استبعادها منه هو، إلى حد بعيد، قرار يركز على السياسات والموارد . ولا يوجد سبب جوهري لعدم تضمين هذين النوعين من المخدرات في عملية جمع البيانات، مع أن من الجدير بالذكر أن المسائل المشمولة بمعظم قوائم البنود الأساسية لعلاج تعاطي المخدرات لا تتناول بشكل محدد مشاكل الكحول أو التبغ .

ومن المهم للغاية أن تكون كل النظم قادرة على استبعاد مستعملي الكحول والتبغ فقط من قواعد البيانات الخاصة بها، كيما يتسنى إجراء التحليلات والمقارنات الدولية بين قواعد البيانات .

وينبغي إدراج سوء استعمال المخدرات المبيعة بوصفة طبية، الذي يسبب مشاكل للأفراد .



# التنفيذ

## الفصل الخامس

عند بلوغ مرحلة التنفيذ يفترض أن تكون كل الأعمال الأساسية قد أُنجزت .  
ويكون التنفيذ عندئذ أمرا عمليا بطبيعته .

### إشراك الناس

إن تعاون من يتعين إشراكهم في نظام معلومات خاص ببيانات المخدرات أمر حاسم بالنسبة لنجاح النظام . ويجب تمكين الأفراد من أداء مهامهم بتزويدهم بما يلزم من دعم وتدريب وموارد . وثمة ثلاث مراحل ضرورية في هذا الصدد : التحديد والإعداد والعمل الميداني .

### ألف - مرحلة التحديد

يقترح تحديد ما يلي :

- مقدمو المعلومات
- الهيئة (الهيئات) المضيفة
- أصحاب المصلحة الرئيسيون الآخرون
- الاحتياجات من البرمجيات/ المعدات الحاسوبية
- خطوط الاتصال
- خطوط المساءلة
- العمليات
- الاحتياجات التدريبية
- حلقات المعلومات المترجمة

### باء - مرحلة الإعداد

من الضروري أن تكون هناك بجانب تلك المرحلة، أو بعدها بوقت قصير، مرحلة إعداد بحيث تكون جميع المواد والعناصر الهيكلية في أماكنها قبل العمل على استهلال النظام الجديد . وهذا مهم بشكل خاص لبناء الثقة في النظام الجديد منذ

البداية. فالدعم والتعاون، وبصفة خاصة من مرافق العلاج السريري، يفقدان بعد وقت قصير جدا إذا لم يكن النظام قائما بوضوح على تفكير متعمق وإذا لم يكن مقبولا بشكل عملي. وكثيرا ما وجد أن من المفيد إجراء اختبار ميداني للمستندات (الجدول، الوثائق، الخ.) لضمان أن تكون مفهومة وأن تفسر تفسيراً صحيحاً.

ويقترح إعداد ما يلي:

- خطة تنفيذ وجدول زمني
  - برامجيات جمع/ تحليل بيانات
  - دليل بيانات ومعجم
  - مواد مكتوبة
    - رسائل إلى أصحاب المصلحة
    - مواد إعلانية
    - شعارات وما إلى ذلك
    - صحائف جمع بيانات
    - إرشادات عملية
  - بروتوكولات لجمع البيانات وتسليمها وتوفير المعلومات المترجمة
  - موارد تدريبية
  - اختبار استرشادي ومراجعة استرشادية
- وحيثما تستخدم استمارات ينبغي تصميمها بحيث تكون بسيطة وسهلة الاستعمال وفي شكل مستندات من صفحة واحدة. ومن المهم للغاية مراعاة التواضع النسبي أولاً وعدم محاولة جمع كل شيء قد يلزم في نهاية المطاف. وثمة حاجة إلى الاستشراف العملي والواقعية.
- وينبغي نشر السياسات والإجراءات في دليل. ويكون هذا بمثابة دليل إرشادات للقائمين بتنفيذ نظام لأول مرة ودليل مراجعة لاحق لمن لديهم نظام يجري تنفيذه فعلاً. وينبغي أن يتضمن الدليل ما يلي على الأقل:
- تقديم البيانات (في شكل ورقي/ على أقراص حاسوبية/ في شكل إلكتروني/ على الإنترنت)
  - المواعيد النهائية وممارسات الحوافز/ الإنفاذ
  - إدخال البيانات، بما في ذلك المراجعات المنطقية
  - حلقات تقديم المعلومات المترجمة إلى المرافق العلاجية للإبلاغ بالأخطاء وأوجه عدم الاتساق وتصحيحها
  - خطة تحليل بيانات (مع جداول افتراضية)
  - خطة إبلاغ متعددة المستويات معدة حسب المتطلبات
  - ملخص للمسائل الأخلاقية والأمنية والكيفية التي تجري معالجتها بها

## جيم- مرحلة العمل الميداني

ينبغي تنفيذ برنامج استهلال وتدريب . وينبغي الاتصال بجميع أصحاب المصلحة الرئيسيين شخصياً، إما برسالة وإما وجهاً لوجه، وبذل جهود ضخمة لضمان فهم المبادرة ودعمها بصورة كاملة. كما ينبغي تخصيص وقت كاف لهذه العملية.

وينبغي متابعة الاتصالات الأولية باتصالات منتظمة بالمرافق العلاجية وأصحاب المصلحة الرئيسيين، بوسائل من بينها الزيارات والاتصالات الهاتفية والرسائل الإخبارية وما إليها. وهذا أمر مفيد للتشجيع على الاهتمام بالتفاصيل وضبط الجودة في جمع البيانات، ولتلقي معلومات مرتجعة بشأن إمكانية التشغيل والوضوح وحجم البيانات والمسائل الأخرى التي تم تحديدها.





# التحليل والإبلاغ

## الفصل السادس

### ألف - مقدمة

لتحويل البيانات المجمعة إلى معلومات مرتجة مفيدة يلزم إعداد البيانات للتحليل والبت في أشكال المعلومات المرتجة الملائمة للجهات المعنية المتلقية للمعلومات. وسيحتاج الأمر إلى تنقية البيانات والتحقق من صحتها، واستخدام برامجيات ملائمة، واختيار أولويات للإبلاغ، وتوضيح تعاريف الحالات، والاتفاق على مستويات ملائمة لتفاصيل الإبلاغ.

