

Effective Programs and Interventions in Prevention and Reduction of Alcoholic Beverages Consumption in Communities: A Review Study

Soudabeh Marin¹, Ali Bahari¹, Leila Nikniaz², Jafar Sadegh Tabrizi², Mohammad Hasan Sahebihagh³, Ali Fakhari⁴, Motahare Allame⁵, Masoumeh Arshinchi⁵, Aliyeh Farahani⁵, Mina Tabatabaie⁵, Reyhaneh Sanayie⁵, Asghar Mohammadpoorasl^{3,6}

Article Info:

Article History:

Received: 2018/02/19

Accepted: 2018/04/17

Published: 2018/06/20

Keywords:

Alcohol Drinking

Control

Prevention

Intervention

Abstract

Alcoholic beverages consumption affects all body organs and causes wide range of diseases such as cancers, psychopathy and violent behaviors. There is no precise statistics on alcohol consumption prevalence in Iran. Nevertheless, it is estimated that there are more than one million abusers of alcoholic beverages in the country. Various programs and interventions have been conducted to prevent and reduce alcohol consumption in different nations. The current narrative review study aimed at determining the effective strategies and programs applied in other societies and identifying appropriate approaches to the current situation of Iran. National and international databases were assessed by the research team and related studies were retrieved and categorized after quality assessment. Results of this study indicated that effective programs in prevention and reduction of alcohol consumption can be categorized in six general parts as follows: education and training, health-sector programs, community programs, regulations and policies regarding driving under the influence of alcohol, access-related policies and harm-reduction programs.

Citation: Marin S, Bahari A, Nikniaz L, et al. Effective Programs and Interventions in Prevention and Reduction of Alcoholic Beverages Consumption in Communities: A Review Study. *Depiction of Health* 2018; 9(1): 63-72.

1. Department of Statistics & Epidemiology, Health Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
4. Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
5. Elderly Health Office, Community, Family and Schools Health Department, Ministry of Health, Tehran, Iran
6. Tabriz Health Services Management Research Center, Health Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
(Email: ampoorasl@gmail.com)



© 2018 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

برنامه‌ها و مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کنترل‌کننده مصرف مشروبات الکلی در جامعه: یک مطالعه مروری

سودابه مارین^۱، علی بهاری^۲، لیلا نیک‌نیاز^۳، جعفر صادق تبریزی^۴، محمدحسن صاحبی حق^۵، علی فخاری^۶، مطهره علامه^۷، معصومه آرشین چی^۸، عالییه فراهانی^۹، مینا طباطبایی^{۱۰}، ریحانه سنایی^{۱۱}، اصغر محمدپور اصل^{۱۲*}

چکیده

مصرف مشروبات الکلی بر کل اندام‌های بدن تأثیری گذارد و موجب طیف وسیعی از بیماری‌ها مانند سرطان‌ها، اختلالات روانی و رفتاری‌های خشونت‌آمیزی می‌شود. آمار دقیقی از شیوع مصرف مشروبات الکلی در کشور وجود ندارد. با این وجود تخمین زده می‌شود بیش از یک میلیون نفر سوء مصرف‌کننده مشروبات الکلی در کشور وجود داشته باشد. برنامه‌ها و مداخلات متنوعی جهت پیشگیری از مصرف و سوء مصرف مشروبات الکلی و همچنین کاهش آسیب ناشی از مصرف آن در جوامع مختلف انجام شده است. مطالعه مرور روایتی حاضر باهدف تعیین استراتژی‌ها و برنامه‌های کارآمد به‌کاررفته در این زمینه و تعیین راهکارهای متناسب با شرایط کنونی ایران انجام شد. پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی توسط تیم تحقیقاتی مورد ارزیابی قرار گرفت و مطالعات مرتبط با موضوع، بازیابی و پس از بررسی کیفی دسته‌بندی شدند. نتایج مطالعه نشان داد که برنامه‌های کارآمد در زمینه‌ی پیشگیری و کاهش آسیب ناشی از مصرف مشروبات الکلی را می‌توان در شش حیطه‌ی کلی تقسیم‌بندی کرد که عبارت‌اند از: آموزش و اطلاع‌رسانی، برنامه‌های بخش بهداشت و سلامت، برنامه‌های در سطح اجتماع، قوانین و سیاست‌های رانندگی حین مستی، سیاست‌های مرتبط با دسترسی، برنامه‌های مرتبط با کاهش آسیب.

کلیدواژه‌ها: مصرف الکل، کنترل، پیشگیری، مداخله

نحوه استناد به این مقاله: مارین س، بهاری ع، نیک‌نیاز ل و همکاران. برنامه‌ها و مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کنترل‌کننده مصرف مشروبات الکلی در جامعه: یک مطالعه مروری. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۹(۱): ۷۲-۶۳.

۱. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی، تهران، ایران
۶. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: ampoorasl@gmail.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

سوء مصرف الکل از جمله آسیب‌های اجتماعی است که موجب نابسامانی و بی‌نظمی در نظام اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جوامع می‌گردد (۱). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که مصرف مشروبات الکلی با افزایش بروز رفتارهای ضد اجتماعی و خشونت‌آمیز همراه است (۲). الکل بر کل اندام‌های بدن از جمله اندام‌های مرکزی، دستگاه‌های گوارش، قلب و عروق تأثیر می‌گذارد و طیف وسیعی از بیماری‌ها و اختلالات روانی را سبب می‌شود (۳ و ۴). سرطان‌های دهان، مری، گلو، حنجره، پستان و کبد با مصرف مشروبات الکلی مرتبط بوده و مصرف الکل احتمالاً موجب افزایش خطر بروز سرطان‌های راست‌رونده و روده بزرگ می‌شود (۷-۵). به‌طور میانگین تخمین زده می‌شود حدود ۳۸٪ از میزان مرگ‌ومیر جهانی و ۴۶٪ سال‌های زندگی توأم با ناتوانی (Disability Adjusted Life-Year (DALY)) متناسب به مصرف الکل باشند (۸).

