

سند ملی

پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی در ایران

دوره دوم ۱۳۹۹ لغایت ۱۴۰۴

وزارت کشور، سازمان امور اجتماعی، کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی

تابستان ۱۳۹۹

فهرست

بخش اول (تحلیل وضعیت

صفحه

۲۱

۳

• تاریخچه

۳

• خلاصه ارزشیابی برنامه ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی طی سال های ۱۳۹۲ لغایت ۱۳۹۶

۵

• مروری بر وضعیت مصرف مشروبات الکلی در کشور

۷

• وضعیت نظام مدیریت در حوزه پیشگیری ، درمان و کاهش آسیب مصرف الکل

۸

بخش دوم (سند ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی

۸

• دورنمای سند

۸

• اهداف راهبردی

۹

• مداخلات متناظر

۱۰

بخش سوم (نظام استقرار

۱۱

• شیوه نامه اجرایی و تفاهم نامه یکپارچه

۱۳

• تقسیم کار دستگاه های همکار

۱۴

• بسته آموزشی رابطان تخصصی دستگاه ها

۱۵

• مواد ترویجی ویژه حمایت طلبی

تاریخچه

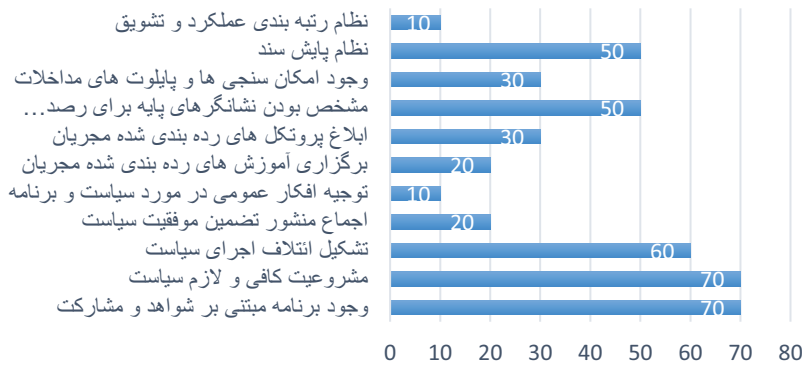
برنامه ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ به اجرای در آمد و سپس ارزشیابی شد، نتیجه کلی این بود که حدود ۵۰ درصد مداخلات پیش بینی شده در این سند ملی اجرایی شده است ولی دبیرخانه، کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی و سازمان های همکار کمتر از ۴۰ درصد ظرفیت خود را برای استقرار سند به کار گرفته است. مهمترین چالش استقرار این سند توان رابطان تخصصی دستگاه ها در اجرای مداخلات و همچنین ضعف پایش مدون برآمدهای مورد انتظار از دستگاه ها توسط دبیرخانه بوده است. بازنگری برنامه در دستور کار شورای اجتماعی قرار گرفت که این وظیفه به کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی تفویض و در دبیرخانه کمیته و با مشاوره یکی از مراکز علمی کشور انجام شد. اطلاعات لازم برای این بازنگری عبارت بود از: نتایج ارزشیابی این برنامه طی سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶، نتایج پیمایش ملی شیوع شناسی مصرف مشروبات الکلی در کشور (سال ۱۳۹۸) و همچنین نظرات ذینفعان (نظرخواهی رسمی وزارت کشور از دستگاه ها، نظرات نمایندگان در کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی طی سال های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ و نظرات کمیته علمی خبرگان) .

الف (خلاصه ارزشیابی برنامه ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی طی سال های ۱۳۹۲ لغایت ۱۳۹۶

این تحقیق ارزشیابی نشان می دهد که در مجموع دستگاه های همکار به ویژه ناجا، پلیس راهور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان صدا و سیما در پنج سال گذشته نقش برتر در اقدامات پیشگیری و کاهش مصرف را داشته اند و در مجموع ۵۰٪ از مداخلات لازم برای دستیابی به اهداف راهبردی تا پایان برنامه (۱۳۹۶) به انجام رسیده است، دستاوردهای متناظر با هر هدف به شرح جدول شماره یک است.

میزان تطابق روش استقرار این سند با معیارهای مطلوب استقرار (Implementation) یک برنامه یا سیاست ملی ۳۸٪ درصد بوده است.

نمودار میزان تطابق روش استقرار سند ملی پیشگیری از مصرف الکلی با معیارهای مطلوب اجرای سیاست و برنامه ملی



مقایسه پیمایش های ملی انجام شده در زمینه میزان مصرف مشروبات الکلی در سال ۱۳۹۴ با ۱۳۹۸ نشان می دهد شاخص میزان مصرف در یک سال گذشته برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال از حدود ۴٪ به ۹٫۳٪ رسیده است.

در حال حاضر بر اساس نتایج این ارزشیابی استقرار مداخلات پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی چه در حوزه تغییر رفتار و چه در حوزه اقدامات محیطی آغاز شده است و برای تاثیر گذاری در کاهش مصرف راه درازی در

پیش دارد به خصوص که همچون سایر عوامل خطر از جمله تحرک فیزیکی کم، تغذیه بد، مصرف دخانیات و مواد مخدر وابسته به مولفه های اجتماعی است و برای موفقیت بیشتر ضرورت دارد اسناد و برنامه های ملی نیز در سایر حوزه های سلامت اجتماعی اجرایی شود، به عبارت دیگر با توجه به افت سن شروع مصرف الکلی در ایران، افزایش شیوع در زنان و همچنین علل گرایش گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال به مصرف می بایست **لذت های جایگزین** بررسی و سیاست گذاری شود از جمله اینکه هنوز علی رغم تاکیدات کارشناسان و خبرگان **برنامه ملی تفریحات جامعه تدوین و اجرایی نشده است. در اجرای این سند از مشارکت مردم عملا استفاده نشده است و توانمندی شوراهای اسلامی شهر و روستا و سایر شبکه های مردمی نادیده گرفته شده است.**

سایر دستگاه ها نیز در مقابل تکالیف خود گزارش های مبتنی بر شواهدی را ارسال نکرده اند که از نقاط ضعف استقرار سند ملی است. تغییر مداوم مدیران و رابطان دستگاه ها، کمبود منابع مالی، کم بودن آموزش های مدون مدیران و کارشناسان در سطح ملی و استانی از جمله موانع دستیابی به موفقیت های بیشتر بوده است. در حال حاضر همسویی فکری بین وزارت کشور، ناجا و قوه قضاییه و نهادهای مذهبی در خصوص مسئله بودن مشروبات الکلی، حرام بودن مصرف الکلی در دین اسلام، منع قانونی و قبح فرهنگی-اجتماعی شرب خمر از جمله نقاط قوت در استمرار مداخلات است.