### ١ - الجهات المتلقية للمعلومات

ينبغي أن توفر مؤشرات الطلب على العلاج مستويات متعددة للمعلومات المرتجة تناسب مختلف الجهات المتلقية للمعلومات. ومن المرجح أن تتضمن هذه الجهات مرافق تقديم الخدمات والهيئات التشغيلية والهيئات الحكومية الوطنية وكذلك، حسبما يكون ملائما، المنظمات الدولية. وقد تكون للإبلاغ النظم الدولية القائمة إجراءات مقررّة يتعين التقيد بها. وفي بعض الحالات قد يكون من المناسب التقيد بالإجراءات نفسها المستخدمة في الإبلاغ الدولي، ولكن قد يكون من المناسب في حالات أخرى تكييف التحليل مع احتياجات محددة ومحلية. وستركز بقية هذا الفصل على مجموعة خيارات شائعة تواجه أي شخص يحتاج إلى تحليل مجموعة بيانات خاصة بعلاج تعاطي المخدرات.

### ٢ - تعاريف الحالات

مؤشر الطلب على العلاج ليس الغرض منه قياس المدى الكامل للنشاط بين مرافق خدمات علاج تعاطي المخدرات وزبائنها. وقد يخضع زبون فرد، في مرفق واحد على مدى فترة زمنية معينة، لفترات علاج متعددة وطرائق، أو نظم علاجية، متعددة في نطاق هذه الفترات. وفي الفترة الزمنية ذاتها قد يتقدم الزبون أيضا بطلبات للعلاج في أكثر من مركز. ويمكن تسجيل فترة علاج مستقلة في كل مرة يتقدم زبون فرد إلى أحد المراكز. وبالنسبة لكل جانب من جوانب الإبلاغ يلزم اتخاذ قرار بما إذا كان الفرد أو كانت فترة العلاج أنسب أساسا للتحليل. وعندما يتخذ هذا القرار ينبغي النظر بدقة في كيفية تعريف واستخراج البيانات الخاصة بالفرد أو فترة العلاج من مجموعة البيانات المتاحة.

### الأفراد

تتمثل الممارسة العامة في الإبلاغ بخصائص الزبائن (مثل نوع الجنس والعرق والسن وتعاطي المخدرات) على مستوى الفرد. ويعني هذا أن تستخدم للتحليل حالة واحدة فقط لكل فرد في الفترة الزمنية المعنية. وعلى هذا الأساس يجب استخدام ترتيب أولويات منهجي للحالات. وخيارات هذا مبينة فيما يلي:

(أ) أول فترة علاج في الفترة الزمنية؛

(ب) آخر فترة علاج في الفترة الزمنية؛

(ج) تجميع مجمل كل فترة علاج في حالة واحدة (مناسب لحقول معينة فقط).

ويرى بوجه عام أن الأنسب هو الإبلاغ عن آخر حالة للفرد في الفترة الزمنية لأن هذا يمثل أحدث تقرير عن حالة الزبون ونشاطه. والتفاصيل الخاصة بالزبون، مثل الحالة المعيشية والحالة الوظيفية وتعاطي المخدرات، قد تتغير طبعاً بمرور الوقت، ومن المرجح أن أنسب بيانات الإبلاغ هي أحدث الحالات. وأياً كانت الطريقة المعتمدة، يجب توضيح أوجه القصور لتلقي البيانات بغية تجنب سوء التفسير.

وللتأمل، على سبيل المثال، في مجموعة من ١٠ زبائن يتقدمون بطلب للعلاج في وقت مبكر في الفترة الزمنية من مشكلة تعاطي هيروين رئيسية. ويلتزم خمسة من هؤلاء الزبائن أيضاً العلاج مرة ثانية، في وقت لاحق خلال الفترة، من مشكلة تعاطي قنب رئيسية. فسوف تبلغ منهجية "آخر فترة علاج" عن خمسة أفراد لديهم مشاكل تعاطي هيروين رئيسية وخمسة أفراد لديهم مشاكل تعاطي قنب رئيسية. وستبلغ طريقة إبلاغ أخرى (تجميع الحالات) أن ١٠ أفراد أبلغوا عن وجود مشكلة تعاطي هيروين رئيسية لديهم و٥ أفراد أبلغوا عن وجود مشكلة تعاطي قنب رئيسية، ولكن لا تستبعد أي من المجموعتين الأخرى. وسينطوي مؤشر طلب وطني بوضوح على درجة تعقيد أعلى كثيراً من ذلك، ولكن هذا المثال البسيط يبين مدى أهمية النظر في تحديد طريقة التفسير الملائمة.

وستتغير السن طبعاً على مدى فترات العلاج الفردية، ومع ما يرجح من اهتمام بعمليات الإبلاغ من الشباب والتركيز عليها ستكون هناك ظروف يرى فيها أن الخصائص التي يظهرها الفرد في أول فترة علاج هي أنسب ما يتعين النظر فيه. وبالمثل، إذا كان الباحثون يهتمون بتعاطي المخدرات المستجد فإن فترة العلاج الأسبق في فترة زمنية قد تكون محل اهتمام بالغ وبصفة خاصة إذا كان الزبون جديداً، في هذا الوقت، على النظام العلاجي.

وقد يكون مزيج من هذه المنهجيات ملائماً لسياقات معينة/ جهات معينة متلقية للمعلومات، ولو أنه يوصى عموماً، للوضوح وسهولة التفسير، بأن تستخدم طريقة واحدة في أي تقرير إبلاغ واحد بأكمله. وينبغي أن يكون أي انحراف عن منهجية نمطية مصحوباً دائماً بإرشادات وشرح شديدة الوضوح.

وفيما يتعلق بالخصائص التي لا تتغير عادة (نوع الجنس، العرق)، يمكن تجميع البيانات الناقصة من حالات أخرى باختيار أحدث رد صحيح بالنسبة للحقل، أو المتغير، من داخل الفترة الزمنية.

وعلى سبيل المثال فإنه إذا استخدمت منهجية "آخر فترة علاج" وكانت المعلومات الخاصة بنوع الجنس ناقصة ولكنها موجودة في فترة العلاج السابقة، فإن من الممكن عندئذ نقلها من فترة العلاج السابقة. وحتى حيثما يمكن أن يتغير الحقل/ المتغير على نحو مشروع يظل أمرا صحيحا في كثير من الأحيان أن يختار آخر رد إيجابي في حالات البيانات الناقصة.

### فترات العلاج

يمكن الإبلاغ عن خصائص فترة العلاج، مثل نوع الهيئة أو مصدر الإحالة، بشكل أكثر فائدة على مستوى فترة العلاج. وهناك، مرة أخرى، أكثر من طريقة لتفسير هذه البيانات؛ فعلى مستوى المركز العلاجي كثيرا ما يكون من الأنسب بيان مجمل الطلب وليس عدد الزبائن الأفراد فحسب.

