

به نام خداوند بخشایندهی مهربان
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان، معاونت بهداشت

برنامه جامع پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

در سیاست های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای سند چشم انداز ۲۰ ساله بر رویکرد «انسان سالم» و «سلامت همه جانبه» و همچنین ارتقاء شاخصهای بهداشت روان به ویژه در دانش آموزان و نیز مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و الکل در دهه پیش رو که پیشرفت و عدالت نام گذاری شده، تاکید گردیده است.

با توجه به گستره عوامل تاثیر گذار در این حوزه این نکته آشکار می شود که مسئولیت پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل فراتر از یک سامانه تخصصی تحت عنوان وزارت بهداشت و یا دانشگاه های زیر مجموعه آن است و این مهم نیاز به هماهنگی و همکاری بین بخشی دارد. در چنین شرایطی نحوه استخراج عوامل موثر بر ایجاد این مشکل و مداخلات اصلاحی نیز متفاوت است و نیاز به کار بین بخشی وسیع و همکاری همه نهادهای جامعه دارد که در این میان وزارت بهداشت سه نقش میانجی دانش، حمایت طلب و رهبری سایر سازمان ها را بر عهده می گیرد. با توجه به اینکه نقشه تحول نظام سلامت کشور و عملیاتی شدن برنامه پنجم در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت تدوین و تصویب گردیده است، تصمیم عاجل و زیربنایی برای چگونگی فراهم کردن مداخلات و سیاست گذاری و مدیریت پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در نظامی یکپارچه بسیار ضروری است و لازم است حداقل تکالیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انتظارات از سایر دستگاه ها مشخص شود. انتظار می رود با تصویب و به کارگیری این سند:

۱. زبان مشترکی برای مدیریت مداخلات پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل بین ذینفعان درونی وزارت بهداشت ایجاد شده و احساس مالکیت برنامه ها افزایش یابد.
۲. به استقرار موفقیت آمیز برنامه پزشک خانواده کمک کند.
۳. یک سند علمی بالادستی برای برنامه های عملیاتی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت خانه فراهم شود.
۴. دستیابی به اهداف برنامه توسعه پنجم کشور تسهیل و تسریع گردد.
۵. از آخرین دستاوردهای مداخلات سوء مصرف الکل در تجربیات بین المللی برای پیشگیری در سطوح اول، دوم، سوم استفاده شود.
۶. ثبات برنامه های پیشگیری، درمان و کاهش آسیب با تغییر مدیران تضمین شود.

پیام های اصلی گزارش

- پیام ۱)** الکل از شایعترین مواد سوء مصرف در دنیاست و بعنوان ماده آغازین نقش زیادی در ادامه مصرف مواد مخدر دارد.
- پیام ۲)** یکی از علل عمده مرگ و میر جوانان حوادث رانندگی ناشی از مصرف الکل است. الکل در عین حال یکی از دلایل مهم بزهکاری، ارتکاب جرم، خشونت، افت تحصیلی، مسایل و مشکلات عاطفی و خودکشی است.
- پیام ۳)** بر اساس آخرین مطالعه کشوری موجود که به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت صورت گرفته است، برآورد تعداد سوء مصرف کنندگان الکل در کشور بیش از یک میلیون نفر تخمین زده شده است.
- پیام ۴)** مهمترین مداخله در این حوزه مداخلات **پیشگیرانه** است. که در صورت **همکاری بین بخشی** محقق خواهد شد.
- پیام ۵)** بر اساس تحلیل وضع موجود در این سند وزارت بهداشت تا سال ۱۳۹۴، به استناد اسناد بالادستی با ایجاد بستر مناسب (ساختاری، قانونی، برنامه های موثر و آزمایش شده، منابع انسانی، مالی و اطلاعات) در وزارت خانه و دانشگاه های علوم پزشکی شرایط را برای اجرای وسیع تر مداخلات پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل فراهم می آورد و از طریق ارتقای همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم به عنوان **مرجع علمی**، **حمایت طلب**، **ناظر عالی** و **تدوین گر** **استانداردهای پیشگیری**، **درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل** سهم و نقش خود را در کاهش بار بیماری وابستگی به الکل و سوء مصرف الکل به میزان پیش بینی شده در برنامه توسعه پنجم ایفا می کند .
- پیام ۶)** تقویت برنامه های سطح یک پیشگیری و جلب حمایت های مرتبط در این سطح، سفارش مرجع تصمیم گیری، گنجاندن مداخلات پیشنهادی در برنامه عملیاتی سالانه، مشارکت ذینفعان و تیم استقرار در تدوین سند، آموزش کارشناسان استقرار در زمینه مهارت های ستادی و تعیین گام های استقرار و عملیاتی سازی برنامه از ویژگی های این سند در مقایسه با برنامه های قبلی است.
- پیام ۷)** با توجه به وضعیت تغییرات مدیریتی کشور اجرای برنامه در چهار مرحله پیش بینی شده است : مرحله آماده سازی استقرار (تا پایان سال ۱۳۹۰)، مرحله بسترسازی مداخلات (سال ۱۳۹۱) شامل پروژه های مطالعاتی کاربردی و بسترساز مرحله اجرای مداخلات (۱۳۹۲-۱۳۹۳) شامل اجرای هماهنگی کلیه مداخلات در کشور برای دو سال متوالی و مرحله چهارم شامل ارزشیابی مداخلات و انجام پیمایش های کشوری و تصمیم برای برنامه بعدی (۱۳۹۴).
- پیام ۸)** توانمندسازی حوزه ستادی برای استقرار برنامه در استان ها مهمترین عامل موفقیت در دستیابی به اهداف این سند است، مطابق مطالعه آسیب شناسی برنامه های توسعه کشور به نظر می رسد توانایی عملیاتی سازی و اجرای برنامه ها یکی از سه فاکتور مهم در موفقیت برنامه های جامع یا راهبردی در سازما نهی کشور ما محسوب می شود دو عامل دیگر حمایت سیاسی و تامین منابع مالی مستمر است.
- پیام ۹)** طراحی و استقرار برنامه پیشگیری و **درمان مسمومیت با الکل** نیازمند ایجاد حساسیت در مسئولین و سایر خبرگان است تا با اتخاذ تصمیمات خردمندانه و تعهد جمعی، ورودی اثر گذار به این معضل اجتماعی داشته باشند.