جدول شماره یک :

اهداف راهبردی و پیشرفت مداخلات متناظر با هر هدف در برنامه ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی طی سال های ۱۳۹۲ لغایت ۱۳۹۶

پیشرفت	اهداف راهبردی
هدف راهبردی اول : نهادینه سازی سهم و نقش سازمان های دولتی و استان ها و میانجیان مردم در تثبیت و کاهش بار ناشی از مصرف الکل	
۴۰٪	<input type="checkbox"/> تصویب سند ملی پیشگیری ، مقابله ، درمان و کاهش آسیب و بازتوانی مشروبات الکلی در جلسه ۵۹ شورای اجتماعی کشور و ابلاغ وزیر کشور مورخ ۹۲/۷/۱۷ به کلیه سازمان های عضو شورای اجتماعی <input type="checkbox"/> تشکیل دبیرخانه و کمیته ملی پیشگیری و مبارزه با مشروبات الکلی در وزارت کشور بر اساس ائین نامه مصوب جلسه ۵۸ شورای اجتماعی و تدوین گزارش های جامع پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در سال های ۱۳۹۴ ، ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ <input type="checkbox"/> تشکیل ۱۴ جلسه کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی و بالغ بر ۲۵۰ جلسه استانی کمیته در سراسر کشور <input type="checkbox"/> ابلاغ برنامه جامع پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به معاونت های تابعه (ابلاغ ۱۲۲/۱۰۰ مورخ ۹۱/۸/۲۳)
هدف راهبردی دوم : ارتقای بهره مندی از خدمات درمان ، کاهش آسیب و بازتوانی مصرف الکل در سطح روستا و شهر	
۶۰٪	<input type="checkbox"/> دستورالعمل صدور مجوز فعالیت برای انجمن ها و تشکل های خودیار ترک اعتیاد و بازتوانی معتادان مشروبات الکلی برنامه درمان بستری اختلال مصرف الکل و نشان دار کردن بیمارستانهای منتخب در دانشگاههای علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی،ایران ،گلستان،مشهد،اصفهان و شیراز (تعداد کل بیماران پذیرش شده در این بیمارستان و مرکز در طول انجام طرح ۲۱۷ نفر بوده است). <input type="checkbox"/> برنامه درمان سرپایی اختلال مصرف الکل در استان های لرستان،اصفهان و البرز آغاز گردید تا پس از رفع نواقص احتمالی و بهبود فرایندهای اجرایی بیماریابی درمان و مراقبت اختلالات،نسبت به بسط خدمات تا اهداف پیش بینی شده اقدام گردد. در همین راستا برگزاری کارگاههای آموزشی ملی برای درمانگران اعتیاد الکل مراکز منتخب (۱۴۴ درمانگر از ۳۱ استان) انجام شده است و مجوز ۱۵۰ مرکز برتر از مجموعه مراکز درمان اعتیاد برای درمان مصرف الکل از ستاد مبارزه با مواد مخدر اخذ گردیده است . <input type="checkbox"/> تهیه پیش نویس راهنمای درمان معتادان به مصرف الکل <input type="checkbox"/> اجرای طرح کاج در ۱۲۰۰ محل کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر در شیوه زندگی سالم از جمله پیشگیری از مصرف الکل و ارزیابی سبک زندگی <input type="checkbox"/> برنامه غربالگری، مداخله مختصر و مراقبت اختلال مصرف الکل در جمعیت بزرگسالان(حاشیه شهرهای بزرگ و روستاهای کشور) با پوشش ۶۰٪ جمعیت که حدود ۲۰۰ هزار نفر غربال مثبت بوده اند [تدوین بسته آموزشی و خدمتی به تفکیک گروههای سنی کودک و نوجوانان،جوان و میانسال ، جذب ۱۷۰۰ روانشناس به عنوان کارشناس سلامت روانی -اجتماعی در مراکز بهداشتی ، پوشش آموزشی ۱۰۰درصد کارشناسان بهداشت روان و مراقب سلامت ، استقرار برنامه سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سیب) ، اجرای برنامه خدمات اختلالات مصرف سیگار ، مواد و الکل در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه شامل: -غربالگری اولیه و تکمیلی ، ارجاع پیگیری خدمات درمانی سطح یک و آموزش مهارتهای زندگی،آموزش فرزندپروری والدین فرزندان ۱۲تا۱۳ساله در حاشیه شهرهای بزرگ (واجد شرایط ۱۲ میلیون نفر بوده که ۴٫۸ پوشش داشته است) و خودمراقبتی
هدف راهبردی سوم : مهار و کنترل مصرف مشروبات الکلی [از طریق] : آگاه سازی مردم در گروه های سنی مختلف از علل ریشه ای ، عوامل خطر و پیامدهای مصرف الکل	
۳۰٪	<input type="checkbox"/> تهیه برنامه شوک در ارتباط با مصرف مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> حمایت از انتشار و توزیع کتاب های مرتبط با موضوع مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> برگزاری کارگاه آموزشی برای مدیران و مسئولان استانهای سراسر کشور با موضوع پیشگیری از مصرف الکل <input type="checkbox"/> سازمان صدا و سیما معاونت سیما ، معاونت صدا ، معاونت سیاسی و امور استان ها در مجموع ۴۴۰ ساعت فقط در سال ۱۳۹۵ برنامه مرتبط به موضوعات پیشگیری ، درمان و مقابله تولید و پخش کرده است
هدف راهبردی چهارم : مهار و کنترل مصرف مشروبات الکلی [از طریق] : کاهش دسترسی به الکل و افزایش هزینه جرائم مرتبط به آن	
۷۰٪	<input type="checkbox"/> شیوه نامه اجرایی توسعه و ارتقای سیاست های کاهش دسترسی به الکل و افزایش هزینه جرائم مرتبط (تولید ، توزیع ، قاچاق ، نگهداری ، حمل مشروبات الکلی) : در سال ۱۳۹۵ با اقدامات مقابله ای از خروج بیش از ۲۱۲ میلیارد تومان ارز از کشور جلوگیری و کاهش ۶۸٪ ورود مشروبات الکلی به کشور را شاهد بوده ایم <input type="checkbox"/> مداخلات ممانعت از خروج الکل اتانول از کارخانه هایی تولید الکل و اعمال نظارت دقیق تر توسط سازمان غذا و دارو با همکاری نیروی انتظامی و استانداری ها همچنین اتخاذ تدابیر لازم برای افزونی تلخ کننده به اتانول در کارخانه ها و اعمال نظارت توسط سازمان غذا و دارو <input type="checkbox"/> تدوین راهنمای عملی سنجش الکل رانندگان <input type="checkbox"/> سنجش الکل رانندگان مشکوک به مصرف مشروبات الکلی توسط نیروی انتظامی و زیر ساختهای آن <input type="checkbox"/> راه اندازی شعب ویژه و تخصصی برای رسیدگی به جرایم قاچاق و تولید مشروبات الکلی از سوی قوه قضائیه

ب) مروری بر وضعیت مصرف مشروبات الکلی در کشور

در سال ۱۳۹۳، ۲۱۰۱۸۱۹ نفر در ایران (۲۷۹۷ در صد هزار نفر جمعیت ایران) تجربه حداقل یک بار مصرف مشروبات الکلی در سال گذشته را داشتند. فراوانی مصرف در مردان ۱۷۴۸۴۰۵ نفر و در زنان ۳۵۳۴۱۴ نفر بود (مردان ۴/۹۴ برابر بیش از زنان). محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال نیز شایعترین سن مصرف بود (۱۱۳۹۴۰ نفر) و پس از آن افراد ۳۱ تا ۵۰ سال (۶۰۹۳۳۷ نفر) قرار گرفت.



کمترین میزان مصرف سنی در افراد زیر ۱۸ سال و بالای ۵۰ سال (به ترتیب ۱۸۹۰۸۰ نفر و ۱۸۹۴۶۲ نفر) مشاهده شد. تعداد افرادی که بطور مستمر در سال گذشته در سال ۱۳۹۳ مشروبات الکلی مصرف کرده بودند، ۶۲۳۷۸۴ نفر (۸۳۰ در صد هزار نفر جمعیت) تخمین زده شد. بیشترین فراوانی مصرف مشروبات الکلی (بدون ترتیب) در استانهای تهران، البرز، اصفهان، لرستان، کرمانشاه، کردستان و ایلام و کمترین میزان مصرف مشروبات الکلی (بدون ترتیب) در استانهای بوشهر، سیستان و بلوچستان، چهارمحال و بختیاری، قم، مرکزی، همدان، زنجان و آذربایجان شرقی گزارش شد.