شیوع مصرف حداقل یک‌بار الکل در طی یک سال گذشته در ایران حدود ۵۷٪ برآورد شده است (۹). کشور ما در مقایسه با سایر کشورها از نظر سوء مصرف و اعتیاد به الکل وضعیت مناسب‌تری دارد؛ اما پایه شروع مصرف الکل (غذای مصرفی) در کشور ما به‌خصوص در جوانان بالاست (در اروپا ۳ درصد و در ایران ۴۰ درصد) (۱۰). براساس آخرین تخمین مطالعه کشوری موجود که به سفارش دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت صورت گرفته است، برآورد تعداد سوءمصرف کنندگان الکل در کشور بیش از یک میلیون نفر می‌باشد (۱۱). علاوه بر این آمار دقیقی از شیوع مصرف مشروبات الکلی در کشور وجود ندارد. اما مطالعات کوچک و پراکنده صورت گرفته در شهرهای مختلف نشان‌دهنده شیوع نسبتاً بالای مصرف الکل به‌ویژه در نوجوانان و جوانان بود (۱۲-۱۴). بر اساس تخمین سازمان جهانی بهداشت به‌طور متوسط حدود ۳۰٪ الکل مصرفی در کشورهای مختلف ثبت نمی‌شود (۱۵)؛ این میزان در کشور ایران که تولید، خرید و فروش مشروبات الکلی به لحاظ شرعی و قانونی ممنوع است، احتمالاً بسیار بالاتر است.

در جوامع مختلف سیاست‌ها و مداخلات متنوعی جهت پیشگیری از مصرف الکل و کاهش آسیب‌های مرتبط با آن انجام شده است. مطالعه حاضر باهدف تعیین استراتژی‌ها و برنامه‌های کارآمد به‌کار رفته در این زمینه و تعیین راهکارهای پیشگیری‌کننده و کنترل‌کننده متناسب با شرایط کنونی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

در گام اول برای جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی علمی و مرجع داخلی مانند جهاد دانشگاهی (SID)، Iranmedex و Magiran از کلیدواژه‌های "الکل"، "مصرف الکل"، "الکیسم"، "مبتنی بر جمعیت"، "جامعه‌محور"، "مداخله"، "پیشگیری"، "مرور

سیستماتیک"، "مرور نظام‌مند"، "سوءمصرف الکل"، "مطالعه‌ی مروری"، "وابستگی به الکل" و "اعتیاد به الکل" و عملگرهای بولن استفاده شد و سپس نسبت به جمع‌آوری مستندات مرتبط منتشرشده‌ی داخلی اقدام و مقالات مرتبط با موضوع موردنظر استخراج گردید. سپس بانک‌های اطلاعاتی مرجع خارجی نظیر ISI web of Science direct، Scopus، Cochrane، PubMed و knowledge با کلیدواژه‌های drinking, alcoholabuse, heavydrinking, alcohol dependence Binge drinking, hazardous drinking, problemdrinking, alcohol use disorder, alcohol consumption به همراه عملگر AND با کلیدواژه‌های prevention, intervention to reduce alcohol based consumption, community base prevention، مقالات و چکیده مقالات مرتبط با موضوع تحقیق، تا مهرماه ۱۳۹۶ جمع‌آوری و متن آن استخراج گردید.

در گام بعدی پس از استخراج مستندات، با مرور عناوین، مطالعات غیر مرتبط با اهداف این مطالعه حذف شدند و از بین مطالعات باقی‌مانده با مراجعه به خلاصه مقاله و سپس متن کامل مقاله از مرتبط بودن آن باهدف این مطالعه اطمینان حاصل شد. سپس با مراجعه به متن کامل مقالات، اطلاعات مرتبط با موضوع پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

برنامه‌ها و مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده مصرف مشروبات الکلی در شش حیطه‌ی کلی به شرح زیر قابل تقسیم بندی هستند:

۱. آموزش و اطلاع‌رسانی

آموزش بهداشت و اطلاع‌رسانی در خصوص هر یک از مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی سطح پیشگیری اولیه و کاهش آسیب می‌باشد (۱۶)؛ که در وهله اول موجب جلب توجه اذهان عمومی و مسئولان نظام سلامت به مشکل و سپس ترغیب برای اتخاذ راهکارها و تدابیر مدیریتی مناسب خواهد بود. آموزش بهداشت و اطلاع‌رسانی در حیطه‌ی مصرف مشروبات الکلی می‌تواند در مکان‌های متفاوت و با روش‌های آموزشی مختلف به افراد ارائه شود. از جمله برنامه‌های انجام‌شده در این حیطه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: آموزش در سطح مدارس و دبیرستان‌ها، برنامه‌های مداخله‌ای برای والدین، آموزش و مداخلات الکترونیک، مداخلات فردی، کمپین‌های اطلاع‌رسانی عمومی، سوء تبلیغات، دستورالعمل‌های نوشیدن مشروبات الکلی و اختطارهای سلامتی.

۱) آموزش‌های در سطح مدارس و دبیرستان‌ها: آموزش در مورد مسائل مرتبط با سلامت در سنین کودکی و نوجوانی می‌تواند تأثیر به‌سزایی در تغییر نگرش و رفتار در بزرگسالی

داشته باشد. مطالعات نشان داده‌اند که تأثیر مداخلات و آموزش‌های سلامتی در کودکان تا سنین بزرگسالی هم باقی خواهد ماند (۱۷). مدارس و مراکز آموزشی از جمله مکان‌های تجمعی مهم و ارزشمند برای ارائه این گونه آموزش‌ها می‌باشند. هرچند یک مطالعه مرور سیستماتیک کارآمدی آموزش بهداشت در خصوص مصرف مشروبات الکلی را به‌تنهایی به‌عنوان تنها استراتژی اتخاذشده در تغییر عملکرد در بزرگسالی و کاهش مصرف بسیار ناچیز ارزیابی کرده است (۱۸). آموزش‌های مبتنی بر مدارس و در کلاس‌های درس در افزایش آگاهی دانش‌آموزان و بهبود نگرش آن‌ها در خصوص مصرف مشروبات الکلی و مضرات آن تأثیر مثبتی دارند. تجارب کشورهای اروپایی و آمریکایی نشان می‌دهد که به‌کارگیری آموزش مهارت‌های اجتماعی و افزایش اعتمادبه‌نفس و همچنین مشارکت فعال دانش‌آموزان در امر یادگیری در کارآمدی برنامه‌های پیشگیری و کاهش آسیب الکل تأثیر مثبتی دارد (۲۱-۱۹).