### باء- إعداد البيانات

يبدأ التحليل الجيد بروتين شامل لتنقية البيانات والتثبت من صحتها. ومن المرجح أن ينطوي هذا على تحديد البيانات الخاطئة، أو التي يحتمل أن تكون خاطئة، والعمل على تأكيد/ تحرير البيانات أو حذف الحالة (الحالات) المعنية. وقد لا يتيح النظام الحاسوبي لإدخال البيانات إدخال حالة إذا كانت أي حقول رئيسية ناقصة (ما يسمى "التثبت الداخلي"). وإذا لم يكن الحال كذلك فإن الأمر يقتضي عندئذ تحديد البنود الناقصة قبل أن يتسنى استهلال أي تحليل. وقد تشمل بعض المراجعات المألوفة ما يلي:

- السن بالغة الارتفاع أو بالغة الانخفاض
  - عدم توافق طريقة التعاطي مع المخدر (مثل القنب؛ الحقن)
  - السن المبينة للتعاطي الأول أكبر من السن الحالية.
- وقد تكون هناك، تبعا للبيانات المجمعة، مئات من مراجعات التثبت الداخلي هذه. ويمكن أن تستغرق هذه المراجعات وقتا طويلا بين جمع البيانات والإبلاغ، ولاسيما حيثما يلزم الاتصال بالهيئات لتصحيح البيانات المقدمة. ومن ثم فإن من الجوهرى تنفيذ نظام متسق ومؤتمت/ شبه مؤتمت للتثبت من صحة البيانات من أجل الموظفين المشتغلين بمعالجة البيانات.

### ١- فئات إعادة التشفير

إن أفضل الأمور في هذا الصدد هو جمع بيانات ذات مستوى تفصيل مرتفع، ولكن على أن يعاد تشفيرها في فئات يمكن استخدامها لأغراض الإبلاغ على نطاق واسع. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تسجل عند المصدر عدة مئات من فئات المخدرات الفردية ومن الضروري إعادة تشفيرها في مجموعات من أجل أي مستوى إبلاغ يمكن تنفيذه. ومن الممكن أن تكون هذه المجموعات واسعة النطاق أو محددة بالقدر اللازم، ومن الأمثلة في هذا الصدد المواد الأفيونية/ المنشطات أو الهيروين/ الميثادون/ المواد الأفيونية الأخرى/ الكوكايين/ الأمفيتامين/ المنشطات الأخرى. وينبغي

أن تكون الفئات مرنة بما يكفي للتغير بمرور الوقت في المجموعة السكانية المشمولة بالإبلاغ. ومن أمثلة ذلك ظهور كراك الكوكايين كفتة مستقلة عن "الكوكايين" نتيجة لتزايد تعاطيه في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية طوال تسعينيات القرن العشرين. وسيظل من الضروري تحليل تعاطي المخدرات بأصغر قدر ممكن من التفصيل بغية رصد تعاطي مخدرات محددة جدا.

وسيلزم أيضا وضع مجموعات عمرية لتيسير الإبلاغ، وينبغي تقسيم هذه المجموعات إلى فئات خمسية السنوات لإتاحة التصنيف على نحو يتوافق مع الاحتياجات القطرية ويتسم مرونة كافية لإتاحة إعادة التشفير لأغراض المقارنة بالبيانات الدولية الأخرى.

وعند إعادة تشفير بيانات محددة في مجموعات أوسع نطاقا ينبغي دائما أن يكون من الممكن إجراء "الهندسة العكسية" للعملية كيما لا يفقد أي تفصيل في البيانات المتوفرة.

## ٢- حساب الحقول الرئيسية

في كثير من قواعد البيانات لا تجمع بيانات السن ولكنها بالأحرى تحسب من تاريخ الميلاد. وفيما يتعلق بمؤشر للطلب على العلاج ينبغي حساب السن على أنها الوقت بين تاريخ الميلاد وتاريخ طلب العلاج. ويتيح هذا مستوى من الدقة أكبر من المستوى الذي يتيح مجرد جمع بيانات السن الواردة في البيانات الأصلية. فهو يعتمد على وجود كل من تاريخ الميلاد وتاريخ طلب العلاج، بيد أنه لا يمكن بدونهما تعريف الفرد (على أساس مؤشر الخاصية) في نطاق فترة زمنية معينة.

## جيم- تحليلات البيانات والإبلاغ

### ١- تحليلات مقترحة

يورد الفصل الثاني إشارة جيدة إلى عمق استخدامات مؤشر الطلب على العلاج، وبصفة خاصة عندما يستقر على مدى سنوات عديدة. والنطاق الكلي للتحليلات الممكنة أكبر من أن يغطي هنا، ولكن من المرجح أن تكون احتياجات إبلاغ أساسية معينة مشتركة بين بلدان مختلفة. ومن الواضح أن الدور المحوري لمؤشر الطلب على العلاج سيكون الإبلاغ عن طبيعة ومدى تعاطي المخدرات المبلغ إلى الهيئات العلاجية مع تقييم كيفية اختلاف هذه الطلبات فيما بين مجموعات البيانات الفرعية المتعلقة بخصائص الزبائن. وينبغي أن يتضمن أقل قدر من الإبلاغ (لكل فترة زمنية ومنطقة إقامة أو منطقة توفير علاج) ما يلي:

- (أ) عدد الأفراد المتقدمين بطلبات علاج: هذا أهم رقم على الأرجح بالنسبة لأي مؤشر للطلب على العلاج، فهو يبين عدد الأشخاص المستوفين لمعايير متعاطي المخدرات الإشكالية والذين التمسوا العلاج من مشكلتهم؛
- (ب) عدد الطلبات التي قدمها هؤلاء الأفراد: يقدم أفراد كثيرون طلبات متعددة مع مرور الوقت وعبر مرافق خدمات أو مناطق تقديم خدمات، ويبين هذا الرقم مستوى الطلبات المقدمة إلى مرافق الخدمات هذه؛
- (ج) أنواع الهيئات التي تقدم إليها الطلبات: لما كانت مرافق الخدمات مكلفة بتلبية الاحتياجات فإن من الضروري فهم مستوى الطلبات المقدمة إلى كل نوع أنواع مرافق الخدمات وطبيعة المشاكل المعروضة عليها؛