مطابق گزارش ناجا گردش مالی این پدیده در سال ۱۳۹۳ رقم ۶۵۸ میلیارد تومان بوده است که از محاسبات مربوط به قاچاق و ارز خارج شده از کشور محاسبه شده است. مرگ ناشی از مصرف الکل در سال های ۹۲ و ۹۳ به گزارش سازمان پزشکی قانونی ۲۰۰ نفر بوده است که این آمار در سال های بعد هم کم و بیش ادامه دارد. میزان تقاضای داخلی (بر اساس کشفیات) ۹٪ افزایش در ۱۳۹۳ نشان می دهد. معابر ورودی اغلب آذربایجان غربی، کردستان، هرمزگان و بوشهر است. از ابتدای اجرایی شدن سند پیشگیری از مصرف الکل تست الکل رانندگان با تجهیزات پلیس راهور شروع شده است و فقط در سال ۱۳۹۴ از ۱۱۶۰۰ تست رانندگان مشکوک ۵۵۰۰ تست مثبت بوده است.

جدول شماره ۲: شیوع مصرف الکل در ایران					
سال	منبع	کل	زن	مرد	شاخص
۱۳۹۰	پیمایش ملی سلامت روان	۰/۶	۰/۱	۱/۲	وابستگی به الکل
۱۳۹۰	پیمایش ملی سلامت روان	۰/۳	۰	۰/۷	مصرف الکل
۱۳۹۰	پیمایش ملی سلامت روان	۱	-	-	هر گونه اختلال مصرف الکل
۱۳۹۰	پیمایش ملی سلامت روان	۶/۳	۱/۶	۱۱	مصرف حداقل یکبار در سال گذشته
۱۳۹۵	پیمایش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	۸	۱/۳۵	۱۵/۲۷	داشتن سابقه مصرف الکل
۱۳۹۵	پیمایش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	۴/۰۴	۰/۷۸	۷/۶۱	سابقه مصرف الکل در یکسال گذشته
۱۳۹۵	پیمایش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر	۱/۳۸	۰/۳۱	۲/۵۵	داشتن سابقه مستی در یکسال گذشته
۱۳۹۳	تخمین اندازه جمعیت مصرف کننده گان مواد و الکل و گروه های پر خطر جنسی در کشور	۲۷۹۷	۹۴۹	۴۶۱۳	مصرف حداقل یکبار در سال گذشته - در یکصد هزار نفر
۱۳۹۳	تخمین اندازه جمعیت مصرف کننده گان مواد و الکل و گروه های پر خطر جنسی در کشور	۸۲۰	-	-	مصرف مستمر مشروبات الکلی - در یکصد هزار نفر
۱۳۹۳	برآورد شیوع مصرف مواد مخدر و محرک و داروهای روانگردان در بین کارکنان مراکز صنعتی کشور	۲/۳	۰/۵	۲/۵	مصرف در جامعه کارگری

میانگین سن گرایش به مصرف مشروبات الکلی ۱۵-۱۸ است و مصرف در بانوان رو به افزایش می باشد. در مطالعه سال ۱۳۹۳ نشان داده شده است که حدود ۴۰۰ هزار نفر زیر ۱۸ سال تجربه مصرف داشته اند. سابقه مصرف الکل در یک سال گذشته به تفکیک سن در سال ۱۳۹۵ نشان می دهد که بیشترین شیوع مربوط به گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال است.

بر اساس گزارش بار بیماری های ۲۰۱۰ مصرف الکل دوازدهمین عامل خطر بیماری ها محسوب می شود. این رتبه در سطح جهانی ۵ و در سطح کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به ترتیب ۸ و ۵ است.

نتایج پیمایش مصرف مشروبات الکلی در سال ۱۳۹۸ با حجم نمونه ۲۰ هزار نفر در کشور با نسبت سنی و جنسی مساوی نشان می دهد که :

- میانگین مصرف مشروبات الکلی در یک سال گذشته ۹,۳٪ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال است که ۵۳,۵ درصد در یک ماه گذشته مصرف کرده اند. جمعیت ایران در سال ۱۳۹۸ حدود ۸۳ میلیون نفر گزارش شده است که ۶۹,۹ درصد آن یعنی نزدیک ۷۰٪

جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال را شامل می شود (۵۸,۱۰۰,۰۰۰ نفر) بنابراین حدود ۵,۴۰۳,۳۰۰ نفر از شهروندان اظهار داشته اند که مصرف کننده مشروبات الکلی هستند

• حداقل ۶,۸٪ جمعیت و حداکثر ۱۷٪ از جمعیت مورد مطالعه دچار نقصان سواد مرتبط به پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی دارد

• میانگین در هر بار مصرف ۴,۸۵ پیمانه مصرف کرده اند (هر پیمانه بر اساس گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۳۵۰ سی سی با ۱۲ تا ۱۳ گرم الکل است)

• بر اساس نقشه توزیع مصرف مشروبات الکلی بیشترین میزان مصرف استان فارس و کمترین مربوط به استان زنجان هست .

• ۱۰,۸٪ جمعیت مورد مطالعه حداقل یکبار سوار خودرویی بوده اند که تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی بود است .

• ۳۷ درصد جمعیت مورد مطالعه در سن ۱۱ تا ۱۸ سالگی مصرف را شروع کرده اند .

• ۳۰ درصد تصمیم به ترک گرفته اند که موفق نبوده اند

• حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از جمعیت مصرف کننده :

۱. بعد از رفع اثرات مصرف الکل دچار علائم محرومیت مانند مشکلات خواب، تحریک پذیری، اضطراب، افسردگی، بیقراری، تهوع یا تعریق شده اند

۲. در موقعیت هایی که احتمال آسیب جدی وجود داشت (مانند رانندگی، شنا کردن، کار با لوازم خطرناک، پیاده روی در منطقه نالیمن یا رفتارهای جنسی) قرار گرفته اند

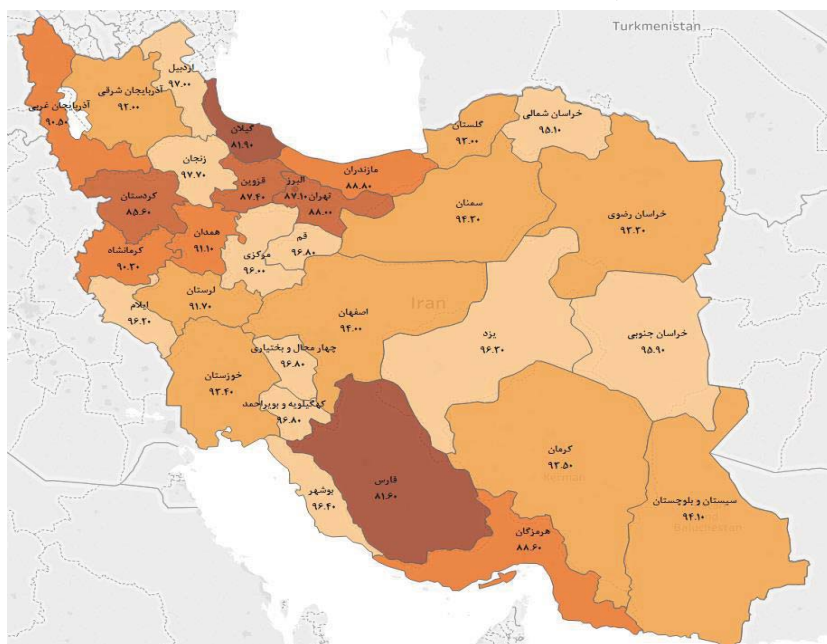
۳. متوجه شده اند که در انجام وظایف منزل، یا محل کار یا محل تحصیل مشکلاتی ایجاد کرده است

۴. با وجود اینکه مصرف الکل در رابطه با اعضای خانواده یا دوستان مشکلی ایجاد کرده بود، به مصرف آن ادامه داده اند .