بخش اول) شناخت

۱) مروری بر وضعیت فعلی؛ اسناد و برنامه های بالادستی

در چشم انداز سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران چنین ویژگی‌هایی خواهد داشت: (کادر روبرو)

سیاست های کلی مبارزه با مواد مخدر ابلاغی توسط مقام معظم رهبری (۱۳۸۵/۰۷/۱۲):

۱. مبارزه فراگیر و قاطع علیه کلیه فعالیتها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر و روانگردان و پیش سازهای آنها از قبیل کشت، تولید، ورود، صدور، نگهداری و عرضه مواد

۲. تقویت، توسعه، تجهیز و استفاده فراگیر از امکانات اطلاعاتی، نظامی، انتظامی و قضایی برای شناسایی و تعقیب و انهدام شبکه ها و مقابله با عوامل اصلی داخلی و بین المللی مرتبط با مواد مخدر

۳. تقویت، تجهیز و توسعه یگان ها و مکانیزه کردن سیستم های کنترلی و تمرکز اطلاعات به منظور کنترل مرزها و مبادی ورودی کشور و جلوگیری از اقدامات غیرقانونی مرتبط با مواد مخدر، روانگردان و پیش سازهای آنها و تقویت ساختار تخصصی مبارزه با مواد مخدر در نیروی انتظامی و سایر دستگاههای ذیربط

۴. اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب های ناشی از مواد مخدر و روانگردان با بهره گیری از امکانات دولتی و غیردولتی با تاکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و تربیت و مراکز فرهنگی و عمومی.
۵. جرم انگاری مصرف مواد مخدر و روانگردان و پیش سازهای آنها جز در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه های مصوب درمان و کاهش آسیب. ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر باهدف درمان و بازتوانی مصرف کنندگان، کاهش آسیب ها، جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پرخطر.

۶. اتخاذ تدابیر لازم برای زمینه سازی حمایت های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به مواد مخدر و انواع روانگردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده های آنها و نیز فراهم نمودن امکانات خدمات در مانی و نیاز های حمایتی افراد مذکور

۷. تقویت و ارتقاء دیپلماسی منطقه ای و بین المللی مرتبط با مواد مخدر و روانگردان با هدفمند نمودن مناسبات، مشارکت فعال در تصمیم سازی ها، تصمیم گیری ها و اقدامات مربوط، بهره برداری از تجارب و امکانات فنی، پشتیبانی و اقتصادی کشور های دیگر و سازمان های بین المللی و فراهم نمودن زمینه اقدام مشترک در جلوگیری از ترانزیت غیر قانونی مواد مخدر

۸. اتخاذ تدابیر لازم برای حضور و مشارکت جدی آحاد مردم و خانواده ها و حمایت از تشکل های مردمی در زمینه های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان

۹. توسعه مطالعات و پژوهش های بنیادی، کاربردی و توسعه ای در امر مبارزه با مواد مخدر و روان گردان و پیشگیری و درمان معتادان باتکیه بر دانش روز دنیا و استفاده از ظرفیت های علمی و تخصصی ذیربط در کشور

۱۰. ارتقاء و اصلاح ساختار نظام مدیریت مبارزه با مواد مخدر و روانگردان به منظور تحقق سیاست های کلی نظام و سرعت بخشیدن به فعالیت ها و هماهنگی در اتخاذ سیاستهای عملیاتی و کلیه اقدامات اجرایی و قضایی و حقوقی.

اهداف زیر در برنامه پنجم توسعه سلامت آورده شده است:

- کاهش بار اختلالات روانی (افسردگی) حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش شیوع استفاده از قلیان و سیگار در افراد بالای ۱۵ سال به ترتیب میزان ۱۰٪ و ۱٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش بار ناشی از مصرف مواد مخدر و مواد روان گردان به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه

• توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش های اسلامی، ملی و انقلابی، یا تأکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان ها، و بهره مند از امنیت اجتماعی و قضایی

• برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب

نقشه تحول نظام سلامت

در نقشه تحول نظام سلامت که مجموعه ای جامع، هماهنگ و پویا از اهداف، سیاست ها و الزامات برنامه ریزی تحول راهبردی نظام سلامت مبتنی بر الگوی پیشرفت اسلامی- ایرانی است و برای تدوین آن جمع کثیری از متخصصین حوزه های مختلف مرتبط با سلامت نقش داشته اند، یکی از اهداف کلان آن کاهش عوارض ناشی از آسیب های اجتماعی است.

همچنین در این سند کار گروه هایی در راستای تاثیر گذارترین حوزه ها تشکیل گردید که یکی از این کارگروه ها "کار گروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد" بود.

هدف ۹: ارتقاء پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در افق ۱۴۰۴

با توجه به اینکه یکی از اهدافی که بعنوان خروجی های این کارگروه تعریف گردیده است (کادر روبرو) ارتقای پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در افق ۱۴۰۴ است، لذا جهت گیری در سند اخیر کاملاً بر اساس مداخلات تعریف شده در نقشه تحول نظام سلامت شکل گرفته است.

دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

با توجه به اینکه در این دستورالعمل (مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) قید گردیده که نظام سلامت باید هر سه نوع خدمت پیشگیری، درمان و توان بخشی را فراهم کند (بند ۸ از فصل اول دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع) تا بتوان از جامعیت خدمات سخن گفت و نیز در بخش بسته خدمات تیم سلامت مراقبت های ادغام یافته یکی از اجزاء آن تعریف شده است، سعی بر این بوده تا در سند اخیر با تکیه بر این دستورالعمل مداخله ای که تامین کننده خوراک برای این سیستم باشد، لحاظ گردد و از این طریق خدمات پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل نیز جزء برنامه های ادغام شده گردد.

قانون رسیدگی به تخلفات راهنمایی و رانندگی: (کادر زیر)

بر اساس ماده ۱۰ رسیدگی به تخلفات مصوبه ۸۹/۱۲/۲۴ بند ب، در مواردیکه قرائن و شواهد حاکی از حالت مستی یا استفاده راننده از مواد مخدر و روانگردان باشد، ماموران راهنمایی و رانندگی موظفند با استفاده از تجهیزات لازم نسبت به تشخیص آن اقدام نمایند. و در صورت اثبات، از رانندگی فرد جلوگیری نموده و ضمن صدور قبض جرمه و ضبط گواهینامه بمدت ۶ ماه توسط نیروی انتظامی به مراجع قضایی معرفی می شوند.