- (د) الأعداد المبلغة عن التعاطي الأول لكل مخدر: المخدر الرئيسي المتعاطى يمكن أن يكون المخدر المسبب لمعظم المشاكل في وقت التقدم بطلب للعلاج و/أو المخدر الذي التمس الزبون العلاج منه (تعريفه على وجه الدقة مسالة تدريبية بالنسبة للهيئات المشاركة). وهو، في أي من الحالتين، أوضح بيان لطبيعة المشاكل المعروضة التي يلزم أن تستجيب لها مرافق الخدمات؛
- (هـ) الأعداد المبلغة عن أي تعاطى لكل مخدر: المخدرات غير المخدر الرئيسي المتعاطى قد تكون، أو لا تكون، إشكالية في تعاطيها. وهي، بهذه الصفة، تظل، رغم أنها قد لا تكون مؤشرا مباشرا على طبيعة الطلبات المقدمة إلى مرافق الخدمات، مؤشرا جوهريا على تعاطي المخدرات الأوسع نطاقا والحاجة المحتملة غير الملابة؛
- (و) مستويات الحقن: تعاطي المخدرات حقنا يمكن أن يدل على الطابع "المتقدم" لتعاطي الفرد للمخدرات وأن يثير أيضا شواغل في مجال الصحة العامة فيما يتعلق بانتشار الأمراض المنقولة بالدم. و"الحقن"، بهذه الصفة، مؤشر جوهري من مؤشرات الإبلاغ. والتقييم الموضوعي لهذا العامل يمكن أيضا أن يوفر دلالة مباشرة على احتياجات تقديم الخدمات إلى معدات حقن نظيفة؛
- (ز) عدد الأفراد الذين سبق/ لم يسبق أن عولجوا: يتيح هذا رصد مستوى الطلبات المقدمة من المجموعات السكانية غير الظاهرة (من قبل) ويمكن أن يبين أي اتجاهات مستجدة في تعاطي المخدرات وخصائص الزبائن. ويمكن استخدامه في آخر الأمر لبيان الأوبئة أو المجموعات السكانية المستقرة (انظر الفصل الثاني)؛
- (ح) نوع جنس الأفراد المشمولين بالإبلاغ: قد تكون لدى الذكور مجموعة مشاكل مختلفة عن تلك الموجودة لدى الإناث، وقد تكون لدى كل من هاتين الفئتين احتياجات مختلفة عن احتياجات الفئة الأخرى، وقد تتقدم كل منهما إلى مرافق الخدمات في أعمار مختلفة وبدرجات مختلفة عن الفئة الأخرى. وتمثل كل هذه العوامل احتياجات إبلاغ مهمة؛
- (ط) الأصل العرقي للأفراد المشمولين بالإبلاغ: الأصل العرقي مشابه فيما يتجلى عنه لنوع الجنس ويمثل نافذة على رصد العدالة في تقديم الخدمات في المجتمعات المحلية المختلفة؛
- (ي) المجموعات العمرية للأفراد المشمولين بالإبلاغ: قد تكون للأفراد الأصغر سنا احتياجات علاجية مختلفة، وقد يدل أي اختلاف في طبيعة طلباتهم العلاجية على وجود اتجاهات مستجدة.

وهذه القائمة أبعد عن أن تكون شاملة نظرا لأن أي عدد من توليفات البيانات المبلغة قد يلزم لأصحاب مصلحة رئيسيين مختلفين في أوقات مختلفة. والواقع أن المبدأ العام هو أنه ينبغي أن تستخدم كل البيانات المجمعة وأن تبلغ في مرحلة ما إذا أمكن تبرير جمعها أولا. بيد أن من الضروري صوغ إبلاغ متسق وموحد قياسيا يمكن مقارنته على مر الزمن والتوسع فيه حسبما يكون ملائما. والقائمة المبينة أعلاه توفر تقييما لطبيعة الطلب ومستوياته والكيفية التي يمكن أن تتغير بها هذه الأمور بمرور الوقت. وينبغي تحليل الواصفات (أ) - (و) بحسب السن ونوع الجنس والأصل العرقي وما إذا كان قد سبق الحصول على العلاج ومكان الإقامة/ العلاج بغية كفاءة أوضح المقارنات وأشدّها لزوما. ومن المرجح أن توفر في نطاق نظام الإبلاغ الأدنى هذا أغلب المتطلبات من المعلومات الأساسية وأعمال رصد التقدم نحو بلوغ الأهداف.

## ٢- الاتجاهات

سيكون من المهم تسجيل التغيرات في هذه الوصفات الأساسية بمرور الوقت والإبلاغ بها. ويمكن استخدام هذا النهج لتقييم التغيرات في طبيعة ومدى الطلبات وتقديمها نحو أي أهداف محددة. والأمر الشائع للغاية هو الإبلاغ بهذه التغيرات فيما بين فترات سنوية. ويمكن تقييم التغيرات التي تحدث على مدى فترات أقصر، ولو أن هذه التغيرات قد ترتهن على نحو خاص بالتغيرات الموسمية أو غيرها من التقلبات القصيرة الأجل. ولأغراض التشغيل، يستصوب بوجه عام أن تتوفر القدرة على تحليل البيانات على أساس الفترات الضريبية (المالية)، وهي عادة من ١ نيسان/أبريل إلى ٣١ آذار/مارس. بيد أنه ينبغي تجهيز نظم الإبلاغ بحيث تضطلع بالإبلاغ على نطاق كل من السنوات التقييمية والسنوات المالية.

وينبغي الحرص على عدم الاقتصار على مقارنة فترة بيانات بالفترة السابقة لها دون تقييم مدى أهمية هذه التغيرات في سياق الاتجاهات الأطول أجلا.

## ٣- منطقة توفير العلاج أو إقامة الزبائن

من المرجح أن تحتاج الهيئات التشغيلية إلى معرفة مستوى طلبات العلاج داخل منطقتها ومستوى طلبات العلاج المقدمة من المقيمين في منطقتها لأن من غير المرجح أن يكون الإثنان متطابقين. وقد يلزم الإبلاغ بالتحليلات على أي من هذين المستويين، كما قد يلزم أن تبين التحليلات مقدار التداخل بينهما.