۵. ولع مصرف یا همان تمایل زیاد برای مصرف الکل را تجربه کرده اند

اولویت های حاصل از این پیمایش عبارت است از :

- سواد پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در زنان و نوجوانان و رانندگان
- آگاهی مصرف کنندگان الکل در مورد اقدامات مراقبت از خود و پرهیز از رفتارهای پرخطر
- سیاست های ممانعت کننده از رانندگی در زمان مصرف مشروبات الکلی
- درمان مصرف کنندگان و کاهش آسیب ناشی از مصرف مشروبات الکلی



ج) وضعیت نظام مدیریت در حوزه پیشگیری، درمان و کاهش آسیب مصرف الکل

محیط درونی این تحلیل دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی در سازمان امور اجتماعی کشور است. محیط بیرونی نزدیک ذینفعان اصلی و همکار که عموماً سازمانی های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی هستند. محیط بیرونی دور شش عامل کلان سیاسی اقتصادی، اجتماعی، فن آوری و بین المللی و محیط زیست را شامل می شود.

جدول شماره ۳: تحلیل وضعیت محیط سازمانی سیاست پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی در ایران برای سال ۱۳۹۸				
محیط	حیطه	عوامل	روند	شواهد عینی
محیط درونی	بهره	برنامه	سبز	سیاست ملی مصوب و ابلاغی وجود دارد، برنامه عملیاتی سالانه وجود دارد ارزشیابی برنامه وجود دارد
		هماهنگی درون بخشی	قرمز	از وضعیت اجرای برنامه در وزارت بهداشت اطلاعی در دسترس نیست
		ساختار	سبز	دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکل ایجاد شده و ۲۲ جلسه تشکیل داده است سازمان امور اجتماعی شکل گرفته است
		جلب حمایت	سبز	شورای اجتماعی موضوع الکل را حداقل ۵ بار در جلسات مطرح کرده است.
		نظارت و مقررات	قرمز	دستگاه ها نسبت به بودجه تخصیص پاسخگو هستند ولی هدفمند نبوده است
	تأمین منابع	حقوق بیمار	قرمز	بیماران مخاطب این برنامه هنوز حقوق بیمار مشخصی ندارند و مصرف مشروبات الکلی حرام است و حد دارد.
		همکاری بین بخشی	زرد	همکاری بین بخشی از طریق دبیرخانه با تدوین گزارش عملکرد هر دستگاه و ارائه آن به شورای اجتماعی شکل گرفته است ولی نیازمند تقویت است
		مشارکت مردم	قرمز	علی رغم تصویب ایجاد سمن های مرتبط هنوز مشارکت مردم در این زمینه تعریف نشده است
		تأمین مالی	زرد	قبلاً از طریق ردیف مفاسد اجتماعی هزینه می شده است ولی در دو سال آخر بودجه مشخصی برای استان ها و دستگاه ها تخصیص داده شده است که البته کفایت نمی کند
		نیروی انسانی	زرد	رابطان تخصصی معرفی شده اند ولی تغییر دائمی آنها مانع از انباشت تجربیات است. خبرگان مرتبط در بانگ اطلاعاتی هنوز جمع آوری نشده است. پزشکان درمان گر تربیت شده اند
خدمات	اطلاعات	زرد	اطلاعات مصرف الکل در کشور سالانه گزارش می شود و بررسی شیوع مصرف هر سه سال یکبار انجام شده است. اولویت های تحقیقاتی هنوز ابلاغ نگردیده است	
	دارو	سبز	از نظر دارویی کمبودی وجود ندارد	
	فضای فیزیکی و تجهیزات	سبز	فضای فیزیکی و تجهیزات برای اجرای سیاست در سطح ملی و استانی وجود دارد.	
	ارتقای سلامت و پیشگیری	زرد	در نظام مراقبت های اولیه برنامه مراقبت از مصرف کنندگان وارد شده است و غربال شده و مداخله مختصر انجام می شود	
	درمان	قرمز	مراکز درمانی گسترده نیست و فعلاً فراهم نیست	
تأمین منابع	بازتوانی	قرمز	اصولاً به دلیل عدم شناسایی وابستگان به مصرف الکل روند بازتوانی تعریف و شروع نشده است	
	نگرش	زرد	از طریق شورای اجتماعی کشور حداقل د دستگاه های عضو در جریان معضل افزایش مصرف قرار گرفته اند	
	عملکرد ذینفعان	زرد	تقریباً شکل گرفته است عملکرد دستگاه های ناجا، وزارت بهداشت و صدا و سیما مناسب بوده و باقی دستگاه ها همکاری ضعیفی داشته اند.	
	عوامل اقتصادی	قرمز	رشد منفی، عدم رشد پایدار اقتصادی، کاهش درآمد نفتی، در اولویت بودن تامین مالی معیشت مردم	
	سیاسی	قرمز	نمره حکمرانی در سال ۲۰۱۸ عدد ۱۲۸ از ۶۰۰ بوده است و خیلی تغییری نکرده است	
محیط بیرونی	تأمین منابع	اجتماعی	قرمز	نمره سرمایه اجتماعی روند نزولی طی ده سال داشته است رقابت سایر برنامه های اجتماعی
		فن آوری	زرد	شبكة های مجازی توانسته است عدالت در اطلاع رسانی فرصت ها و شفافیت را افزایش دهد و کسب و کاری های مجازی را توسعه داده است
	دور	بین المللی	قرمز	وضعیت جنگ های منطقه، تحریم های بین المللی و کاهش تعاملات بین المللی به دلیل تحریم های بین المللی، شیوع ویروس کرونا
		اکو سیستم	قرمز	گرم شدن زمین و ...
		سبز: رشد مثبت و بهتر شدن خیلی خوب وضعیت عامل زرد: رشد مثبت و بهتر شدن وضعیت عامل قرمز: عدم رشد یا پسرفت وضعیت عامل		

بخش دوم : سند ملی پیشگیری ، درمان و سوء مصرف الکل تا ۱۴۰۴

دورنمای پیشگیری ، درمان و سوء مصرف الکل در ۱۴۰۴

« دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در سال ۱۴۰۴ توانسته است به استناد اسناد بالادستی با تقویت بستر مناسب (ساختاری ، قانونی ، برنامه های موثر و آزمایش شده ، منابع انسانی ، مالی و اطلاعات) در سازمان امور اجتماعی ، دستگاه های همکار و استان ها شرایط را برای اجرای وسیع تر مداخلات پیشگیری ، درمان و کاهش آسیب مصرف مشروبات الکلی فراهم آورد و با ارتقای همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم به عنوان ناظر عالی در استقرار استانداردهای پیشگیری ، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف الکل سهم و نقش خود را در کاهش بار بیماری^۱ ناشی از مصرف مشروبات الکلی ایفا کند »

اهداف راهبردی (تا پایان برنامه)

۱. شیوع مصرف الکل در یک سال گذشته^۲ به میزان ۲۰٪ سال پایه کاهش یابد .
۲. سواد پیشگیری^۳ از مصرف مشروبات الکلی به میزان ۳۰٪ سال پایه افزایش یابد .
۳. حداقل ۵۰٪ از کسانی که وابستگی به مصرف الکل^۴ از خدمات ضروری بهره مند شوند .
۴. رانندگی^۵ حین و بعد از مصرف مشروبات الکلی به میزان ۵۰٪ سال پایه کاهش یابد.
۵. نمره الگوی مصرف پرخطر^۶ برای مصرف کنندگان مشروبات الکلی به میزان ۲۰٪ سال پایه کاهش یابد .