۲) مروری بر وضعیت فعلی؛ مداخلات گذشته و حال

تعریف پروژه ها در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت به تفکیک سال اجرا
سال ۱۳۸۸

بررسی وضعیت موجود و نیازسنجی (انجام یافته)

راهنمای عملی درمان مسمومیت با متانول (انجام یافته)

سال ۱۳۸۹

حمایت طلبی (انجام یافته و در دست انجام)

بررسی تخمین سائز سوء مصرف کنندگان (انجام یافته)

سال ۱۳۹۰

تدوین سند سیاست پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل (انجام یافته)

تدوین راهنمای عملی سنجش الکل رانندگان (انجام یافته)

تدوین برنامه جامع پیشگیری از مصرف الکل (در دست انجام)

تحلیل ذینفعان پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل

مراجع تصمیم گیر و سیاست گذار: حوزه نهاد مقام معظم رهبری، شورای تشخیص مصلحت نظام، کمیسیون های بهداشت و درمان و اجتماعی مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، هیات دولت (بخشی از سازمان ها عضو شورای عالی نیستند)، کمیسیون اجتماعی وزارت کشور، شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت

وزارت خانه ها و سازمان ها: وزارت کشور و معاونت اجتماعی آن، سازمان صدا و سیما، وزارت رفاه و تامین اجتماعی و سازمان های بیمه تابعه، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت علوم تحقیقات و فناوری، وزارت کار و امور اجتماعی، نیروی انتظامی، وزارت مسکن، سازمان شهرداری ها و دهیاری ها، سازمان ملی جوانان، سازمان تربیت بدنی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، قوه قضائیه و واحدهای مرتبط از جمله اداره پیشگیری، سازمان زندان ها، حوزه های علمی سراسر کشور، سازمان تبلیغات اسلامی، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

خبرگان: مدیران و مشاورین سابق دفتر سلامت روان، اجتماعی و پیشگیری از سوء مصرف مواد، محققان و اساتید برجسته و پیشکسوت روانپزشکی و روانشناسی و جامعه شناسی کشور
سازمان های بین المللی: نمایندگی دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی در ایران، یونیسف، نمایندگی دفتر مبارزه به جرم و مواد سازمان ملل در ایران

انجمن های علمی و سمن ها: ائتلاف سلامت روان کشور (انجمن علمی روانپزشکی ایران، انجمن علمی پزشکی اجتماعی، انجمن علمی روانشناسان بالینی، انجمن علمی مددکاری اجتماعی، انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان)، سازمان نظام روانشناسی، مراکز تحقیقاتی سلامت روان و شبکه ملی آن، مرکز ملی مطالعات اعتیاد و سایر مراکز مرتبط، نماینده مراکز خصوصی انجمن حمایت از حقوق کودکان، موسسه تحقیقات زنان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: معاونت بهداشت (اداره سلامت اجتماعی، اداره اعتیاد، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مرکز مدیریت شبکه، مرکز سلامت محیط و کار، مرکز مدیریت بیماری ها)، درمان (مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استانداردها و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت بیمارستان و تعالی بالینی، دفتر نظارت و اعتباربخشی درمان)، معاونت آموزشی، معاونت تحقیقات و فن آوری، توسعه مدیریت و منابع، معاونت دانشجویی و فرهنگی، روابط عمومی، حوزه مشاور وزیر در امور هیات امناء، حوزه مشاور وزیر در آموزش مداوم، روسای دانشگاه های علوم پزشکی معاونین درمان و بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی، روسای شبکه های بهداشتی شهرستان ها

۳) وضعیت نظام سلامت در حوزه پیشگیری درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل - محیط درونی

توجه: محدوده نظام سلامت در این تحلیل وزارت بهداشت است و سایر سازمان ها از جمله سازمان بهزیستی به عنوان سازمان های بیرونی نزدیک لحاظ شده است.

تولیت (برنامه ، هماهنگی درون بخشی ، ساختار ، جلب حمایت، نظارت و مقررات ، حقوق بیمار ، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم)	
ضعف ها (فرصت های بهبود)	قوت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. برنامه مدونی برای بهبود شاخص های سوء مصرف الکل وجود ندارد ۲. همکاری بین بخشی برای دستیابی به شاخص های بهتر بسیار ضعیف است ۳. جلب حمایت های وزارت بهداشت برای حرکت جمعی در این زمینه در خارج بخش ضعیف است ۴. برنامه مدونی برای مشارکت های مردمی در زمینه پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت وجود ندارد ۵. منشور حقوق بیماران وابسته نوشته نشده است ۶. ساختار ستادی و صف مصوب وجود ندارد ۷. نبود ارزشیابی از برنامه های راهبردی پنج ساله (حتی در برخی موارد مصوبه و تأیید برنامه هم در دسترس نیست) 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. وجود هدف مشخص در برنامه پنجم توسعه بخش سلامت ۲. هماهنگی درون بخشی نسبی بین معاونت های درمان ، بهداشت و دانشجویی وجود دارد ۳. وجود برنامه های پنج ساله : <ul style="list-style-type: none"> • کاهش تقاضای مصرف مواد در سال ۱۳۷۷ • کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد (۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵) • طرح جامع جمع آوری ساماندهی و کمک رسانی به معتادین توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر • پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت (۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹)

منابع (تامین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات ، دارو ، فضا فیزیکی)

ضعف ها (فرصت های بهبود)	قوت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. نظام مدیریت اطلاعات سوء مصرف الکل در کل کشور بین ستاد و صف طراحی نشده است ۲. مستند سازی فعالیت ها، برنامه ها و عملکردها ضعیف است (نظام مدونی برای مدیریت اطلاعات وجود ندارد) ۳. منابع مالی ، تخصیص کافی ندارد و یا بسیار اندک است (بودجه پیشنهادی با موافقتنامه مبادله شده و تخصیص نهایی فاصله قابل توجهی دارد) ۴. نیروی انسانی ستادی نیاز است و در حال حاضر کمبود وجود دارد و به طور کلی مدیریت نیروی انسانی نامطلوب است و موارد زیر به عنوان نظر کارشناسان اداره به عنوان نقاط ضعف در این حوزه جمع آوری شده است : 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. وجود متخصصین پیشگیری و درمان در مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی زیر مجموعه وزارت بهداشت

ارایه خدمات (ارتقاء سلامت ، پیشگیری ، درمان و باز توانی)