۱،۲) آموزش و مداخلات الکترونیک: پیشرفت روزافزون فن‌آوری و فراگیر شدن آن در جوامع و همچنین امکان دسترسی به خدمات الکترونیک برای تمامی سنین موجب شده است که از آن به‌عنوان یکی از منابع مهم آموزش و اطلاع‌رسانی در سطح دنیا استفاده شود. مطالعات نشان داده‌اند خدمات الکترونیک می‌تواند در بهبود آگاهی و عملکرد افراد مؤثر باشد (۲۲). امکان دسترسی به جمعیت زیاد، محبوبیت استفاده از خدمات الکترونیک و کم‌هزینه بودن این روش‌ها از جمله مزایای این گونه آموزش می‌باشد که آن‌ها را گزینه مناسبی برای ارائه آموزش‌های بهداشتی، از جمله آموزش در زمینه‌های مشکلات مرتبط با مصرف مشروبات الکلی قرار می‌دهد. آموزش از طریق برنامه‌های طراحی‌شده برای گوشی‌های هوشمند، مداخلات و آموزش‌های تحت وب، ارسال ایمیل، سی‌دی‌های آموزشی، ویدیوهای آموزشی، ارسال پیامک و ... از جمله آموزش‌هایی هستند که در مطالعات مختلف برای پیشگیری از مصرف و کاهش آسیب مشروبات الکلی استفاده شده‌اند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که به‌طورکلی این گونه آموزش‌ها هزینه-اثربخشی بالایی دارند (۳۰-۲۳). با این وجود دسترسی ناهمگن به این خدمات، دشواری ارزیابی کارآمدی این گونه آموزش‌ها و همچنین امکان تبعیت پایین از برنامه و مداخلات آموزشی از جمله مشکلات و موانع استفاده از آن‌ها در جوامع کمتر توسعه‌یافته از جمله ایران می‌باشد.

۱،۳) برنامه‌های مداخله‌ای برای والدین: علی‌رغم ارتباط رو به افزایش بچه‌ها با گروه همسالان در دوران نوجوانی و تمایل به خودمختاری و تصمیم‌گیری‌های مستقل، والدین همچنان از عوامل اجتماعی مهم و تأثیرگذار در کودکان نوجوان خویش می‌باشند و می‌توانند سرآغاز و ریشه بسیاری از رفتارها و گرایش‌های آن‌ها از جمله گرایش و مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار باشند. همچنین همکاری والدین از عوامل مهم و اساسی برای اجرا و پیشبرد راهکارهای مداخله‌ای پیشگیری‌کننده و

کاهش‌دهنده در این گروه سنی می‌باشد. آموزش و افزایش آگاهی در والدین در کنار آموزش دانش‌آموزان در خصوص مضرات مصرف نوشیدنی‌های الکلی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در این گروه می‌تواند تا حدودی در پیشگیری و کاهش مصرف الکل اثربخش باشد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که اگر نوجوانان با والدینشان ارتباط باز داشته باشند و یا تحت حمایت عاطفی والدین قرار داشته باشند، تمایل کمتری به مصرف مشروبات الکلی دارند (۳۱). نتایج یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان می‌دهد که با توجه به این که مرحله گذار از مدارس راهنمایی به دبیرستان بهترین زمان برای انجام مداخلات کاهش آسیب از جمله کاهش آسیب مواد مخدر و مشروبات الکلی در نوجوانان است، مشارکت فعال والدین در امر آموزش اثربخشی این گونه آموزش‌ها را افزایش خواهد داد (۳۲). همچنین تراکم پایین گروه‌های آموزشی، آموزش هم‌زمان والدین و دانش‌آموزان و آموزش‌های رو در رو اثربخشی بیشتری در پیشگیری و کاهش آسیب مشروبات الکلی دارند (۳۳). مطالعات مختلف بر لزوم مشارکت فعال والدین (هر دو والد: پدر و مادر) در امر آموزش، کنترل و پایش بچه‌ها و طراحی آموزش‌های متناسب با سن بچه‌ها تأکید دارند (۳۴).

۱،۴) مداخلات فردی: در جوامع مختلف علی‌رغم اجرای استراتژی‌ها و برنامه‌های متنوع پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی عده‌ای از افراد به دلایل مختلف به مصرف و سوءمصرف این گونه مواد روی می‌آورند. آموزش در این گروه بسیار حساس‌تر و مشکل‌تر است؛ چون این افراد رفتارهای خطرپذیر و تمایل بیشتری به مصرف الکل دارند و تغییر نگرش و رفتار در آن‌ها مشکل‌تر خواهد بود. مداخلات فردی رودرو که با استفاده از مصاحبه‌های انگیزشی انجام می‌شود و مداخلات بازخورد در شخصیت در کاهش آسیب‌های مرتبط با الکل مؤثرتر ارزیابی شده‌اند؛ ولی آموزش باید به‌صورت مداوم و طولانی‌مدت انجام شود (۳۵). همچنین لزوم آموزش مهارت‌های اجتماعی در افراد مصرف‌کننده و وابسته به الکل در مطالعات مختلف مشخص شده است (۳۶). حتی اگر این آموزش‌ها در افراد وابسته موجب ترک و یا کاهش مصرف مشروبات الکلی در آن‌ها نشود، به‌طورکلی در جامعه باعث کاهش آسیب‌های مرتبط با الکل نظیر مرگ‌ومیر ناشی از سیروز کبدی مرتبط با الکل خواهد شد (۳۷).