مداخلات

انواع مداخلات در این برنامه به این شرح است :

۱. مداخلات ترویجی : افزایش دهنده دانش، نگرش و مهارت افراد مانند آموزش عمومی و اختصاصی مردم
 ۲. مداخلات تسهیلی : تسهیل کننده ، مشوق و مروج رفتار سالم مانند افزایش دسترسی امکانات مراقبتی و درمانی برای مبتلایان به اختلال مصرف الکل که تمایل به ترک دارند
 ۳. مداخلات تحکیمی : اجبارهای قانونی و حقوقی همراه مجازات مانند جریمه رانندگان متخلف
 ۴. مداخلات هم افزا : مطالبه اجرایی شدن مداخلات مندرج در سایر سیاست ها و برنامه ها ملی (در خود بخش یا خارج از بخش) که تاثیر غیرمستقیم و یا دور در کاهش مشکل دارد مانند کاهش نابرابری ها که هم بر کاهش مصرف الکل ممکن است تاثیر داشته باشد و هم بر سایر مشکلات بهداشتی
- مداخلات متناظر با هر هدف راهبردی در جدول شماره چهار آمده است :

^۱ در حال حاضر مصرف مشروبات الکلی دوازدهمین عامل خطر برای بار بیماری های کشور است و بر اساس این دورنما و در صورت اجرای موثر سیاست الکل کشور این رتبه باید در ۱۴۰۴ کمتر شود (یعنی به رتبه های بالاتر از ۱۲ مثلا به ۱۴ تبدیل شود) و همچنین سهم مصرف الکل در حوادث ترافیکی و اختلالات روانی کاهش یابد مبنای این سنجش مطالعه بار بیماری های جهانی و ملی خواهد بود .

^۲ شیوع مصرف الکل در یک سال گذشته برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله در ۱۳۹۸ عدد ۹٫۳٪ است این عدد در ۱۴۰۴ باید به ۷٫۴٪ برسد . مبنای سنجش پیمایش ملی شیوع مصرف الکل خواهد بود .

^۳ سواد پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی حداقل در ۶۸٪ جمعیت و حداکثر ۱۷٪ از جمعیت مورد مورد مطالعه ۱۵ تا ۶۴ سال در ۱۳۹۸ دچار نقصان است و این میزان باید ۳۰ درصد بهبود یابد و به ترتیب در شاخص های مرتبط (شامل باور های درست مبنی بر اینکه « مضرات نوشیدنی های الکلی از فواید آنها بیشتر است » ، « بعد از استفاده از نوشیدنی های الکلی به هیچ عنوان نباید رانندگی کرد » ، « زنان در زمان حاملگی نباید نوشیدنی های الکلی استفاده کنند » و رفتار صحیح مبنی بر اینکه « از مصرف نوشیدنی های الکلی پرهیز می کنم ») این حداقل و حداکثر به ۴٫۷٪ و ۱۲٪ برسد که مبنای سنجش پیمایش ملی شیوع مصرف الکل است . همچنین انتظار می رود در صورت موثر بودن مداخلات عدد « ۳۸٫۵٪ مصرف الکل را زیر سن ۱۸ سال شروع کرده اند » کاهش یابد .

^۴ در پیمایش ملی سال ۱۳۹۸ حدود ۴۶ درصد از مصرف کنندگان مشروبات الکلی اظهار داشتند که بعد از رفع اثرات مصرف الکل دچار علائم محرومیت مانند مشکلات خواب، تحریک پذیری، اضطراب، افسردگی، بیقراری، تهوع یا تعریق شده اند و ۳۰ درصد تصمیم به ترک گرفته اند که موفق نبوده اند . این علائم نشانه های الکلیسم یا وابستگی به الکل و یا به اصطلاح روزآمد شده اختلال مصرف الکل (Alcohol Use Disorder) می باشد این عدد حدود ۲٫۴۸۵٫۵۰۰ نفر را شامل می شود و مقرر است ۵۰ درصد این افراد تحت مراقبت قرار گیرند لذا برنامه ریزی مراقبت های درمانی و حمایتی باید برای ۱٫۲۵۰٫۰۰۰ نفر از مبتلایان فراهم گردد .

^۵ پیمایش سال ۱۳۹۸ نشان داد که ۱۰٫۸٪ جمعیت مورد مطالعه حداقل یکبار سوار خودرویی بوده اند که تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی بوده است . ۲۷٫۵ درصد از مصرف کنندگان مشروبات الکلی نیز اظهار داشتند که در زمان مصرف الکل یا بعد از آن در موقعیت هایی که احتمال آسیب جدی به آنها وجود داشت (مانند رانندگی، شنا کردن، کار با لوازم خطرناک، پیاده روی در منطقه نایمن یا رفتارهای جنسی) قرار گرفته اند . مقرر است هر دو عدد تا نصف کاهش یابد .

^۶ الگوی مصرف پرخطر بر اساس معیارهای میزان مصرف در هر بار زمان عادی ، میزان نوشیدن در زمان جشن ها و تعداد این جشن ها، نسبت حوادثی که در زمان مستی رخ می دهد، نسبت کسانی که تقریباً هر روز می نوشند ، شیوع نوشیدن به همراه غذا و شیوع نوشیدن در مکان های عمومی تعیین می شود . در پیمایش ۱۳۹۸ نشان داده شد که میانگین هر بار مصرف ۴٫۸۵ پیمانه (هر پیمانه بر اساس گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳۵۰ سی سی یا ۱۲ تا ۱۳ گرم الکل است) بوده است ، ۱٫۱ درصد از کل جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال تقریباً هر روز تا سه بار در هفته مشروبات الکلی مصرف می کنند ، ۴۴ درصد افراد مصرف کننده در هر بار مصرف بیشتر از ۵ استکان و حداکثر ۱۵ استکان می نوشند ۲۸ درصد نیز در حین و بعد از نوشیدن کارهای پرخطر از قبیل رانندگی، شنا کردن، کار با لوازم خطرناک، پیاده روی در منطقه نایمن یا رفتارهای جنسی انجام داده اند ، مقرر است با اجرای دور دوم سیاست الکل کشور این اعداد حداقل ۲۰ درصد کاهش یابد .