ضعف ها (فرصت های بهبود)	قوت ها
<p>عدم وجود ارتباط مطلوب و کافی با رسانه ها در انتقال عملکرد دفتر جدید بودن برنامه پیشگیری و کنترل مصرف الکل</p>	<p>وجود پروتکل درمان مسمومیت با متانول</p> <p>برنامه ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در PHC</p> <p>برنامه پیشگیری از اعتیاد (آموزش مهارت های زندگی در جمعیت دانش آموزان و دانشجویان)</p> <p>ایجاد برنامه های جدید</p>

۴) وضعیت نظام سلامت در حوزه پیشگیری درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل - محیط بیرونی

محیط نزدیک (ذینفعان)	
تهدیدها	فرصت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. ضعف و یا عدم حمایت های بیمه ای از افراد وابسته (درمان و توانبخشی) ۲. استاندارد نبودن و ارزشیابی نشدن برنامه های پیشگیری سایر دستگاه ها ۳. هماهنگی ضعیف سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت ۴. مشخص نبودن انتظارات عینی وزارت بهداشت از سایر بخش ها و کاهش پیروی ۵. نبود برنامه های پیشگیری، درمان در محل کار توسط وزارت کار و امور اجتماعی و وزارت صنایع و بازرگانی 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. حمایت شورای اجتماعی وزارت کشور ۲. وجود شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ۳. ظرفیت های سازمان بهزیستی و شهرداری برای درمان و پیشگیری
محیط دور (عوامل اقتصادی ، سیاسی ، اجتماعی ، فن آوری ، بین المللی ، اکو سیستم)	
تهدیدها	فرصت ها
<ol style="list-style-type: none"> ۱. مدیریت های کم دوام و تغییر سریع مدیران که در برخورد با رویکردی همچون همکاری بین بخشی ممکن است به سم کشنده بدل شود. ۲. فرهنگ ضعیف جامعه در همکاری و انجام کار تیمی 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. قوانین حمایتی برای مبارزه با اعتیاد (از سال ۱۳۶۰ تاکنون) ۲. قانون اساسی و چشم انداز بیست ساله کشور که بر

۳. رقابت پنهان و درست تعریف نشده سازمانها	سلامت و رویکرد کلی انسان سالم تاکید کرده است و
۴. مهاجرت سرمایه های اقتصادی و فکری از کشور	بستر توسعه چند وجهی ناشی از چشم انداز ۱۴۰۴ مورد
۵. کاهش نرخ رشد اقتصادی و محدودیت های ناشی از وضعیت اقتصادی ایران و جهان، منابع و توجه بخشها را به سمت اولویت های تخصصی آنها سوق می دهد	تاکید است
۶. ارتباط برنامه های مختلف برای رسیدن به اهداف راهبردی در سند چشم انداز، نقشه جامع علمی و برنامه پنجم مشخص نیست. همچنان جزایر پراکنده ای داریم	۳. قانون تشکیل شورای عالی سلامت و کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها در برنامه چهارم توسعه و ادامه کار آن در برنامه پنجم
۷. ضعف نگرش سیستمیک در حل مشکلات، ضعف یادگیری تیمی برای حل مسائل	۴. رویکرد سلامت همه جانبه و مردم سالم در سیاستهای کلان ابلاغی مقام رهبری و قانون برنامه پنجم توسعه و مفاد مرتبط برای کاهش خطرات سلامت
۸. روند رو به افول سرمایه اجتماعی	۵. رسمیت یافتن ادبیات مولفه های اجتماعی سلامت و موضوعات اجتماعی سلامت در کشور
۹. روند رو به افزایش بیماری های روانی در جامعه	۶. افزایش حضور پزشکان در سازمانها و مجلس و ایجاد نگاه سلامت محور
۱۰. نبود برنامه ملی تفریحات و سیاست ها و قوانین مرتبط در جامعه	۷. اعتماد به شبکه بهداشت و درمان از سوی نهادها دولتی و مردم
	۸. حضور استانداران در هیات امنای دانشگاه های علوم پزشکی
	۹. فرصت حضور نمایندگان دیگر بخش ها در شورای عالی سلامت، که با اندک بی توجهی ممکن است به ضد خود تبدیل شود
	۱۰. حضور چندین مسئول سلامت در کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی در دوره فعلی
	۱۱. مقبولیت و حضور وجود تحصیلکردگان رشته های سلامت در سایر بخشها و گلوگاه های مهم سیاسی

- ☞ در جمع بندی SWOT اگر محدوده محیط درونی را خود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نظر بگیریم وضعیت نظام پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت در جمع بندی کلی زیر خواهد بود:
- ☞ محیط درونی در اغلب موارد در موقعیت ضعف است
- ☞ محیط بیرونی برای دستیابی نظام پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل به اهداف خود در محیط نزدیک در موقعیت فرصت و در محیط دور در شرایط تهدید قرار دارد

بخش دوم) جهت گیری (دور نما، اهداف راهبردی و مداخلات)

دورنمای پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در ۱۳۹۴

« وزارت بهداشت در ۱۳۹۴ توانسته است به استناد اسناد بالادستی با ایجاد بستر مناسب (ساختاری، قانونی، برنامه های موثر و آزمایش شده، منابع انسانی، مالی و اطلاعات) در وزارت خانه و دانشگاه های علوم پزشکی شرایط را برای اجرای وسیع تر مداخلات پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل فراهم آورد و از طریق ارتقاء همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم به عنوان مرجع علمی، حمایت طلب، ناظر عالی و تدوین گر استانداردهای پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل سهم و نقش خود را در کاهش بار بیماری اعتیاد و سوء مصرف الکل به میزان پیش بینی شده در برنامه توسعه پنجم ایفا کند.»

اهداف راهبردی

۱. کاهش بار ناشی از مصرف الکل حداقل به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه
۲. سهم و نقش سازمان های دولتی و استان ها و میانجیان مردم در تثبیت و کاهش بار ناشی از مصرف الکل نهادینه شده است.
۳. مردم در گروه های سنی مختلف از علل ریشه ای، عوامل خطر و پیامدهای مصرف الکل آگاه شده اند.
۴. بهره مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از مصرف کنندگان الکل در سطح روستا و شهر ارتقا پیدا کرده است.