## ٤- مستويات التفسير

من المفيد عادة إدراج مستوى معين لتفسير البيانات المحللة في أي تقرير إبلاغ. فمن المرجح أن يفضي إدراج تفسير ملائم إلى تحسين أي إبلاغ يتضمن معلومات مرتجعة لأنه يمكن أن يقدم تعليقا على الجداول الوصفية لبيانات التواتر وفهما متعمقا لهذه الجداول. وعلى الصعيد الوطني والإقليمي قد يتضمن هذا مقارنات بين المناطق الإدارية أو مناطق التشغيل بينما قد يتضمن الإبلاغ على المستوى المحلي، أو حتى على مستوى الهيئة الفردية، مسائل موضع اهتمام محلي محدد و تفصيلي.

وكلما جرى تفسير البيانات ينبغي الحرص على مراعاة التأثير المحتمل للانحياز الذي قد تجلبه المسائل الخاصة بالتغطية. وإذا حدث، على سبيل المثال، أن رفضت مجموعات سكانية فرعية معينة المشاركة في جمع البيانات بسبب المسائل الخاصة بالموافقة المستنيرة، أو إذا لم تشارك مراكز علاجية هامة، فإن هذا سيؤثر على مجمل البيانات المجمعة بواسطة النظام والمتوافرة للتحليل والتفسير.

## ٥- الغفلية

الإبلاغ المستند إلى مؤشر طلب على العلاج ينبغي أن يجرى على عدد من المستويات، والأكثر شيوعا في هذا الصدد هو الإبلاغ على المستوى الوطني والمستوى الإقليمي ومستوى منطقة التشغيل ومستوى الهيئة. ورغم وجوب أن تكون كل عمليات الإبلاغ المنفذة على مستوى أعلى من مستوى

الهيئة ذات صيغة مجملة مختصرة دون بيان هوية الزبون، فإن الأمر يقتضي أيضا الحرص على تجنب احتمال بيان الهوية عند الإبلاغ عن عدد صغير من الحالات، وبصفة خاصة إذا كانت تقارير الإبلاغ ستتاح للجمهور. وينبغي أن تكون كل عمليات الإبلاغ مفيدة وعادلة وألا تعرض أبدا للخطر غفلية هوية الزبون، وألا تعطي أبدا انطبعا بعدم معاملة الغفلية بجدية بالغة. وقد يعتبر أمرا غير مناسب الإبلاغ عن تعاطي المخدرات من جانب عدد صغير من الزبائن الذين يتسمون بخصائص معينة وقيمون في منطقة معينة، حتى إذا لم يكن من الممكن معرفة هويتهم بصورة مباشرة. وكقاعدة عامة، يعتبر من غير الملائم الإبلاغ عن أي مجموعة فرعية مؤلفة من أقل من ١٠ أفراد، على الرغم من أنه لم توضع قواعد على الصعيد الدولي بخصوص هذا وأنه يجب اتخاذ القرارات بعناية في هذا الصدد على الصعيد المحلي.

### ٦- التحذيرات/ حدود البيانات

يجب أن تكون كل التحليلات وتقارير الإبلاغ مصحوبة بوصف واضح لما يمكن ولا يمكن، على وجه الدقة، أن يفسر به مضمون البيانات تفسيراً مشروعاً. وعلى وجه الخصوص، يجب توضيح أن البيانات تتعلق بالأفراد الذين يبلغون مرافق الخدمات العلاجية بحالات تعاطي المخدرات الإشكالية ولا تتعلق بكل المجموعة السكانية التي تتعاطى المخدرات، وأن أي مقدار من الطلبات الجديدة المقدمة إلى الهيئات المعنية لا يمثل العدد الإجمالي لكل الطلبات المقدمة إلى مرافق الخدمات العلاجية.

وقد تؤثر التغييرات في تقديم الخدمات تأثيراً كبيراً على القدرة الإنتاجية لمجموعات معينة من الناس، ومن الأمثلة في هذا الصدد تنفيذ خدمة لنوع من أنواع سلوك تعاطي المخدرات غير مشمول بالعناية من قبل. وقد تسفر هذه التغييرات عن تغيرات متناسبة معها في خصائص المجموعة السكانية المعالجة ولذلك ينبغي تفسيرها في سياقها، وبعبارة أخرى فإنها قد تعكس التغيرات في المجموعة السكانية التي تلتئم العلاج ولا تعكس التغيرات في المجموعة السكانية الأساسية التي تتعاطى المخدرات الإشكالية.

### ٧- رصد المعلومات المرتجعة/ رصد الجودة

من الضروري أن تدرج في حلقة المعلومات المرتجعة الهيئات التي توفر مصدر البيانات بغية توفير تحليلات مرتجعة للبيانات التي تسهم بها ولتمكينها من معرفة مدى مضاهاة إسهاماتها لإسهامات غيرها في المناطق الجغرافية أو مناطق التشغيل المعنية. ويتيح هذا أيضاً فرصة ممتازة للإبلاغ عن مستويات اكتمال البيانات وجودتها داخل الهيئات المقدمة للخدمات وللتشديد المناسب على أهميتها.

وينبغي أن تقدم إلى كل أصحاب المصلحة الرئيسيين، وبصفة خاصة الهيئات / المرافق العلاجية التي تساهم في جمع البيانات، تقارير إبلاغ منتظمة، شهرية أو غير شهرية، تتعلق بالبيانات المستمدة من النظام. ويمكن أن تكون هذه التقارير في شكل جداول بيانات مصحوبة، أو غير مصحوبة، بتعليقات تفصيلية، حسب الحاجة والموارد المتاحة. وقد يكون من الأنسب تقديم تفاصيل أكثر وتعليقات أقل على مستوى المرفق العلاجي، مع زيادة التعليقات والتفسير وتقليل جداول البيانات على مستوى المنطقة/ المستوى الإقليمي أو المستوى الوطني/ الدولي. وتقديم

المعلومات المرتجعة إلى الموظفين على مستوى جمع البيانات بالغ الأهمية أيضا باعتباره طريقة للتشجيع على الاهتمام والحفز. ولا بد من إرجاع الفضل في القيمة الهامة المحققة إلى موظفي الهيئات لكي يبذلوا ما يلزم من جهد لتوفير البيانات في المقام الأول.