جدول شماره ۴: مداخلات متناظر با اهداف راهبردی سند ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکل

تاثیر مداخله بر اهداف					مداخلات پیشگیری و کاهش مصرف الکل ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۴	نوع مداخلات	
هدف ۱: شوع مصرف	هدف ۲: سواد پیشگیری از مصرف	هدف ۳: پیاده منشی مبتلایان الکلیسم	هدف ۴: رانندگی	هدف ۵: الگوی مصرف پرخطر			
					۱. آموزش های پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در موقعیت های شش گانه ویژه عموم * ^۷	ترویجی	
					۲. آموزش مبتلایان به اختلال مصرف الکل در موقعیت مراکز خدمات جامع سلامت		
					۳. آموزش اصناف مرتبط به تولید و عرضه مشروبات الکلی از جمله سوپرمارکت ها ، باغ داران ، بافروشان		
					مداخلات هم افزا: تداوم آموزش های ملی مهارت های زندگی ، همسرداری و فرزندپروری ^۸		
					۴. غربالگری ، مداخله مختصر افراد و خانواده های در معرض خطر و مصرف کننده و ارجاع موارد مشکوک به اختلال مصرف الکل	سهمی	
					۵. فراهم کردن خدمات مراقبت ، توانبخشی و کاهش آسیب مبتلایان به اختلال مصرف الکل ^۹		
					۶. صدور مجوز در قالب سازمان های مردم نهاد برای الکی های بی نام (AA)		
					۷. تولید نوشیدنی های جایگزین با کمترین عوارض سلامتی و قیمت مناسب		
					۸. ایجاد اشتغال برای تولید کنندگان و عرضه کنندگان مشروبات الکلی که داوطلبانه خود را معرفی کنند	ترویجی	
					مداخلات هم افزا: تکمیل شبکه خدمات سلامت روانی و اجتماعی		
					۹. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات تولید ، تبلیغ و عرضه مشروبات الکلی دست ساز و تقلبی ^{۱۰}		
					۱۰. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات ویژه فروشندگان و تبلیغ کنندگان مشروبات الکلی قاچاق	ترویجی	
					۱۱. بازتعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات برای مصرف کنندگان مشروبات الکلی در مکان های عمومی		
					۱۲. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات ویژه رانندگانی که مصرف مشروبات الکلی داشته اند ^{۱۱}		
					۱۳. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات برای خروج غیرقانونی الکل اتانول از تولیدکنندگان دارای مجوز	ترویجی	
					مداخلات هم افزا:		
					اجرای سیاست شادکامی ایرانیان ، سیاست سلامت اجتماعی کشور ، برنامه سلامت روان کشور ، برنامه ارتقای سلامت جنسی ، برنامه کاهش خشونت ، کاهش طلاق ، کاهش جرائم ، کاهش ترک تحصیل و بازماندگان از تحصیل ، برنامه های حمایت از مشاغل سخت ، برنامه های کاهش مصرف سیگار و قلیان ، کاهش فقر و نابرابری ، اشتغال		

^۷ منظور از موقعیت های مختلف محل کار ، محل تحصیل (مهد کودک ، مدرسه ، دانشگاه و حوزه و سربازخانه) ، رسانه ، محل ارائه خدمات از جمله مراکز جامع سلامت ، محل گذر ، محل تفریح و عبادت می باشد . حداقل یک تارگه الکترونیکی و یک کانال در شبکه های اجتماعی رایج در کشور برای آموزش باید راه اندازی شود . در این مداخله توصیه های دینی و پزشکی خصوصا از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت به شیوه ای که برای شهروندان با سواد هشت کلاس نیز قابل فهم باشد در قالب یک منشور ملی باید ارائه شود . برنامه های آموزشی باید به زبان محلی و با استفاده از معتمدان محلی انجام شود . از خانه مشارکت مردم در سطح ملی ، استانی و شهرستانی به همراه کانون های محلات باید در ترویج این منشور استفاده شود . در این آموزش نوشیدنی الکی باید تعریف گردد ؛ تفاوت بین متانول و اتانول و همچنین عواقب شروع مصرف در سن زیر ۱۸ سال در این مداخله باید ارائه شود . این آموزش ها باید مجازات عرضه کنندگان و تولید کنندگان و مصرف کنندگان در مکان های عمومی و حین رانندگی را هم شامل شود . آموزش خانواده هایی که مشکل اختلال مصرف الکل در آنها وجود دارد نیز مشمول آموزش ها باشد . استفاده از طراحی کاریکاتورها و کلیپ های آموزنده جزء برنامه باشد

^۸ در این پروتکل که صرفا محدود به مراکز خدمات جامع سلامت می باشد غربالگری افراد دارای عامل خطر ، مصرف کننده و مشکوک به اختلال مصرف الکل در اولویت است و مداخله مختصر برای افراد دارای عامل خطر و مصرف کننده انجام می شود و افراد مشکوک به اختلال مصرف ارجاع می شود . آموزش مراقبان سلامت ، کارشناسان سلامت روان و پزشکان عمومی و تقویت کاریکولوم های رشته های علوم سلامت در این زمینه از ضرورت های این مداخله است . خدمات در حاشیه شهر و استان هایی که شیوع بالایی دارند باید در اولویت باشد ^۹ پروتکل ویژه اختلال مصرف الکل تدوین ، تصویب و ابلاغ گردد همچنین پروتکل اورژانس های مصرف الکل (مسمومیت با اتانول و متانول) و برخورد بالینی با مادر باردار و شیرده مصرف کننده الکل تدوین گردد . این مراکز حداقل یک مورد در هر شهرستان لازم است . الزاما باید در درون مراکز خدمات جامع سلامت و مراکز سلامت روان جامعه نگر ادغام شد و از ایجاد مراکز مجزا خودداری شود . در شهرستان هایی که فعلا امکان ایجاد مراکز سلامت روان جامعه نگر وجود ندارد می توان با روش خرید خدمات از مطب های خصوصی روانپزشکی به شرط رعایت پروتکل های وزارت بهداشت استفاده کرد . در حال حاضر ۱۸۰ پزشک در کشور برای اجرای این پروتکل آموزش دیده اند که از آنها استفاده شود . مراکز اقامت ده تا دوازده روز یا استانداردهای مراکز توانبخشی و بازتوانی کاهش مصرف مشروبات الکلی و مبتنی بر جامعه طراحی و پایلوت گردد

^{۱۰} شیوه نامه اجرایی توسعه و ارتقای سیاست های کاهش دسترسی به الکل و افزایش هزینه جرائم مرتبط (تولید ، توزیع ، قاچاق ، نگهداری ، حمل مشروبات الکی) در دوره چهار ساله اجرایی برنامه ملی الکل (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶) تدوین شده است . این برنامه باید آموزش قضات ، وکلا و ضابطین قضایی را شامل شود .

^{۱۱} در این زمینه انجام تست الکل از رانندگان در دوره چهار ساله اجرای برنامه ملی الکل (۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶) به شکل پروتکل تدوین ، ابلاغ و اجرایی شده است که لازم است در دور دوم با ارزشیابی این پروتکل تست بالینی رانندگان مشکوک [Field Sobriety Tests (FSTs)] و تست رندوم در فواصل مشخص توسط پلیس راهور به آن اضافه شود و محدوده تست تنفسی الکی بازنگری شود . این مداخله باید شامل آموزش پلیس راهور باشد .

بخش سوم) استقرار برنامه

به منظور استقرار هر چه بهتر سند شیوه نامه و مواد آموزشی به شرح زیر تدوین شده است که از طریق دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی اجرایی می شود :

۱) شیوه نامه اجرایی و تفاهم نامه یکپارچه

الزامات اجرای پایدار سیاست شامل مشارکت مردم ، همکاری بین بخشی ، مشروعیت بخشی ، منابع مالی ، انسانی ، اطلاعات ، ساختار ، پایش و ارزشیابی بررسی شده است و در قالب شیوه نامه اجرایی و تفاهم نامه یکپارچه برای اجرای سیاست الکل تدوین شده است. در این شیوه نامه تقسیم کار ملی و استانی تعیین شده است .