مداخلات اساسی برای دستیابی به اهداف راهبردی پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در افق ۱۴۰۴

۱. استقرار بسته های استاندارد « آموزش و ترویج مهارت های زندگی » برای گروه های سنی مختلف و جلب حمایت برای گنجاندن آن در برنامه های رسمی و غیر رسمی (با پوشش ۱۰۰ % جمعیت تا پایان برنامه در کلیه موقعیت های مهد کودک، مدارس، دانشگاه ها، سربازخانه ها، محل کاری خصوصی و دولتی، مراکز فنی و حرفه ای، اتحادیه ها و سندیکاها، زندان ها و ...)
۲. تدوین بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت با الکل برای ادغام در شبکه های بهداشتی درمانی کشور و استقرار آن در قالب تیم پزشک خانواده
۳. طراحی و استقرار بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در حاشیه هشت شهر بزرگ کشور
۴. تدوین و استقرار بسته خدمتی برای بیماریابی و درمان اختلالات زمینه ای در کودکی که زمینه سوء مصرف هستند
۵. طراحی و استقرار منشور ارتقای سواد جامعه در مورد علل ریشه ای، عوامل خطر و پیامدهای مصرف الکل از طریق رسانه
۶. تدوین استانداردها و الزامات برنامه های و اقدامات پیشگیری از مصرف الکل، ابلاغ به دستگاه ها و آموزش آنها (استفاده از مدل های ارتقای همکاری مانند پیام گزاری)
۷. تدوین بسته خدمتی پیشگیری و شناسایی افراد در معرض خطر از طریق اقدامات محله محور و استقرار آن با مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا
۸. تدوین برنامه و سازماندهی بیمن های و سام های کشور برای مشارکت در پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل جلب حمایت و همکاری برای ارتقای عملکرد مدیریت آسیب های اجتماعی به ویژه کاهش خشونت های خانگی، طلاق، جرم ها
۹. جلب حمایت و همکاری برای تدوین سیاست پیشگیری و مدیریت ترک تحصیل دانش آموزان در تمام مقاطع و تدوین سیاست ارتقای سلامت دانش آموزان ترک تحصیل کرده
۱۰. جلب حمایت و همکاری برای تدوین برنامه جامع تفریحات جامعه و تعیین متولی
۱۱. جلب حمایت از طریق ایجاد ائتلاف برای توسعه و ارتقای سیاست کاهش دسترسی به الکل، افزایش جرائم برای مصرف کننده و توزیع کننده
۱۲. جلب حمایت و همکاری برای ارتقای سیاست های اشتغال (کاهش بیکاری)، آموزش و حمایت از افراد دارای مشاغل سنگین
۱۳. جلب حمایت و همکاری برای تدوین و استقرار برنامه جامع ارتقای سرمایه اجتماعی کشور
۱۴. پایش مستمر استقرار بهینه برنامه های ارتقای سلامت روان و برنامه کاهش مصرف سیگار
۱۵. جلب حمایت برای تدوین قانونی به منظور ارتقای اختیارات وزارت بهداشت در زمینه مدیریت پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل
۱۶. تدوین و استقرار نظام ثبت و جمع آوری داده های مربوط به مصرف الکل

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">پیشگیری سطح دوم</p>	<p>۱۷. مطالعه برای تدوین بسته خدمتی پیشگیری ، درمان و کاهش آسیب در قالب تیم سلامت برنامه پزشك خانواده و جلب حمایت برای ادغام آن</p> <p>۱۸. تدوین و استقرار برنامه های بازآموزی برای ارتقاء سطح علمي گروه علوم پزشکي در خصوص درمان</p> <p>۱۹. تدوین و استقرار پروتکل های : مصرف اتانول، برخورد بالینی با مادر باردار و شیرده مصرف کننده الکل در سطوح مختلف</p> <p>۲۰. امکان سنجی برای راه اندازی مراکز اورژانس و اقامت ۱۰ روز تا ۱۲ روزه کوتاه مدت برای درمان و تدوین و تصویب سیاست مرتبط</p> <p>۲۱. ارزشیابی برنامه های جاری، بازبینی و ارتقای دوره ای پروتکل درمانی مسمومیت با متانول بر اساس یافته های جدید</p> <p>۲۲. مطالعه به منظور افزایش دسترسی به خدمات درمان مصرف الکل و عملیاتی کردن نتایج مطالعه</p> <p>۲۳. توسعه درمان در واحدهای درمانی بیمارستانی فعلی و فراهم کردن دسترسی عادلانه به درمان کیفی و اثربخش با هزینه منطقی</p> <p>۲۴. تدوین بسته های آموزشی خود مراقبتی مرتبط</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">پیشگیری سطح سوم</p>	<p>۲۵. تدوین بسته خدمتی مشاوره تخصصی بعد از ترك و استقرار آن</p> <p>۲۶. تدوین و استقرار استانداردهای مراکز توانبخشی و بازتوانی بر مبنای رویکردهای علمی</p> <p>۲۷. تدوین بسته خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه</p>

➡ در خصوص هر یک از مداخلات فوق با تعامل با هر یک از سازمانهای ذیل سهم و تکالیف آنها مشخص خواهد شد.

- ❖ مجلس شورای اسلامی
- ❖ نهاد ریاست جمهوری
- ❖ مجمع تشخیص مصلحت نظام
- ❖ وزارت کشور و معاونت اجتماعی آن
- ❖ سازمان صدا و سیما
- ❖ وزارت ورزش و جوانان
- ❖ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ❖ سازمان بهزیستی
- ❖ وزارت آموزش و پرورش
- ❖ وزارت علوم تحقیقات و فناوری
- ❖ نیروی انتظامی
- ❖ وزارت مسکن
- ❖ سازمان شهرداری ها و دهیاری ها ،
- ❖ کمیته امداد امام خمینی (ره)
- ❖ قوه قضائیه و واحدهای مرتبط از جمله اداره کل پیشگیری از وقوع جرم
- ❖ سازمان زندان ها
- ❖ حوزه های علمیه سراسر کشور
- ❖ سازمان تبلیغات اسلامی
- ❖ وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- ❖ ستاد احیای امر به معروف و نهی از منکر
- ❖ سازمان بسیج