### ٨- الطلبات المخصصة الغرض

لا يمكن لهياكل الإبلاغ المنتظم الإجابة على جميع الأسئلة التي قد تثيرها البيانات. ومن المرجح للغاية أن الأسئلة الأساسية ستتم الإجابة عليها بالنسبة لأكثرية أصحاب المصلحة ولكن أقلية مهمة ستحتاج إلى الإجابة على تساؤلات أخرى متعمقة. ومن الصعب طبعاً التنبؤ بطبيعة هذه المتطلبات الإضافية ومستواها. بيد أن الحكمة تقتضي ضمان وجود القدرة التحليلية اللازمة من أجل تلبيتها عندما تثار. وينبغي توخي الحرص على ضمان ألا تتداخل هذه الطلبات المخصصة الغرض (من حيث الموارد البشرية) مع الأعمال الخاصة بتوفير نظام إبلاغ موحد. ويجب تقديم إرشادات واضحة فيما يتعلق بتقييم مدى ملاءمة كل طلب وأولويته، مع مراعاة أنه لا ينبغي أن توفر جميع أشكال التحليل لكل من يطلبونها.

### ٩- معالجة الحالات الناقصة

تثير البيانات الناقصة عدداً من المسائل، من بينها ضرورة توفير معلومات مرتجعة للهيئات بشأن الحاجة إلى مجموعة بيانات كاملة قدر الإمكان عن كل فرد، والحاجة إلى توخي الحرص في تحليل البيانات والإبلاغ بها. وإذا كانت بيانات حقول رئيسية معينة ناقصة، مثل عناصر مؤشر الخاصية (الأحرف الأولى من الاسم، تاريخ الميلاد، نوع الجنس) أو الهيئة المبلغة، فقد يلزم عندئذ استبعاد الحالة/ السجل من التحليلات أو حتى حذف الحالة/ السجل إذا لم تكن هناك أي فرصة لاستكمال ذلك السجل.

ومع أن من غير الممكن تجنب مستوى معين من نقص البيانات فإن مدى النقص يمكن أن يؤثر في صحة التفسير. والطريقة المفضلة لمعالجة نقص البيانات في جداول التحليل هي توفير نسب مئوية صحيحة (أي عدد الردود الصحيحة باعتبارها المقام في العمليات الحسابية، وليس عدد الحالات الإجمالي) والإبلاغ بمستوى البيانات الناقصة. وتمكن هذه التوليفة القارئ من رؤية نسب مئوية مجموعها ١٠٠ في المائة وتكوين رأي عن مدى إمكان اعتبارها ممثلة للمجموعة السكانية المشمولة بمجموعة البيانات بكاملها.

### ١٠- جمع البيانات الموسع والتحليلات

ركز هذا الفصل على بعض التحليلات المحتملة للبيانات المأخوذة من نظام مصمم لقياس الطلب على العلاج. وينبغي أيضا التفكير في الإمكانيات التي تنشأ عن نظام قادر على تسجيل كل فترة علاج وإدراج البيانات المتعلقة بالحالة في بدايتها ونهايتها. والمعلومات الخاصة بالجودة يمكن أن تلخص الطلب على العلاج وأن توفر ذخيرة من المعلومات مثل طبيعة العلاج المتلقى فعلاً ومستواه، ومدة الاتصال بمرافق الخدمات (بما في ذلك مستويات الاستبقاء والتناقص الطبيعي خلال فترات العلاج) والعدد الإجمالي للزبائن في أي فترة زمنية/ منطقة تنظيمية.



# الصون والتقييم

## الفصل السابع

من المفيد أن يجري، على أساس منتظم، تحديث قائمة أعمال تقديم الخدمات بغية إدراجها في نظام الإبلاغ. ويمكن تحقيق هذا عن طريق الاتصالات المنتظمة والروتينية بجميع المرافق العلاجية. وقد يكون أمرا عمليا ومفيدا للغاية أن ينظم هذا على أساس إقليمي أو على أساس منطقة صغيرة.

ومن المفيد أيضا أن يكون هناك نظم تسجيل يتيح رصد ورود البيانات من كل مصدر والإفادة بتلقيها، إلى جانب سجل للاستفسارات الخاصة بمعالجة البيانات وللانحرافات التي تظهرها إجراءات التثبيت ومراجعة الأخطاء. وينبغي إجراء توثيق تام للصعوبات على أي مستوى وكذلك للمناقشات التي تجرى مع المساهمين وأصحاب المصلحة الآخرين. وينبغي إدراج المسائل الإدارية المستجدة. كما ينبغي إنشاء برنامج مستمر للاتصالات مع أصحاب المصلحة ولتوجيه المعلومات المرتجعة إليهم وتلقيها منهم. ويمكن أن تأخذ هذه الأعمال شكل اجتماعات نصف سنوية للموظفين الرئيسيين، مع دورات تحديث واستعراض من جانب النظراء وإسهامات من الخبراء المتخصصين في المواضيع المعنية.

والتقييم عملية مستمرة ينبغي أن تحدد الثغرات بين الأهداف والنتائج. وينبغي أيضا أن يهدف تقييم المؤشرات/بيانات الطلب على العلاج إلى: (أ) تحسين جمع البيانات؛ و(ب) تحسين وتقييم المؤشر، حسب الاقتضاء.

### ألف - الصحة الداخلية للبيانات

ينبغي إجراء مراجعات لضمان الامتثال للبروتوكولات والإرشادات الخاصة بجمع البيانات ومعالجتها وتحليلها. ومن شأن البيانات الصحيحة داخليا أن تثبت صحة تعريف الحالات، وصحة استخدام أطر التشفير، وتجنب ازدواجية العد أو التقليل منها إلى أدنى حد، ومقبولية مستويات اكتمال البيانات، وتجنب ارتفاع مستويات نقص البيانات. وحيثما يكون هناك نقص في البيانات وتكون القيم (الخاصة بحقول النصوص أو الأعداد أو التواريخ) بعيدة عن المدى المقبول أو غير دقيقة التشفير، ينبغي اتخاذ تدابير لتحسين جودة البيانات.

وقد يلزم إجراء تحسينات عملية في جمع البيانات، مثل تحسينات في استمارات البيانات أو في جمع البيانات إلكترونيا عن طريق الحاسوب، بعد

مراجعة الطرائق التنفيذية، ومن شأن هذه التحسينات أن تؤدي إلى تحسن كبير في جودة البيانات وصحتها.

وتتمثل استراتيجية التحسين التدريجي لعمليات تقديم البيانات بمرور الوقت في تقديم تقارير معلومات مرتجعة إلى آحاد مقدمي البيانات تظهر القيم الخارجة أو القيود غير الصحيحة.

وسيلزم أن تكون بعض بنود قواعد البيانات متسقة داخليا. وعلى سبيل المثال، ينبغي أن تكون التواريخ (تاريخ الميلاد، السن عند تعاطي المخدرات الأول، تاريخ بداية العلاج) متتابعة ومعقولة، وينطبق هذا أيضا على بنود معينة تتعلق ببيانات المخدر، مثل طريقة التعاطي ومعرفة ما إذا كان مخدر ما قد حُقن في أي وقت.