۲) بسته آموزشی رابطان تخصصی دستگاه ها

این بسته برای آموزش رابطان تخصصی دستگاه ها و استان ها در اجرای سیاست الکل به روش کارگاه آموزشی تهیه شده است .

۳) مواد ترویجی ویژه حمایت طلبی

برای توجیه مدیران ارشد ملی و استانی و شهرستانی مواد ترویجی شامل موارد زیر توزیع شود :

الف- دو گزاره برگ شامل « وضعیت مصرف مشروبات الکلی در ایران و استان ها » و « معرفی سیاست الکل کشور »

ب- اینفوگرام (داده نمای) الکل

شیوه نامه اجرایی برنامه ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی

به استناد قانون جمعیت و تعالی خانواده مصوب مجلس شورای اسلامی، سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و سیاست سلامت اجتماعی کشور شیوه نامه اجرایی برنامه ملی پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی (سیاست الکلی) در کمیته ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی با مشارکت ذینفعان (شامل دستگاه های مسئول و خبرگان از رشته های تخصصی دانشگاهی و حوزوی) تدوین و به شرح زیر جهت اجرا ابلاغ می گردد :

ماده (۱) اهداف شیوه نامه

هدف اصلی این شیوه نامه کاهش شیوع مصرف مشروبات الکلی و الگوی مصرف پرخطر به میزان پیش بینی شده در برنامه است که از طریق دو راهبرد همکاری بین بخشی و مشارکت مردم به شرح زیر به اجرا در می آید :

۱. افزایش پاسخگویی دستگاه ها و استان ها در اجرای مداخلات سیاست الکلی
۲. مشارکت انجمن های علمی، فرهنگی، دینی، شبکه های مردمی و دستگاه های ملی در ارتقای سواد سلامت مرتبط در گروه های مختلف جامعه

ماده (۲) ساختار اجرایی

۱. **شورای اجتماعی کشور** به عنوان مرجع اصلی برای تصویب و ابلاغ سیاست الکلی است ، که از طریق دبیرخانه شورای اجتماعی موظف است گزارش سالانه از عملکرد رتبه بندی شده دستگاه ها و استان ها به شورای اجتماعی کشور ارائه دهد .
۲. **کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکلی** متشکل از نمایندگان تام الاختیار دستگاه های همکاری است که وظیفه تصویب شرح خدمات پروژه های مرتبط به مداخلات ، پایش فصلی برآمدها و تصویب گزارش ارزشیابی سالانه و دوره ای است که به شورای اجتماعی کشور ارائه می شود . دبیر این کمیته کارشناس مسئول از سازمان امور اجتماعی کشور است که از طرف رئیس سازمان امور اجتماعی ابلاغ دریافت کرده است . شورای مشارکت مردم نماینده تام الاختیار خود را برای عضویت در کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکلی معرفی می کند .
۳. کلیه دستگاه ها موظفند نماینده تام الاختیار را به عنوان **رابط تخصصی دستگاه معرفی** نمایند ، **نماینده تام الاختیار استانی** مدیرکل امور اجتماعی استانداری خواهد بود و دبیرخانه موظف است عملکرد رابطان تخصصی دستگاه ها و استان ها را به منظور تشویق و قدردانی از آنها در گزارش سالانه منعکس کنند . ابلاغ رابطان تخصصی به طور مشترک توسط رئیس سازمان امور اجتماعی کشور و مقام هم سطح در دستگاه همکاری صادر می شود.
۴. رابطان تخصصی استان موظفند طی سه ماه بعد از ابلاغ برنامه **برش سیاست الکلی در سطح استان** را تدوین و پس از تصویب شورای برنامه ریزی و توسعه استان با همکاری سازمان برنامه و بودجه استان اجرایی کنند .
۵. دبیرخانه موظف است جمعی از خبرگان از تخصص های مرتبط به این برنامه را در قالب **کمیته علمی** منصوب و به صورت فصلی از مشارکت آنها در اجرای هر چه بهتر برنامه بهره برد ، اعضای این کمیته موظفند آخرین یافته های علمی در ارتباط با موضوع برنامه ملی و شیوه نامه را در اختیار دبیرخانه قرار دهد این کمیته موظف است سه ماه بعد از ابلاغ سیاست الکلی اولویت های تحقیقات کاربردی مرتبط را تعیین کرده و فراخوان سراسری کند تا با مشارکت مراکز علمی و تحقیقاتی اجرا شده و نتایج آن در کمیته ملی ارائه و به کار بسته شود .

ماده (۳) منابع

۱. دبیرخانه موظف است در دو ماه اول ابلاغ سیاست الکلی و این شیوه نامه کلیه رابطان تخصصی را در ارتباط با مفاد برنامه و شیوه نامه به روش موثری آموزش دهد . سامانه / شاخص های پایش
۲. منابع مالی برای اجرای مداخلات از ردیف های بودجه دستگاه ها و سازمان ها تامین خواهد شد ، در این زمینه لازم است سالانه جدول بودجه لازم به تفکیک « دستگاه - پروژه - شاخص پایش » در فصل زمستان توسط دبیرخانه تدوین شده و پس از تصویب کمیته ملی جهت مذاکره با سازمان مدیریت و برنامه ریزی و گنجانند در بودجه های تخصیص دستگاه ها حمایت طلبی شود .
۳. دبیرخانه موظف است عملکرد دستگاه ها و استان ها را بر اساس سامانه الکترونیکی رایج در وزارت کشور پایش کند به همین منظور دو برآمد سالانه در هر انتظار برای هر استان و هر دستگاه تعریف شود و مهلت بارگذاری گزارش برآمدها در ابتدای سال ابلاغ گردد .
۴. دبیرخانه موظف است با مشورت کمیته علمی و تصویب کمیته ملی پیمایش های مرتبط به برنامه را از طریق مرکز رصد اجتماعی سازمان امور اجتماعی سفارش داده و به طور دوره ای انجام داده و برای ارزیابی و قضاوت در زمینه پیشرفت برنامه در اختیار شورای اجتماعی کشور قرار دهد ، دبیرخانه موظف است داشبورد شاخص های مرتبط به اهداف برنامه را به طور سالانه روزآمد نماید .