پیشنهاد تقسیم کار بین بخشی

سازمان های همکار	همکار و مشاور فنی	متولی	مداخلات
وزارت اطلاعات وزارت کشور سازمان صدا و سیما سازمان بسیج	قوه قضائیه(معاونت پیشگیری)	نیروی انتظامی	جلب حمایت از طریق ایجاد ائتلاف برای توسعه و ارتقای سیاست کاهش دسترسی به الکل، افزایش جریمه برای مصرف کننده و توزیع کننده(طبق تجربیات جهانی مهمترین و اثربخش ترین برنامه جهت کنترل سوء مصرف الکل)مقابله با عرضه
وزارت کشور سازمان صدا و سیما وزارت کار و رفاه قوه قضائیه(سازمان زندان ها) وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی وزارت علوم تحقیقات و فناوری (دانشگاههای آزاد و پیام نور) سازمان بسیج ارتش و سپاه شهرداری ها سازمان تبلیغات اسلامی	وزارت بهداشت	وزارت آموزش و پرورش	طراحی و استقرار بسته های استاندارد « آموزش و ترویج مهارت های زندگی » برای گروه های سنی مختلف و جلب حمایت برای گنجاندن آن در برنامه های رسمی و غیر رسمی (با پوشش ۱۰۰% جمعیت تا پایان برنامه در کلیه موقعیت های مهد کودک ، مدارس ، دانشگاه ها ،سربازخانه ها ، محل کاری خصوصی و دولتی ، مراکز فنی و حرفه ای ، اتحادیه ها و سندیکاها ، زندان ها و ...)
وزارت آموزش و پرورش حوزه های علمیه ستاد احیای امر به معروف و نهی از منکر نیروی انتظامی قوه قضائیه وزارت ورزش و جوانان وزارت کار و رفاه وزارت مسکن سازمان بسیج سازمان تبلیغات اسلامی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی شهرداریها و شوراییها سازمان صدا و سیما	وزارت بهداشت	وزارت کشور	طراحی و استقرار مدل جامع خدمات پیشگیری و کاهش آسیب درشهرها و روستاها و حاشیه شهرها،از طریق اقدامات محله محور و با مشارکت سمن ها و جلب حمایت برای برنامه های جامع تفریحات سالم
سازمان بهزیستی سازمان صدا و سیما وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی سازمان بسیج وزارت ورزش و جوانان	وزارت بهداشت	وزارت آموزش و پرورش	تدوین و استقرار بسته خدمتی برای بیماریابی و درمان اختلالات زمینه ای در کودکی که زمینه سوء مصرف هستند و تدوین سیاست پیشگیری و مدیریت ترک تحصیل دانش آموزان
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ستاد احیای امر به معروف و نهی از منکر حوزه های علمیه وزارت ورزش و جوانان سازمان تبلیغات اسلامی	وزارت بهداشت	سازمان صدا و سیما	طراحی و استقرار منشور ارتقای سواد جامعه در مورد علل ریشه ای ، عوامل خطر و پیامدهای مصرف الکل از طریق رسانه

پیشگیری سطح اول

پیشگیری سطح اول	<p>وزارت کار و رفاه</p>	<p>وزارت کشور</p>	<p>وزارت ورزش و جوانان مجلس شورای اسلامی نهاد ریاست جمهوری مجمع تشخیص مصلحت نظام</p>	<p>حلب حمایت و همکاری برای ارتقای سیاست های اشتغال (کاهش بیکاری)، آموزش و حمایت از افراد دارای مشاغل سنگین</p>
	<p>وزارت بهداشت</p>	<p>وزارت کشور</p>	<p>سازمان صدا و سیما وزارت کار و رفاه قوه قضائیه(سازمان زندان ها) وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی وزارت علوم تحقیقات و فناوری سازمان تبلیغات اسلامی ستاد احیای امر به معروف و نهی از منکر سازمان بسیج</p>	<p>پایش مستمر استقرار بهینه برنامه های ارتقای سلامت روان و برنامه های مقابله با مصرف سیگار و قلیان</p>
	<p>وزارت بهداشت</p>	<p>وزارت کشور</p>	<p>نیروی انتظامی قوه قضائیه(سازمان پزشکی قانونی)</p>	<p>تدوین و استقرار نظام ثبت و جمع آوری و ساماندهی داده های مربوط به مصرف الکل</p>
پیشگیری سطح دوم	<p>وزارت بهداشت</p>	<p>وزارت کشور</p>	<p>وزارت کار و رفاه</p>	<p>طراحی و استقرار مدل جامع خدمات درمانی (طراحی مدل ادغام خدمات در شبکه های بهداشتی کشور و طراحی و بازبینی دوره ای پروتکل های درمان و امکان سنجی راه اندازی مراکز درمانی ویژه و باز آموزی ادواری گروه علوم پزشکی و ارزشیابی خدمات درمانی)</p>
پیشگیری سطح سوم	<p>وزارت بهداشت</p>	<p>سازمان بهزیستی</p>	<p>وزارت کشور وزارت علوم تحقیقات و فناوری وزارت ورزش و جوانان وزارت آموزش و پرورش</p>	<p>طراحی و استقرار بسته های خدمتی باز توانی و کاهش آسیب (بسته های آموزشی خود مراقبتی و مشاوره تخصصی بعد از ترک و استقرار خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه)</p>

بخش سوم) استقرار و نهادینه سازی

گام های استقرار برنامه در سطح وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

گام های استقرار برنامه به شرح زیر است :