### مؤشرات الخاصة

تستخدم بلدان كثيرة التفاصيل الشخصية الأساسية للشخص المعني—الأحرف الأولى من الاسم وتاريخ الميلاد ونوع الجنس— لإعداد شفرة مؤشر خاصة يتسم بتفرد كاف دون أن ينطوي على الإمكانية العملية للتعين الفعلي لهوية الشخص. والأمر الشائع هو استخدام الحرف الأول من الاسم الأول والحرف الأول من الاسم الأخير أو اسم العائلة إلى جانب تاريخ الميلاد ونوع الجنس، وإن كان من الممكن هنا وجود تباين كبير تبعا للممارسة القطرية المعتادة.

والغرض الرئيسي من مؤشر الخاصة هذا هو التمكن من الربط بين السجلات والتقليل إلى أدنى حد من ازدواجيتها. ويصبح هذا أمرا بالغ الأهمية عند النظر في بيانات على مدى سنوات، أو حتى في نطاق سنة يكون تقدم شخص إلى أكثر من مرفق علاجي خلالها أمرا ممكنا. ولأغراض الخدمات الوبائية وعلى الرغم من أن من المفيد في بعض الأحيان أن تحسب فترات الرعاية وبصفة خاصة، على سبيل المثال، في الأعمال المتعلقة بإدارة الأداء، من الضروري التمكن من التمييز بين الأفراد وذلك—مثلا، لعرض النسب المتوية الصحيحة لتعاطي الهيروين أو أعداد الذكور/الإناث.

وللقيام بذلك يمكن إجراء مراجعات داخلية تتيح تحديد حالات التطابق التام وحالات شبه التطابق. وأحيانا ما يشار إلى هذه الحالات بعبارة حالات التطابق "الكامل" و"التقريبي". والأمر المثالي هو أنه ينبغي مراجعة حالات التطابق شبه التام لتحديد مدى دقتها، ولكن لن يكون هذا عمليا في معظم الأحوال. فستكون هناك اختلافات كثيرة بين البلدان في إمكانات و/أو مشروعية إجراء عملية مضاهاة البيانات هذه، وليس الغرض من مجموعة الأدوات هذه أن تحرم أي طريقة. بيد أن من المهم التمكن من التمييز، في نطاق مستوى خطأ مقبول، بين الأفراد المشمولين بفترات رعاية متكررة.

### باء- الصحة الخارجية للبيانات

حيث إن معظم نظم المراقبة تعتمد على الإبلاغ الذاتي فسيكون أمرا مثاليا أن يجري التحقق من صحة البيانات بالرجوع إلى اختبار خارجي، مثل تحليل البول أو تحليل اللعاب أو تحليل الشعر. بيد أن الأمر الأكثر ترجيحا أن يكون هذا موضوع بحث وليس موضوع مراقبة. ولذلك يعتمد معظم النظم على مؤشرات مسجلة أخرى مثل المسح السكاني، ومؤشرات الوفيات، ومعلومات غرف الطوارئ، والاستعلامات المحلية. وربما تكون المعلومات المرتجعة من مرافق الخدمات

العلاجية ذاتها أفضل طرق التحقق وأكثرها مباشرة. ولهذا الغرض قد يكون من المفيد مقارنة الحالات المبلغية في إطار المؤشر بحالات مختارة من عينة من السجلات السريرية للمراكز العلاجية. وبهذه الطريقة يمكن إجراء المراجعة اللازمة لتحديد المركز وتغطية الزبائن على مدى فترة زمنية معينة، وكذلك مراجعة تعريف الحالات والمبادئ التوجيهية المنهجية، وبالتالي توفير الأدلة على مدى حساسية المؤشر وخصوصيته وقدرته التنبؤية.

والمعلومات السياقية والتنوعية مهمة أيضا لتحسين فهم وتفسير البيانات العلاجية. فجمع المعلومات المناسبة عن مدى توافر الخدمة وإمكانية الوصول إليها والاستعانة بها وخصائصها يمكن أن يدعم التثبت الخارجي.

ومسألة مدى اكتمال جمع البيانات، أي مدى شمول كل الأفراد المتوقعين بالتسجيل في النظام، مهمة أيضا شأنها في ذلك شأن مدى تغطية المرافق العلاجية ذاتها.

وينبغي إرساء دورة صون وتقييم من أجل رصد كل هذه المسائل الخاصة بجودة البيانات والتثبت من صحتها، وتوفير خدمة رد بإرسال تقارير منتظمة إلى جميع أصحاب المصلحة الرئيسيين. وبهذه الطريقة سينظر إلى البيانات على أنها ذات قيمة متزايدة وستبنى الثقة التي ستتيح الاستخدام الصحيح للبيانات في عمليات اتخاذ القرارات التي تحقق تحسين تقديم الخدمات واستجابات المجتمعات المحلية للمسائل المتعلقة بتعاطي المخدرات.



- M. Stauffacher, "Drug treatment data as an epidemiological indicator: methodological considerations and improved analyses", *Bulletin on Narcotics*, vol. LIV, Nos. 1 and 2 (2002) (United Nations Publication, Sales No. E.03.XI.17), pp.73-85. - ١
- M. C. Donmall, "The drug misuse database: local monitoring of presenting problem drug use" (London, Department of Health, Her Majesty's Stationery Office, 1990). - ٢
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level* (Lisbon, 1990). - ٣
- R. Hartnoll and others, "Estimating the prevalence of opioid dependence", *Lancet*, vol. 325, No. 8422 (1985), pp. 203-205. - ٤
- M. Frischer and others, "A new method of estimating prevalence of injecting drug use in an urban population: results from a Scottish city", *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, No. 4 (1991), pp. 997-1000. - ٥
- M. Frischer and others, "Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985-1990", *AIDS*, vol. 6, No. 11 (1992), pp. 1371-1375. - ٦
- Y. Hser, "Population estimation of illicit drug users in Los Angeles County", *Journal of Drug Issues*, vol. 23, No. 2 (1993), pp. 323-334. - ٧
- T. D. Mastro and others, "Estimating the number of HIV-infected injection drug users in Bangkok: a capture-recapture method", *American Journal of Public Health*, vol. 84, No. 7 (1994), pp. 1094-1099. - ٨
- D. J. Korf, S. A. Reijneveld and J. Toet, "Estimating the number of heroin users: a review of methods and empirical findings from the Netherlands", *International Journal of the Addictions*, vol. 29, No. 11 (1994), pp. 1393-1417. - ٩
- A. Larson, A. Stevens and G. Wardlaw, "Indirect estimates of 'hidden' populations: capture-recapture methods to estimate the numbers of heroin users in the Australian Capital Territory", *Social Science and Medicine*, vol. 39, No. 6 (1994), pp. 823-831. - ١٠
- N. F. Squires and others, "An estimate of the prevalence of drug misuse in Liverpool and a spatial analysis of known addiction", *Journal of Public Health Medicine*, vol. 17, No. 1 (1995), pp. 103-109. - ١١
- A. Domingo-Salvany and others, "Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain, 1989", *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, No. 6 (1995), pp. 567-574. - ١٢