۱،۵) کمیته‌های اطلاع‌رسانی عمومی: کمیته‌ها مجموعه اقدامات تبلیغاتی هستند که ارسال پیام‌های مشخص و متوالی برای ایجاد آگاهی در مخاطب‌های خاص و یا ایجاد حساسیت در مورد موضوعی خاص در جامعه از طریق ابزارهای ارتباط جمعی و رسانه‌های تأثیرگذار راه‌اندازی می‌شوند. هدف کمیته‌ها تغییر در آگاهی و نگرش مخاطب و ترغیب به عملکرد است. طی دهه‌های رشد رسانه‌های اجتماعی گزینه‌های گوناگونی را برای برگزاری کمیته‌ها فراهم آورده است؛ اما در زمینه‌ی

شامل یکی از این اجزاء می‌شود: بحث و گفت‌وگو در خصوص الکل، بازخوردهایی در مورد خطر و یا سطح مصرف الکل، ارائه اطلاعات در خصوص آسیب‌های احتمالی مصرف الکل و استراتژی‌های تنظیم هدف و تصمیم‌گیری. این مداخلات اساساً بر پایه‌ی درمان شناختی-رفتاری، مصاحبه‌های انگیزشی، مدل‌های تغییر رفتار، نظریه‌های هنجار اجتماعی، نظریه‌هایی که به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا با توانایی، انگیزه و دانش خود رفتار خود را ارزیابی کرده و تصمیم بگیرند. در مجموع مداخلات مختصر الکل منجر به کاهش معنی‌دار مصرف الکل هم در گروه نوجوانان و هم در گروه جوانان می‌شوند و این تأثیر تا ۱ سال بعد از انجام مداخلات باقی می‌ماند (۴۱).

۲،۲) رفتار درمانی-شناختی برای افراد دارای وابستگی به الکل: رفتار درمانی-شناختی (Cognitive Behavioral Therapy) یک روش درمانی کوتاه‌مدت است که روان‌درمان‌گرها از آن برای آموزش افراد استفاده می‌کنند و احساسات و رفتارهای آن‌ها را از طریق تغییر الگوهای فکری و باورهایشان تغییر می‌دهند. از مباحثی که در زمینه‌ی سوء مصرف مشروبات الکلی وجود دارد، این است که با رفتار درمانی-شناختی می‌توان افرادی که دچار وابستگی به الکل هستند را در کنترل میزان الکل مصرفی خویش هدایت کرد. برنامه‌های خودمراقبتی را می‌توان به افرادی که در حال حاضر وابستگی شدید به مصرف مشروبات الکلی دارند ارائه نمود (۴۲ و ۴۳).

۲،۳) درمان دارویی برای افراد وابسته به الکل: سندروم ترک الکل شامل مجموعه علائمی می‌شود که بعد از ترک و یا کاهش مصرف الکل به وجود می‌آید. برای درمان افرادی که در حال حاضر وابستگی شدید به مصرف الکل دارند درمان‌های دارویی زیادی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به بنزودیازپین‌ها، بازدارنده‌های گلو تامات و آنتاگونیست‌های اوپئید اشاره کرد (۴۴-۴۷). تجویز هر کدام از گروه‌های دارویی ذکر شده باید بسته به علائم و تحت نظارت متخصص انجام شود. هر چند مطالعات متفاوت استفاده از روش دارودرمانی برای افراد وابسته به الکل را سودمند ارزیابی کرده‌اند؛ اما لزوم ارائه این‌گونه درمان‌ها در کنار مشاوره و جلسات رفتار درمانی به منظور تغییر نگرش در کارآمدی آن‌ها در درازمدت انکارناپذیر است.

۳. برنامه‌های در سطح اجتماع:

منظور از استراتژی‌ها در سطح جامعه شامل حمایت رسانه‌ها، برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی در مقیاس‌های جمعیتی و قانون‌گذاری‌هایی برای مصرف مشروبات الکلی در مکان‌های عمومی و شرکت‌ها و ادارات است. مطالعات مختلفی در این زمینه در کشورهای مختلف با هدف قرار دادن محیط فیزیکی و خود جوانان، نوجوانان و بزرگسالان است. آموزش بهداشت، وضع مقررات، دسترسی محدود و کنترل شده شهروندان، توزیع قانونی، قانون‌گذاری فروش و نظارت بر اجرای آن و اجرای یکپارچه و سراسری در مکان‌های متفاوت مانند؛ خانه‌ها،

کاهش مصرف مشروبات الکلی کمپین‌های محدود و باکیفیت پایینی برای آموزش معضلات مرتبط با مصرف الکلی انجام شده‌اند که در میان آن‌ها کمپین‌هایی که پشتوانه علمی دقیق داشته باشند نیز محدود است. مطالعات انفرادی که در این زمینه انجام شده‌اند نیز نشان‌دهنده ناکارآمدی کمپین‌ها در زمینه‌ی پیشگیری و یا کاهش مصرف مشروبات الکلی بوده است (۳۸).

۱،۶) سوء تبلیغات: منظور از سوء تبلیغات در این زمینه، آگهی‌ها و تبلیغات بهداشتی در خصوص مضرات مصرف مشروبات الکلی به صورت گسترده توسط رسانه‌های جمعی نظیر تلویزیون و رادیو و سایر ابزارهای ارتباط جمعی می‌باشد. مطالعه با پشتوانه علمی خوب در خصوص اثربخشی و کارآمدی این تبلیغات در پیشگیری یا کاهش مصرف مشروبات الکلی صورت نگرفته است.