- (۱) تصویب سند :
 - الف) در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت (شورای معاونین)
 - ب) تصویب نقش و سهم دستگاه ها و سازمان ها در پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و یا شورای اجتماعی کشور
- (۲) تصویب ساختار مناسب پیشنهادی برای دفتر سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد (از جمله دبیرخانه یا اداره مستقل سوء مصرف الکل و تعیین کارشناس ویژه سوء مصرف الکل در دانشگاه ها)
- (۳) ابلاغ شیوه نامه پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در سطح استان و شهرستان ها توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- (۴) تشکیل « شورای مراقبت از برنامه ها » یا کمیته کشوری و صدور احکام دو ساله و انعقاد تفاهم نامه با اعضای شورا
- (۵) تدوین برنامه عملیاتی هر مداخله در چارچوب نظام برنامه ریزی عملیاتی وزارت بهداشت و تامین منابع مالی آن به طور سالانه توسط شورای مراقبت
- (۶) توجیه، آموزش و توانمندسازی کارشناسان ستادی و کارشناسان استانی و شهرستان در نیازهای آموزشی مورد نیاز
- (۷) جلسات جلب حمایت با کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و همچنین کمیسیون اجتماعی برای افزایش منابع مالی، ارتقای همکاری های بین بخشی و تصویب قوانین مرتبط، تدوین بسته لازم برای حمایت سازمان های بیمه گر و جلب حمایت برای تصویب آن با برگزاری جلسات هماهنگی با کارشناسان شورای عالی بیمه سلامت جهت بررسی مکانیزم های تامین منابع و نحوه پرداخت هزینه خدمات (هر سه سطح)
- (۸) درخواست معرفی کارشناس کلیدی از حوزه های مرتبط وزارت بهداشت برای ارتقای همکاری درون بخشی و برگزاری اولین جلسه توجیهی و سپس جلسات فصلی و برگزاری جلسات مشترک ادارات دفتر سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد با حوزه های مختلف وزارت بهداشت و انعقاد تفاهم نامه همکاری بر روی برنامه های مشترک
- (۹) درخواست معرفی پیام گزار سلامت روان و اعتیاد از دستگاه ها و سازمان ها و برگزاری جلسات مشترک توجیهی و آموزشی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد با وزارت خانه ها و سازمان های ذینفع برای انعقاد تفاهم نامه همکاری مشترک در پروژه های اختصاصی هر دستگاه
- (۱۰) تعیین نیازهای تحقیقاتی ۵ ساله برای استقرار برنامه
- (۱۱) مشارکت میانجیان منتخب مردمی (انتخاب یک سمن از بین سمن های فعال در حوزه اعتیاد برای عضویت در کمیسیون تخصصی و شورای مراقبت) و همچنین نماینده شوراهای اسلامی شهر و روستای کشور در کمیسیون تخصصی سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد
- (۱۲) تشکیل کمیته رسانه و تدوین برنامه های سالانه در سه حیطه اطلاع رسانی ، تغییر رفتار و حمایت طلبی توسط کمیته
- (۱۳) انعقاد تفاهم نامه همکاری مراکز علمی ، تحقیقاتی و انجمن ها مرتبط با وزارت بهداشت جهت همکاری در اجرای سند و تعیین نقش شفاف برای هر یک
- (۱۴) انجام هفت مطالعه در سال اول :
 - برآورد نیروی انسانی لازم در مراقبت های سلامت در سطوح پیشگیری سه گانه تا پایان سال و آرایه آن برای تصویب در حوزه های ذیربط
 - تدوین نیازهای آموزشی کلیه مراقبین پیشگیری ، درمان و کاهش آسیب و تعیین اولویت های بازآموزی آنها
 - مطالعه برای تعیین راهکارهای تامین منابع مالی پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل و جلب حمایت از طریق هیات دولت برای تامین این منابع
 - مطالعه و شناسایی باورهای ادبی و فرهنگی که ترویج مصرف الکل را به دنبال دارد با کمک متخصصین ذیربط
 - مطالعه به منظور ایجاد نظام مدیریت اطلاعات و رصد شاخص های پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل در هر سه سطح پیشگیری
 - علل مصرف توسط زنان و همکاری با مراجع تصمیم ساز بانوان در کشور

شروع کلیه مداخلات در ۵ سال اول اجرای برنامه است و اغلب مداخلات استمرار ۱۵ ساله خواهد داشت ، البته پیش بینی شده است که هر ۵ سال یکبار همزمان با تدوین و تصویب برنامه های توسعه کشور مداخلات پیشنهادی توسط « شورای مراقبت از برنامه » ارزشیابی و بازنگری شود .

بحث و پیشنهاد

در مورد مصرف الکل با وجود مطالعات صورت گرفته هنوز روند مشخصی در دسترس نیست اما مطالعه اخیر حق دوست و همکاران و افزایش کشفیات نیروی انتظامی در یک دهه گذشته احتمال افزایش مصرف را نشان می دهد. داده های سازمان پزشکی قانونی کمک کننده است اما با توجه به محدودیت های رسانه ای و فرهنگی به نظر می رسد ، طراحی و استقرار برنامه پیشگیری و درمان مصرف الکل قبل از اعمال مداخلات جبری سایر دستگاه ها از جمله نیروی انتظامی و قضایی نیازمند ایجاد حساسیت در مسئولین و سایر خبرگان است تا با اتخاذ تصمیمات خردمندانه و تعهد جمعی ، ورودی اثر گذار به این معضل اجتماعی داشته باشند ، در هدف گذاری موضوع مصرف الکل می توان از شاخص زیر استفاده کرد که تصمیم برای گنجاندن آن در برنامه فعلی به تصمیم شورای سیاست گذار بستگی دارد :

کاهش آسیب های ناشی از الکل از جمله منازعات شبانه و تصادفات رانندگی ناشی از الکل به میزان ۵۰٪ تا پایان برنامه (۱۳۹۴)

استفاده از خرد جمعی و افزایش مالکیت برنامه ، ارزیابی قوت ها و ضعف های مدیریت پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل ، تدوین مستندی برای جلب حمایت درون بخشی و افزایش منابع، چهار هدف کاربردی مهم در تدوین این سند سیاست بود . ایجاد تعهد و رضایت واحدهای درون بخشی برای همکاری در گرو تلاش مضاعف کارشناسان خبره حوزه سوء مصرف مواد است و این یک درس آموخته شده در استقرار اقدامات بین بخشی سلامت است به ویژه اینکه تحلیل وضعیت نظام مدیریتی پیشگیری ، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف نشان می دهد که در حال حاضر محیط درونی در ضعف و محیط بیرونی (به ویژه محیط دور) در تهدید قرار دارد ، نقش وزارت بهداشت به عنوان یک نهاد تخصصی در پیشگیری ، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل برجسته شده و می بایست ضمن ظرفیت سازی درونی ، این نقش خود را به عنوان بازوی مشورتی تخصصی توسعه دهد . با اینکه این ویژگی ها مدیون افزایش یادگیری سازمانی در وزارت بهداشت در تدوین و استقرار برنامه های راهبردی است، این مزایا نباید خطر فراموش شدن برنامه ها به دنبال تغییر مدیران را رقیق کند. بنابراین لازم است کلیه اقدامات نهادینه سازی برنامه طراحی و به اجرا گذاشته شود . با توجه به وضعیت تغییرات مدیریتی و سیاسی کشور اجرای برنامه در سه مرحله پیش بینی شده است :

- مرحله آماده سازی استقرار (تا پایان سال ۱۳۹۰) همزمان با اولین سال اجرای برنامه پنجم توسعه
- مرحله بستر سازی مداخلات (سال ۱۳۹۱) : پروژه های مطالعاتی کاربردی از جمله تدوین بسته های خدمتی ، بازبینی پروتکل ها و ایجاد شرایط ادغام در برنامه های جاری(تا حد امکان) ، آموزش های استانی و شهرستانی ، جلب حمایت ها برای تامین منابع انسانی و مالی و مصوبات هیات امناء
- مداخلات (۱۳۹۲-۱۳۹۳) : اجرای هماهنگی کلیه مداخلات در کشور برای دو سال متوالی