- M. Frischer and others, "Estimating the population prevalence of injection drug use and infection with human immunodeficiency virus among injection drug users in Glasgow, Scotland", *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, No. 3 (1993), pp. 170-181. -١٣
- G. Hay and N. McKeganey, "Estimating the prevalence of drug misuse in Dundee, Scotland: an application of capture-recapture methods", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, No. 4 (1996), pp. 469-472. -١٤
- P.-Y. Bello and G. Chêne, "A capture-recapture study to estimate the size of the addict population in Toulouse, France", *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997). -١٥
- P.-Y. Bello, "Estimates of opiate use in Toulouse conurbation in 1995", *Methodological Pilot Study of Local Level Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -١٦
- C. Comiskey, "Estimating the prevalence of opiate use in Dublin, Ireland, during 1996", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -١٧
- D. Seidler and A. Uhl, "Estimating the number of opiate users in Vienna", *Methodological Pilot Study of Local Level Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -١٨
- O. Kaukonen and others, "Estimating the number of amphetamine and opiate users in the Greater Helsinki area", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -١٩
- D. D'Ippoliti, "Prevalence estimation of drug addiction in Rome", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -٢٠
- W. Kirschner and M. Kunert, "Case-finding, capture recapture and double counting: a Berlin case study", *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -٢١
- S. Freire and M. Moreira, "Estimating the number of opiate users in Setúbal", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997). -٢٢
- A. Domingo-Salvany and others, "Analytical considerations in the use of capture-recapture to estimate prevalence: case studies of the estimation of opiate use in the metropolitan area of Barcelona, Spain", *American Journal of Epidemiology*, vol. 148, No. 8 (1998), pp. 732-740. -٢٣
- R. F. Brugha and others, "A drug misuser prevalence study in a rural English district", *European Journal of Public Health*, vol. 8, No. 1 (1998), pp. 34-36. -٢٤
- M. Hickman and others, "Estimating the prevalence of problem drug use in inner London: a discussion of three capture-recapture studies", *Addiction*, vol. 94, No. 11 (1999), pp. 1653-1662. -٢٥
- A. G. Davies, R. M. Cormack and A. M. Richardson, "Estimation of injecting drug users in the City of Edinburgh, Scotland, and number infected with human immunodeficiency virus", *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, No. 1 (1999), pp. 117-121. -٢٦

- S. Cox, M. Shipley and M. Lester, "The ten year growth of drug misuse in two inner city London boroughs", *Health Trends*, vol. 30, No. 4 (1999), pp.90-93. -٢٧
- R. F. Calkins and G. B. Aktan, "Estimation of heroin prevalence in Michigan using capture-recapture and heroin problem index methods", *Journal of Drug Issues*, vol. 30, No. 1 (2000), pp. 187-204. -٢٨
- F. Wood, M. Bloor and S. Palmer, "Indirect prevalence estimates of a national drug using population: the use of contact-recontact methods in Wales", *Health Risk and Society*, vol. 2, No. 1 (2000), pp. 47-58. -٢٩
- G. Hay, "Capture-recapture estimates of drug misuse in urban and non-urban settings in the north east of Scotland", *Addiction*, vol. 95, No. 12 (2000), pp. 1795-1803. -٣٠
- G. Hay, N. McKeganey and S. Hutchinson, "Estimating the national and local prevalence of problem drug misuse in Scotland" (Glasgow, 2001). -٣١
- C. Beynon and others, "Hidden need for drug treatment services: measuring levels of problematic drug use in the North West of England", *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, No. 4 (2001), pp. 286-291. -٣٢
- C. M. Comiskey and J. M. Barry, "A capture recapture study of the prevalence and implications of opiate use in Dublin", *European Journal of Public Health*, vol. 11, No. 2 (2001), pp. 198-200. -٣٣
- M.C.A. Buster, G.H.A. van Brussel and W. van den Brink, "Estimating the number of opiate users in Amsterdam by capture-recapture: the importance of case definition", *European Journal of Epidemiology*, vol. 17, No. 10 (2001), pp. 935-942. -٣٤
- K. McElrath, "Prevalence of problem heroin use in Northern Ireland" (Belfast, 2002). -٣٥
- R. M. Cormack, "Problems with using capture-recapture in epidemiology: an example of a measles epidemic", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 52, No. 10 (1999), pp. 909-914. -٣٦
- L. G. Hunt and C. D. Chambers, *The Heroin Epidemics* (New York, Spectrum, 1976). -٣٧
- T. Millar and others, "The dynamics of heroin use: implications for intervention", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, No. 12 (2001), pp. 930-933. -٣٨
- M. Hickman, S. Seaman and D. de Angelis, "Estimating the relative incidence of heroin use: application of a method for adjusting observed reports of first visits to specialized drug treatment agencies", *American Journal of Epidemiology*, vol. 153, No. 7 (2001), pp. 632-641. -٣٩
- M. Hickman and others, "Estimating prevalence of problem drug use: multiple methods in Brighton, Liverpool and London" (London, Home Office, 2004) -٤٠
- J. Mott, D. Caddle and M. Donmall, "A comparison of doctors' practice in notifying addicts to the Home Office and reporting them to the North Western Drug Misuse Database", *Addiction*, vol. 88, No. 2 (1993), pp. 249-256. -٤١
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC project AD/TUR/02/GO2, 2005. -٤٢
- R. Simon and others, "The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: a European core item set for treatment monitoring and reporting", *European Addiction Research*, vol. 5, No. 4 (1999), pp. 197-207. -٤٣
- M. C. Donmall, "UK monitoring of problem drug users: the drug misuse database—a system based on regional centres", *European Addiction Research*, vol. 5, No. 4 (1999), pp. 185-190 -٤٤