۱،۷) رهنمون‌های (دستورالعمل‌های) نوشیدن مشروبات الکلی: رهنمون‌های مصرف مشروبات الکلی شامل مجموعه آموزش‌هایی در خصوص انواع مشروبات الکلی و میزان غیر خطرناک و خطرناک مصرف روزانه می‌باشد. ارزیابی دقیقی در مورد این‌که آیا دستورالعمل‌های نوشیدن مشروبات الکلی برای عموم جامعه و یا گروه‌های خاص در پیشگیری و کاهش مصرف مشروبات الکلی مؤثر هستند یا نه انجام نشده است. در ایران دستورالعمل تدوین شده و مناسبی در این خصوص وجود ندارد و با توجه به حجم بالای انکارناپذیر تهیه و مصرف مشروبات الکلی دست‌ساز و استفاده از الکل‌های اتانول و متانول و مسمومیت‌های خطرناک ناشی از آن‌ها لزوم طراحی و تدوین این‌گونه دستورالعمل‌ها در کشور وجود دارد.

۱،۸) اختراهای سلامتی: اختراهای سلامتی شامل پیام‌های بهداشتی در خصوص مشکلات رفتاری و سلامتی ناشی از مصرف الکل می‌باشند که بر روی شیشه‌ها و قوطی‌های این‌گونه مواد چسبانده می‌شوند. ارزیابی تأثیر برچسب‌ها و اختراهای سلامتی چاپ شده روی قوطی‌ها و شیشه‌های مشروبات الکلی نشان داده است که هر چند این اختراها باعث تمایل و تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار مصرف مشروبات الکلی شده است، اما تغییر واقعی در الگوی مصرف و رفتارهای مصرف مشروبات الکلی نشان داده نشده است (۳۹).

۲. برنامه‌های بخش بهداشت و سلامت

۲،۱) مشاوره‌های مختصر: مشاوره‌های کوتاه که توسط کادر درمانی از جمله پزشک، پرستار و یا مددکار اجتماعی در محیط‌های مختلف ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می‌شود، به‌عنوان یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی مصرف‌کنندگان الکل در کشورهای مختلف شناخته شده است. شواهد بسیاری از مطالعات حاکی از اثربخش بودن شناسایی زودهنگام و ارائه مشاوره‌های مختصر برای کسانی که رفتارهای پرخطر مصرف مشروبات الکلی دارند ولی دچار وابستگی شدید و اعتیاد نشده‌اند، بوده است (۴۰). بیشتر مداخلات در نظر گرفته شده

الکلی، افزایش حداقل سن مجاز خرید مشروبات الکلی، متراکم سازی بازار فروش، روزها و ساعات‌های حراج، میزان تبلیغات مشروبات الکلی، خودتنظیمی بازاریابی مشروبات الکلی، افزایش مالیات بر خرید و مصرف الکل.

۶. سیاست‌های مرتبط با کاهش آسیب

برنامه‌های آموزشی برای کارکنان بارها و سرویس‌های امنیتی در بارها؛ اجرای برنامه‌ها و مداخلات آموزشی در امکان فروش و سرو مشروبات الکلی نظیر بارها و کلاب‌های شبانه از جمله سیاست‌های کاهش آسیب‌های فیزیکی مرتبط با نوشیدن الکل می‌باشد. این‌گونه آسیب‌ها می‌تواند شامل خشونت کلامی، خشونت و دعوی ناشی از مصرف الکل، بروز رفتارهای مخرب مانند آسیب به اموال عمومی و شکستن شیشه‌ها، ایجاد مزاحمت و در حالات شدید بروز رفتارهای خشونت‌آمیز نظیر قتل و تجاوز باشند. از جمله مداخلات انجام‌شده در این حیطه می‌توان به آموزش کارکنان بارها و فروشندگان برای مخلوط کردن صحیح مشروبات الکلی، عدم استفاده از مشروبات دست‌ساز، جلوگیری از بروز خشونت در محیط بار و استخدام محافظ و نگهبان برای بارها و کلاب‌های شبانه اشاره کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد با وجود این‌که در حال حاضر کارآمدترین مداخلات در زمینه‌ی پیشگیری از سوءمصرف و کاهش آسیب مرتبط با نوشیدنی‌های الکلی استراتژی‌های کاهش دسترسی از طریق افزایش حداقل سن مجاز خرید مشروبات الکلی، کاهش دسترسی، افزایش مالیات (۳۸)، افزایش قیمت، ممنوعیت تبلیغ مشروبات الکلی و... در کنار برنامه‌های آموزش و اطلاع‌رسانی می‌باشد؛ در کشورهای اسلامی نظیر ایران که ممنوعیت کامل خرید، فروش و مصرف مشروبات الکلی از هر دو بعد قانونی و شرعی وجود دارد این برنامه‌ها کارآمد نخواهند بود. فلذا با توجه به شرایط کنونی ایران مداخلات کارآمد را می‌توان به ترتیب اولویت به شرح جدول شماره ۱ طبقه‌بندی کرد.

مدارس، باشگاه‌های ورزشی، گروه‌های جوانان، بار و کلوپ‌های رقص. نتایج این مطالعات استفاده از استراتژی‌های ترکیبی را در پیشگیری، کاهش و کنترل مصرف و همچنین کاهش آسیب‌های مرتبط با الکل را کارآمدترین برنامه در این زمینه دانسته‌اند (۵۳-۴۸). ارزیابی اثربخشی سیاست‌های محل کار به دلیل تنوع برنامه‌ها و گویا نبودن نمونه‌های انتخابی قابل‌اندازه‌گیری نیست و مطالعات انجام‌شده سودمندی آن‌ها را بسیار جزئی ارزیابی کرده‌اند (۵۴).

۴. قوانین و سیاست‌های رانندگی حین مستی:

قوانین و مقررات وضع‌شده در این زمینه در پیشگیری از مصرف الکل در جامعه و یا کاهش میزان مصرف الکل در کل افراد جامعه مؤثر نخواهد بود؛ با این وجود این قوانین در کاهش آسیب‌های غیرعمدی مرتبط با مصرف الکل تا حدودی مؤثر شناخته شده‌اند. این قوانین در کشورهای مختلف شامل: کاهش میزان مجاز الکل خون رانندگان، ایجاد محل‌های بازرسی هوشیاری و آزمایش‌های تصادفی تنفسی الکل، محدودسازی مصرف الکل در جوانان یا افرادی که تجربه کمتر رانندگی دارند مثلاً غلظت مجاز الکل خون پایین‌تر برای رانندگان مبتدی و درمان اجباری می‌باشد (۵۵-۵۷).