۵. به منظور پایداری اجرای مداخلات این برنامه لازم است **این برنامه به مطالبه مردم تبدیل گردد لذا دبیرخانه موظف است** در سه شکل توزیع پیام های ترویجی از طریق مسئول شبکه های مذکور ، درخواست همکاری و ارایه نظر و پیشنهاد از این میانجیان و همچنین مشارکت در قالب برنامه های عملیاتی سالانه از مشارکت آنها بهره مند شود شورای عالی استان ها ، کمیسیون های مختلف مجلس شورای اسلامی ، سازمان های مردم نهاد ، انجمن های اسلامی کارگران ، اصحاب رسانه در کلیه رده ها ، سندیکاها کارفرمایی ، انجمن های علمی دانشجویی ، مجلس دانش آموزی ، انجمن های اولیاء و مربیان ، مربیان مهد کودک و معلمان ، هیات های مذهبی و روحانیون از آن جمله هستند

۶. زمان بندی اجرای سند به شرح زیر پیش بینی شده است و دبیرخانه موظف است هر گونه خروج از این زمان بندی را به دقت پایش کرده و پیشنهادات تعدیلی و اصلاحی خود را به رئیس دبیرخانه ارایه دهد :

- تا پایان سال ۱۳۹۸ : ارایه در شورای اجتماعی و ابلاغ برنامه ملی ، تشکیل کمیته ملی و تقسیم کار بین دستگاهی و آموزش رابطان ، پیمایش شیوع مصرف الکل و تعیین عدد پایه شاخص های قابل پایش
- سال ۱۳۹۹: اجرای مداخلات توسط دستگاه های ذینفع در اولین سال ، پایش فصلی عملکرد ، تعیین داشبورد سال شاخص های مربوط به مصرف الکل و ارایه گزارش سالانه به شورای اجتماعی
- سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۳: اجرای مداخلات توسط دستگاه های ذینفع (بر اساس درس های آموخته شده سال قبل) پایش فصلی عملکرد ، تعیین داشبورد سال شاخص های مربوط مصرف الکل و ارایه گزارش سالانه به شورای اجتماعی
- سال ۱۴۰۴ : تکرار پیمایش شیوع مصرف الکل ، ارزشیابی برنامه و بازنگری در برنامه و تصویب آن

جدول تقسیم کار بین بخشی استقرار سیاست الکل ایران طی سال های ۱۳۹۹ لغایت ۱۴۰۴

انواع	مداخلات ***	دستگاه همکار *
تربیتی	۱. آموزش های پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در موقعیت های شش گانه ویژه عموم *	کمیته ملی بر اساس برنامه مشترک ** دبیرخانه شورای فرهنگ عمومی ، صدا و سیما
	۲. آموزش مبتلایان به اختلال مصرف الکل در موقعیت مراکز خدمات جامع سلامت	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
	۳. آموزش اصناف مرتبط به تولید و عرضه مشروبات الکلی از جمله سوپرمارکت ها ، باغ داران ، بارفروشان	وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی وزارت جهاد کشاورزی
سپاهی	مداخلات هم افزا : تداوم آموزش های ملی مهارت های زندگی ، همسرداری و فرزندپروری	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وزارت آموزش و پرورش سازمان بهزیستی
	۴. غربالگری ، مداخله مختصر افراد و خانواده های در معرض خطر و مصرف کننده و ارجاع موارد مشکوک به اختلال مصرف الکل	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
	۵. فراهم کردن خدمات مراقبت ، توانبخشی و کاهش آسیب مبتلایان به اختلال مصرف الکل	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سازمان بهزیستی
	۶. صدور مجوز در قالب سازمان های مردم نهاد برای الکلی های بی نام (AA)	وزارت کشور
	۷. تولید نوشیدنی های جایگزین با کمترین عوارض سلامتی و قیمت مناسب	وزارت صنعت معدن و تجارت
	۸. ایجاد اشتغال برای تولید کنندگان و عرضه کنندگان مشروبات الکلی که داوطلبانه خود را معرفی کنند	وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی
	مداخلات هم افزا : تکمیل شبکه خدمات سلامت روانی و اجتماعی	وزارت کشور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
	۹. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات تولید ، تبلیغ و عرضه مشروبات الکلی دست ساز و تقلبی	معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم ق نیروی انتظامی (ناجا) ، سازمان تعزیرات
تحریمی	۱۰. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات ویژه فروشندگان و تبلیغ کنندگان مشروبات الکلی قاچاق	معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم ق نیروی انتظامی (ناجا) ، سازمان تعزیرات
	۱۱. بازتعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات برای مصرف کنندگان مشروبات الکلی در مکان های عمومی	معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم ق نیروی انتظامی (ناجا) ، سازمان تعزیرات
	۱۲. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات ویژه رانندگانی که مصرف مشروبات الکلی داشته اند	معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم ق پلیس راهور
	۱۳. تعریف ، اعلان عمومی و اعمال مجازات برای خروج غیرقانونی الکل اتانول از تولیدکنندگان دارای مجوز	سازمان غذا و دارو و سازمان پزشکی قانونی سازمان صنعت معدن و تجارت
	مداخلات هم افزا : اجرای سیاست شادکامی ایرانیان ، سیاست سلامت اجتماعی کشور ، برنامه سلامت روان کشور ، برنامه ارتقای سلامت جنسی ، برنامه کاهش خشونت ، کاهش طلاق ، کاهش جرائم ، کاهش ترک تحصیل و بازماندگان از تحصیل ، برنامه های حمایت از مشاغل سخت ، برنامه های کاهش مصرف سیگار و قلیان ، کاهش فقر و نابرابری، اشتغال	وزارت کشور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سازمان بهزیستی کشور وزارت آموزش و پرورش وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی
*نماینده سازمان برنامه و بودجه ، نماینده مرکز پژوهش های مجلس و نماینده شورای مشارکت مردم از اعضای کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکل خواهند بود		
** برنامه مشترک افزایش سواد پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در سه ماه اول پس از ابلاغ برنامه در دبیرخانه تدوین و پس از تصویب کمیته ملی به دستگاه ها ابلاغ می گردد ، کارگاه ویژه ای برای رابطان تخصصی دستگاه ها در این ارتباط باید برگزار شود و اصول تغییر رفتار و بازاریابی اجتماعی آموزش داده شود .		
*** استان ها برای اجرای مداخلات می بایست استانداردها و شیوه نامه های ابلاغی ملی را رعایت کنند لذا در صورت عدم وجود شیوه نامه های مرتبط باید منتظر ابلاغ آنها باشند و یا در صورت اقدام با اطلاع دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکل باشد . استان هایی که شیوع مصرف در آنها از میانگین کشوری بالاتر است هر شش ماه پایش خواهند شد.		

بسته آموزشی رابطان تخصصی دستگاه ها

این بسته برای آموزش رابطان تخصصی دستگاه ها و استان ها در اجرای سیاست الکل به روش کارگاه آموزشی تهیه شده است. اهداف این بسته به شرح زیر است و انتظار می رود رابطان تخصصی بعد از شرکت در کارگاه بتوانند:

- وضعیت مصرف مشروبات الکلی در کشور، علل و عوامل موثر بر آن را شرح دهند.
- مداخلات تجربه شده برای کاهش مصرف در جهان و ایران را شرح دهند و نتایج حاصل از اجرای این مداخلات در کشور را تشریح کنند.
- برنامه ملی پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی، درمان و کاهش آسیب را در دور دوم (تا سال ۱۴۰۴) شرح دهند.
- اصول و فنون استقرار موفق مداخلات شامل مدیریت پروژه، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم، حمایت طلبی و بازاریابی اجتماعی را شرح دهند.

اجزای بسته شامل موارد زیر است:

- راهنمای مدرس
- راهنمای فراگیران به شکل دفترک آموزشی که خلاصه مباحث ارائه شده در کارگاه می باشد و در انتهای کارگاه به آنها ارائه می شود
- کاربرگ های برگزاری کارگاه شامل اهداف و برنامه کارگاه، کاربرگ کارگروهی شرکت کنندگان و ارزشیابی شکل و محتوی کارگاه
- لوح فشرده اسلایدهای کارگاه

مخاطبان این بسته نمایندگان تام الاختیار دستگاه های عضو کمیته ملی پیشگیری و کاهش مصرف الکل و استان ها هستند. گواهی به رابطان تخصصی به شرطی ارائه می شود که امتیاز ۶۰ درصد از آزمون را کسب کنند.