ارزشیابی مداخلات و انجام پیمایش های کشوری و تصمیم برای برنامه بعدی (۱۳۹۴)

تعیین و توجیه رابطین واحدهای درونی وزارت بهداشت و رابطین دستگاه های خارج از وزارت بهداشت با عنوان پیام گزاران سلامت روان (که به عنوان پیام گزار پیشگیری و درمان سوء مصرف هم محسوب می شوند) و استقرار نظام انگیزشی آنها کمک خواهد کرد تا همکاری بین بخشی و هماهنگی درون بخشی قوت بگیرد و فرایند فرسایشی پیگیری های سنتی جای خود را به ارتقای مسئولیت پذیری و پاسخگویی شرکا (سازمان ها) دهد . استقرار نظام مدیریت پروژه و کاربست نتایج آنها در حوزه ستادی و سازماندهی شیوه پایش دانشگاه ها و استفاده از خبرگان و ذخایر سلامت روان و پیشگیری و درمان **سوء مصرف الکل** در کمیته کشوری (شورای مراقبت از برنامه های سلامت) همه و همه به نهادینه سازی و استقرار هر چه بهتر کمک خواهد کرد . آن چه به طور عملی متولیان را به هدف های راهبردی تعیین شده نزدیک می کند همکاری و اقدام عملیاتی دانشگاه ها در پهنه جغرافیایی کشور است و این مهم فقط با کمک روسا، معاونین و روسای شبکه های بهداشتی درمانی قابل انجام خواهد بود .

بخشی از منابع

۱. نقشه تحول نظام سلامت. شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۰
۲. دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری. نسخه ۰۲-۱۳۹۰
۳. دماری بهزاد. سلامت اجتماعی. نشر طب و جامعه. ۱۳۹۰
۴. برنامه پنج ساله کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد (۱۳۸۲-۱۳۸۶). کمیته کاهش آسیب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵. معماریان نادره. گزارش وضعیت مصرف الکل در ایران. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد. ۱۳۸۹
۶. محبی. تجارت مواد مخدر و تبعات اقتصادی آن. موسسه مطالعات دین و اقتصاد. ۱۳۸۳
۷. گزارش مرکز آمار ایران. ۱۳۸۶
۸. مدنی سعید. اعتیاد در ایران. انتشارات ثالث. ۱۳۸۹
۹. نقوی و همکاران. مطالعه ملی بار بیماریها و آسیب ها در ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت. ۱۳۸۶
۱۰. گزارش های عملکرد اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد. معاونت سلامت. ۱۳۸۶ و ۱۳۸۸
۱۱. دماری ب، مسعودی فرید ح و همکاران. گزارش نهایی طرح طراحی مدلی برای بهبود مداخلات جامعه محور در حوزه سلامت اجتماعی (در حوزه های اولویت دار خودکشی، خشونت و اعتیاد). مرکز اسناد دپارتمان مولفه های اجتماعی سلامت. ۱۳۸۸
۱۲. رجب پور مجید. مطالعه توصیفی فعالیت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد طی سال های ۱۳۷۶-۱۳۸۶. انتشارات قاف. تابستان ۱۳۸۸
۱۳. مروری بر وضعیت اعتیاد در ایران. مرکز ملی مطالعات اعتیاد. ۱۳۸۹
۱۴. بررسی وضعیت درمان، بازتوانی و کاهش آسیب. مرکز پژوهش های مجلس معاونت پژوهشی. مرداد ۱۳۸۹
۱۵. مروری بر وضعیت مواد مخدر و مبارزه با آن در ایران. مرکز پژوهش های مجلس معاونت پژوهشی. اردیبهشت ۱۳۸۸
16. Global Network of WHO for implementation of the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol
WHO, Geneva, Switzerland 2011

زیر نظر و با راهنمایی : دکتر علیرضا مصداقی نیا معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دکتر امامی رضوی معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دکتر عباسعلی ناصحی (قائم مقام معاون درمان در حوزه سلامت روان و اعتیاد)

کارفرما : دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
نویسندگان : دکتر بهزاد دماری، متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیات علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، دکتر علی نیک فرجام (معاون دفتر سلامت روانی و اجتماعی و اعتیاد)، دکتر نادره معماریان (متخصص پزشکی اجتماعی و مسئول برنامه الکل)

همکاران اصلی طرح : دکتر فیروزه جعفری (رئیس اداره اعتیاد)، دکتر سعید ممتازی (کارشناس اداره اعتیاد)، دکتر عباس وثوق مقدم (عضو هیات علمی وزارت بهداشت)، دکتر محمدحسین سالاریان زاده (کارشناس ارشد وزارت بهداشت)، دکتر کامل شادپور (مشاور مستقل نظام سلامت)

تشکر ویژه از: سرکار خانم دکتر وحید دستجردی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جناب آقای دکتر باقر لاریجانی رئیس شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت برای حمایت های ویژه، دکتر مصطفی قانعی (معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر سیدعباس حسینی (معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر ترکستانی (معاون دانشجویی و فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر محقق (معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، دکتر احمد شیبانی (معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو)، دکتر آرش رشیدیان (رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت)، دکتر مجدزاده (استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران) و مدیران کل محترم معاونت درمان و معاونت بهداشت: دکتر مطلق (مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس)، دکتر ممتازمنش (رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی)، دکتر رخشانی (مدیرکل دفتر آموزش و ارتقاء سلامت)، دکتر مغيثي (مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت)، دکتر ندافی (رئیس مرکز سلامت محیط و کار)، دکتر گویا (مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماریهای واگیر)، دکتر اعتماد (مشاور معاون بهداشت و رئیس واحد بیماریهای غیرواگیر)، دکتر فتحی (مشاور معاونت و رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، دکتر علی اردلان (مشاور معاون بهداشت و سرپرست واحد مدیریت و کاهش خطر بلایا)، دکتر شریعتی (قائم مقام معاون بهداشت و رئیس مرکز مدیریت شبکه)، دکتر عبداللهی (سرپرست دفتر بهبود تغذیه جامعه)، دکتر معصومی (رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور)، دکتر اولیایی منش (مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت)، دکتر رواقی (رئیس دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)، دکتر سید سجاد رضوی (رئیس دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان)، مهندس ابوالحلاج (رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد)

اقتباس از این مستند به هر نحوی فقط با اجازه دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد ممکن است.