۵. دسترسی و تبلیغات مشروبات الکلی، سیاست‌های قیمت‌گذاری، بازاریابی مشروبات الکلی:

با توجه به این مسئله که تبلیغات، فروش و مصرف مشروبات الکلی در کشورهای اسلامی از جمله ایران به لحاظ شرعی و قانونی غیرمجاز می‌باشد، به نظر می‌رسد اعمال این‌گونه مداخلات در جامعه‌ی ما کارآمدی مناسبی نداشته باشد. هرچند نتایج تحقیقات مختلف در سایر نقاط دنیا نشان داده‌اند که افزایش سن مجاز خرید مشروبات الکلی، افزایش قیمت و مالیات و کاهش و عدم تبلیغات نوشیدنی‌های الکلی در رسانه‌های جمعی از جمله مداخلات بسیار کارآمد در خصوص پیشگیری، کاهش مصرف و کاهش آسیب ناشی از مصرف الکل در جوامع می‌باشند (۵۸-۶۲). از جمله سیاست‌ها و برنامه‌های کارآمد کنترل و کاهش مصرف مشروبات الکلی که در این حیطه قرار می‌گیرند، می‌توان به برنامه‌های زیر اشاره کرد: انحصار فروش دولتی نوشیدنی‌های

جدول ۱. مداخلات کارآمد پیشگیری‌کننده و کاهش‌دهنده مصرف مشروبات الکلی به ترتیب اولویت با توجه به شرایط کنونی ایران

حیطه‌ی مداخله	زیرگروه مداخله	درجه اولویت
	آموزش در مدارس و دبیرستان‌ها	۱
آموزش و اطلاع‌رسانی	برنامه‌های مداخلاتی برای والدین	۱
	کمپین‌های اطلاع‌رسانی عمومی	۳
	مشاوره‌های کوتاه	۲
	درمان رفتار-شناختی	۱
برنامه‌های بخش بهداشت و سلامت	درمان دارویی برای افراد وابسته (بنزودیازپین، بازدارنده گلو تامات، آنتاگونیست اوپید و...)	۲
برنامه‌ها در سطح اجتماع	مداخلات چندگانه جامعه‌محور	۱

- اجرای برنامه‌های آموزشی و مداخلاتی برای والدین در محیط مدارس
- ایجاد همکاری بین نهادهای بهداشتی و آموزش و پرورش جهت شناسایی آسیب در مدارس و ارائه آموزش مناسب به دانش‌آموزان
- طراحی و ساخت برنامه‌های الکترونیک آموزشی سلامت در خصوص مصرف الکل برای تحت پوشش قرار بخش بزرگی از جامعه
- تهیه پوسترهای آموزشی و ارائه اختراهای سلامتی توسط شهرداری‌ها در سطح مناطق شهری
- تهیه برنامه‌های آموزشی از طریق رسانه‌های گروهی نظیر تلویزیون و رادیو
- احداث کلینیک‌های ترک الکل در شهرستان‌ها و گسترش فعالیت‌های بیماریابی برای کلینیک‌ها
- اجرای مطالعات جهت تعیین شیوع دقیق مصرف مشروبات الکلی و دلایل گرایش به این مواد در نقاط مختلف کشور
- ایجاد برنامه‌های مشاوره‌ای کم‌هزینه و مشاوره‌های گروهی برای افراد وابسته به مصرف الکل

ملاحظات اخلاقی

در مطالعه و انتقال نتایج مطالعات به گزارش نهایی، اصل امانت داری رعایت شده است. پروتکل این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.197 تایید شده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان مقاله وجود ندارد

تقدیر و تشکر

این پژوهش به سفارش اداره سلامت میانسالان - دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی با همکاری مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی تبریز و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز انجام گردید که در اینجا از همه آن‌ها قدردانی می‌شود

References

1. Khademian T, Ghanaatian Z. Investigating the Social factors influencing addiction of women addicted to drugs in rehabilitation and harm reduction centers of Tehran women (Centers for rebirth, the House of the Sun). Social Sciences Bulletin. 2008;2(4):585-9. [In Persian]

آموزش و اطلاع‌رسانی بخش جدایی‌ناپذیر در تمامی سطوح پیشگیری از مشکلات بهداشتی از جمله سوء مصرف مشروبات الکلی به شمار می‌رود. هرچند آموزش و پیشگیری در سنین نوجوانی در تغییر نگرش و رفتار بسیار مؤثرتر از این آموزش‌ها در سنین بزرگسالی خواهد بود، آموزش‌های جامع برای بچه‌ها و والدین در کنار سایر گروه‌های جامعه تأثیر بیشتری خواهد داشت. این‌گونه آموزش‌ها نه تنها در محیط مدرسه بلکه در سایر محیط‌های فیزیکی و اماکن تجمعی نظیر باشگاه‌های ورزشی، آموزش‌های از راه دور و مبتنی بر خدمات الکترونیک از جمله مداخلات تحت وب، ویدیوهای آموزشی و جلسات بحث گروهی، قابل انجام است. علاوه بر این برنامه‌هایی جهت کمک و درمان افراد وابسته به الکل باید در سطح جامعه طراحی شود؛ نظیر احداث کلینیک‌های ترک الکل که افراد نیازمند بدون ترس از مشکلات قانونی و مجازات شرعی به این مراکز مراجعه کنند و درمان‌ها و مشاوره‌های لازم را دریافت نمایند. همکاری و هماهنگی ارگان‌ها و نهادهای مختلف از جمله: آموزش و پرورش، شهرداری‌ها، نیروهای انتظامی، پلیس راهنمایی و رانندگی و نظام خدمات سلامت جهت کارآمدی هرچه بیشتر مداخلات کاهش‌دهنده و پیشگیری‌کننده مصرف مشروبات الکلی امری ضروری است؛ بنابراین تدوین برنامه‌ی جامع و هماهنگ برای تمام ارگان‌ها بایستی در اولویت برنامه‌های پیشگیری قرار گیرد. پیشنهادهای زیر جهت برنامه‌ریزی مداخلات پیشگیری و کاهش آسیب الکل در جوامع و بهبود برنامه‌های موجود ارائه می‌شود:

- کاهش دسترسی به مشروبات الکلی از طریق اعمال قوانین جهت مبارزه با قاچاق مشروبات الکلی
- نظارت بیشتر بر بندرها و نقاط مرزی جهت پیشگیری از قاچاق مشروبات الکلی
- قانون‌گذاری و اعمال مجازات برای سازندگان و فروشندگان مشروبات الکلی دست‌ساز
- افزایش مجازات رانندگی تحت تأثیر مصرف مشروبات الکلی
- ایجاد ایستگاه‌های بازرسی بین‌راهی و انجام تست تنفسی الکل در مسیرهای پرتردد
- تدوین درس‌نامه‌های آموزشی بهداشت برای پیشگیری و کنترل مصرف مشروبات الکلی در مدارس

2. Siciliano V, Mezzasalma L, Lorenzoni V, Pieroni S, Molinaro S. Evaluation of drinking patterns and their impact on alcohol-related aggression: a national survey of adolescent behaviours. BMC Public Health. 2013;13:950. PMID:24112134 doi:10.1186/1471-2458-13-950

3. Lieber CS. Alcoholism: a disease of internal medicine. *Journal of Studies on Alcohol*. 1990;51(2):101-3. doi:10.15288/jsa.1990.51.101
4. Kaplan H, Sadock B, Sadock V. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia [etc.]: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
5. Islami F, Kamangar F, Aghcheli K, et al. Epidemiologic features of upper gastrointestinal tract cancers in Northeastern Iran. *British journal of cancer*. 2004;90(7):1402-6. PMID:15054463 doi:10.1038/sj.bjc.6601737
6. Nasrollahzadeh D, Kamangar F, Aghcheli K, et al. Opium, tobacco, and alcohol use in relation to oesophageal squamous cell carcinoma in a high-risk area of Iran. *British journal of cancer*. 2008;98(11):1857-63. PMID:18475303 doi:10.1038/sj.bjc.6604369
7. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 2001;25(4):263-70. PMID:11910703
8. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet (London, England)*. 2009;373(9682):2223-33. PMID:19560604 doi:10.1016/s0140-6736(09)60746-7
9. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, et al. Alcohol use disorders in Iran: Prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. *Drug and alcohol dependence*. 2017;176:48-54. PMID:28514696 doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.02.018
10. Organization WH, Unit WHOMoSA. *Global status report on alcohol and health, 2014*: World Health Organization; 2014.
11. Hamdiah M, Matlabi N, Asheri H, A B. Assessing the prevalence of drugs, alcohol and psychotropic drugs consumption in Tehran adolescents and young adults 35-15 years old. *Medical Research (Journal of Medical Faculty)*. 2008;32(4):315-9.
12. Mohamadkhani S. Prevalence of Cigarette Smoking, Alcohol Drinking and Illegal Drugs Use among Iranian Adolescents. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2011;18(1):32-42. [In Persian]
13. Mohamadi N, Shobeiri F, Mahgoob H. The Prevalence of Substance Abuse in Students of Hamadan University of Medical Sciences. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;14(1):86-9. [In Persian]
14. Ministry of Health TaME, Department of Health. *Comprehensive program for prevention, treatment and reduction of alcohol poisoning 2011-2012*, [In Persian].
15. Organization WH. *Global status report on alcohol and health*: World Health Organization; 2011.
16. Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds.). (1990). *The Jossey-Bass health series. Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
17. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, et al. Early childhood investments substantially boost adult health. *Science (New York, NY)*. 2014;343(6178):1478-85. PMID:PMC4028126 doi:10.1126/science.1248429
18. Jones L, James M, Jefferson T, et al. A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. *Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool John Moores University*. 2007.
19. Peleg A, Neumann L, Friger M, Peleg R, Sperber AD. Outcomes of a brief alcohol abuse prevention program for Israeli high school students. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2001;28(4):263-9. PMID:11287243
20. Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR. Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2011;48(2):182-8. PMID:21257118 doi:10.1016/j.jadohealth.2010.06.003
21. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill-Williams M. Preventing binge drinking during early adolescence: One- and two- year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001;15(4):360-5. doi:10.1037/0893-164X.15.4.360
22. Lam-Antoniades M, Ratnapalan S, Tait G. Electronic continuing education in the health professions: An update on evidence from RCTs. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2009;29(1):44-51. doi:doi:10.1002/chp.20005
23. Hustad JT, Barnett NP, Borsari B, Jackson KM. Web-based alcohol prevention for incoming college students: a randomized controlled trial. *Addictive behaviors*. 2010;35(3):183-9. PMID:19900763 doi:10.1016/j.addbeh.2009.10.012
24. Neighbors C, Lewis MA, Atkins DC, et al. Efficacy of web-based personalized normative feedback: a two-year randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010;78(6):898-911. PMID:20873892 doi:10.1037/a0020766
25. Gilmore AK, Bountress KE. Reducing drinking to cope among heavy episodic drinking college women: Secondary outcomes of a web-based combined alcohol use and sexual assault risk reduction intervention. *Addictive behaviors*. 2016;61:104-11. PMID:27262965 doi:10.1016/j.addbeh.2016.05.007
26. Fowler LA, Holt SL, Joshi D. Mobile technology-based interventions for adult users of alcohol: A systematic review of the literature. *Addictive behaviors*. 2016;62:25-34. PMID:27310031 doi:10.1016/j.addbeh.2016.06.008

27. Andrade AL, de Lacerda RB, Gomide HP, et al. Web-based self-help intervention reduces alcohol consumption in both heavy-drinking and dependent alcohol users: A pilot study. *Addictive behaviors*. 2016;63:63-71. PMID:27424165 doi:10.1016/j.addbeh.2016.06.027
28. Bewick BM, Trusler K, Mulhern B, Barkham M, Hill AJ. The feasibility and effectiveness of a web-based personalised feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: a randomised control trial. *Addictive behaviors*. 2008;33(9):1192-8. PMID:18554819 doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.002
29. Coleman L, Ramm J, Cooke R. The effectiveness of an innovative intervention aimed at reducing binge drinking among young people: Results from a pilot study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2010;17(4):413-30. doi:10.3109/09687630802572599
30. Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ, Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking addiction: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical psychology review*. 2011;31(1):178-86. PMID:21095051 doi:10.1016/j.cpr.2010.10.002
31. Hadley W, Brown LK, Barker D, et al. Work It Out Together: Preliminary Efficacy of a Parent and Adolescent DVD and Workbook Intervention on Adolescent Sexual and Substance Use Attitudes and Parenting Behaviors. *AIDS and behavior*. 2016;20(9):1961-72. PMID:27155880 doi:10.1007/s10461-016-1418-6
32. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health education research*. 2007;22(2):177-91. PMID:16857779 doi:10.1093/her/cyl061
33. Allen ML, Garcia-Huidobro D, Porta C, et al. Effective Parenting Interventions to Reduce Youth Substance Use: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2016;138(2). PMID:27443357 doi:10.1542/peds.2015-4425
34. Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clinical psychology review*. 2016;45:89-101. PMID:27111301 doi:10.1016/j.cpr.2016.02.004
35. Carey KB, Scott-Sheldon LA, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addictive behaviors*. 2007;32(11):2469-94. PMID:17590277 doi:10.1016/j.addbeh.2007.05.004
36. Larimer ME, Cronce JM. Identification, prevention, and treatment revisited: individual-focused college drinking prevention strategies 1999-2006. *Addictive behaviors*. 2007;32(11):2439-68. PMID:17604915 doi:10.1016/j.addbeh.2007.05.006
37. Smart RG, Mann RE. The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction (Abingdon, England)*. 2000;95(1):37-51. PMID:10723824
38. Babor T, Caetano R, Casswell S, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity—a summary of the second edition. *Addiction*. 2010;105(5):769-79. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02945.x
39. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug and alcohol review*. 2009;28(4):426-35. PMID:19594797 doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00055.x
40. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2007(2):Cd0004148. PMID:17443541 doi:10.1002/14651858.CD0004148.pub3
41. Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*. 2015;51:1-18. PMID:25300577 doi:10.1016/j.jsat.2014.09.001
42. Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*. 2000;31(1):135-49. doi:https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80008-8
43. Riper H, Andersson G, Hunter SB, de Wit J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*. 2014;109(3):394-406. PMID:PMC4227588 doi:10.1111/add.12441
44. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3*. Art. No.: CD005063. DOI: 10.1002/14651858.CD005063.pub3
45. Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2004;28(1):51-63. PMID:14745302 doi:10.1097/01.alc.0000108656.81563.05
46. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(12):Cd001867. PMID:21154349 doi:10.1002/14651858.CD001867.pub2
47. Liu J, Wang LN. Baclofen for alcohol withdrawal. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(2):Cd008502. PMID:23450582 doi:10.1002/14651858.CD008502.pub3

48. Jansen SC, Haveman-Nies A, Bos-Oude Groeniger I, Izeboud C, de Rover C, van't Veer P. Effectiveness of a Dutch community-based alcohol intervention: Changes in alcohol use of adolescents after 1 and 5 years. *Drug and alcohol dependence*. 2016;159:125-32. PMID:26708707 doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.11.032
49. Williams CL, Perry CL. Lessons from Project Northland: preventing alcohol problems during adolescence. *Alcohol health and research world*. 1998;22(2):107-16. PMID:15706784
50. Perry CL, Williams CL, Komro KA, et al. Project Northland high school interventions: community action to reduce adolescent alcohol use. *Health education & behavior* : the official publication of the Society for Public Health Education. 2000;27(1):29-49. PMID:10709791 doi:10.1177/109019810002700105
51. P Perry CL, Williams CL, Komro KA, et al. Project Northland: long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health education research*. 2002;17(1):117-32. PMID:11888042
52. Perry CL, Williams CL, Veblen-Mortenson S, et al. Project Northland: outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*. 1996;86(7):956-65. PMID:PMC1380436
53. Komro KA, Perry CL, Williams CL, Stigler MH, Farbaksh K, Veblen-Mortenson S. How did Project Northland reduce alcohol use among young adolescents? Analysis of mediating variables. *Health education research*. 2001;16(1):59-70. PMID:11252284
54. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction (Abingdon, England)*. 2009;104(3):365-77. PMID:19207344 doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02472.x
55. Mann RE, Macdonald S, Stoduto LG, Bondy S, Jonah B, Shaikh A. The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: an international review. *Accident; analysis and prevention*. 2001;33(5):569-83. PMID:11491238
56. Shults RA, Elder RW, Sleet DA, et al. Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *Am J Prev Med*. 2001;21(4 Suppl):66-88. PMID:11691562
57. Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R, Williams M. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction (Abingdon, England)*. 1995;90(7):907-26. PMID:7663313
58. Agardh E, Högberg P, Miller T, et al. Alcohol monopoly and public health: potential effects of privatization of the Swedish alcohol retail monopoly. *Statens Folkhälsoinstitut, Rapport R*. 2008(No.27):72 pp.
59. Chikritzhs T, Catalano P, Pascal R, Henrickson N. Predicting alcohol-related harms from licensed outlet density: a feasibility study. 2007.
60. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*. 2007;51(2):121-35. doi:doi:10.1111/j.1467-8489.2007.00365.x
61. James F. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *British Food Journal*. 2006;108(4):316-32. doi:doi:10.1108/00070700610657155
62. Giesbrecht N. Alcohol, tobacco and local control: A comparison of several community-based prevention trials. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2003;20(1_suppl):25-40. doi:10.1177/145507250302001s04