Problemy alkoholowe u schyłku XX wieku – skala i rodzaje szkód

W żadnym z cywilizowanych krajów nie prowadzi się walki z alkoholem uznając za trwałą jego obecność w życiu codziennym. Większość ludzi korzystających z alkoholu robi to w sposób rozsądny i powściągliwy, w części jednak przypadków alkohol jest nadużywany, co powoduje w sposób nieuchronny dużą ilość szkód i zagrożeń. Występują one we wszystkich społeczeństwach. Wielkość tych szkód jest związana z rozmiarami i stylem konsumpcji napojów alkoholowych, ale zależy również od skuteczności i zasięgu działań profilaktycznych i naprawczych[22].

Wydaje się, że spożycie napojów alkoholowych w Polsce po okresie intensywnego wzrostu spożycia alkoholu w latach 1989-92 i po zahamowaniu tendencji wzrostowej w latach 1995-96 ustabilizowało się. Dane GUS określają średnie spożycie w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 1999 roku na poziomie około 6,75 litra 100% alkoholu, czyli tak samo jak w roku 1998. Nadal jednak jeszcze nie mogą być przyjęte jako w pełni wiarygodne, gdyż nie uwzględniają nie rejestrowanej sprzedaży napojów alkoholowych pochodzących z nielegalnych źródeł obrotu handlowego. Należy jednak podkreślić zmniejszanie się rozbieżności między danymi określającymi wielkości rejestrowanej sprzedaży i oszacowaniami uwzględniającymi inne źródła informacji.

Na podstawie ogólnopolskich badań socjologicznych przeprowadzonych w 1998 roku na reprezentatywnej próbie losowej, rzeczywistą konsumpcję alkoholu szacować można na poziomie między 7-8 litrów 100% alkoholu na statystycznego mieszkańca kraju (w latach 1992-1993 roku w podobnych badaniach spożycie szacowano na poziomie 10-11 litrów 100%

alkoholu).

Za trafnością oszacowań wskazujących na stabilizację spożycia przemawia również fakt, że wpływy do skarbu państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych w 1999 roku były tylko o około 1,5% większe niż w 1998 roku, mimo wzrostu cen tych produktów o 6%[23].

Porównanie tych oszacowań z danymi dotyczącymi innych krajów pozwala sądzić, że Polska znajduje się nadal w trzeciej dziesiątce krajów na liście spożycia napojów alkoholowych. Nie oznacza to jednak, że poziom polskiego spożycia alkoholu można uznać za niski. Mimo spadku spożycia wódki w ciągu ostatniego roku, w dalszym ciągu średnie spożycie wyrobów spirytusowych jest wyższe niż w wielu krajach europejskich.

W prawie wszystkich krajach europejskich spożycie alkoholu jest źródłem bardzo poważnych problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych i w ostatnich latach świadomość tego faktu staje się coraz bardziej powszechna. Wyrazem tego była decyzja Światowej Organizacji Zdrowia o utworzeniu w latach dziewięćdziesiątych pod egidą Rady Europy tzw. Europejskiego Planu Działań w Sprawie Alkoholu, realizowanego do dzisiaj ze współudziałem Polski. Polski model rozwiązywania problemów alkoholowych zbudowany w ostatnich latach jest spostrzegany w regionie europejskim jako pozytywnie wyróżniający się na tle większości innych krajów[24].

Przy informacjach o szacowaniu średniej wielkości spożycia na jednego mieszkańca, należy bardzo wyraźnie podkreślić zawodność tego wskaźnika jako podstawowej miary charakteryzującej spożycie w naszym kraju. Nie oddaje on złożoności tego zjawiska i zróżnicowania istniejącego między różnymi grupami konsumentów.

Od kilku lat nie posługujemy się już słowem „alkoholizm” jako centralną kategorią ujmującą wszystkie szkody związane z nadużywaniem alkoholu. Zgodnie z terminologią międzynarodową

taką kategorią są „problemy alkoholowe”, co ułatwia bardziej precyzyjne określanie szkód i metod zmniejszania lub usuwania tych szkód. Na przełomie lat 1999 – 2000 do najważniejszych polskich problemów alkoholowych można zaliczyć:

a. Samoniszczenie osób uzależnionych od alkoholu
   Jest to około 800 tys. osób, czyli około 2% całej populacji. Aktualnie w lecznictwie odwykowym zarejestrowanych jest około 150 tys. osób uzależnionych. Znacznie wzrosła skuteczność terapii uzależnienia od alkoholu, ale faktyczne możliwości skorzystania z nowoczesnej i skutecznej terapii ma tylko około 30% zarejestrowanych pacjentów – z powodu deficytów kadrowych i lokalowych w lecznictwie odwykowym.

b. Uszkodzenia zdrowia u dorosłych osób nadmiernie pijących
   Znaczna część pacjentów leczących się w placówkach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej (z powodu zaburzeń układu trawiennego, krążenia, neurologicznego, chorób płuc, nowotworów, urazów itd.) nadużywa także alkoholu – szacuje się, że dotyczy to ok. 1,5-2 mln osób. Stanowi to bardzo poważne obciążenie ekonomiczne dla polskiego systemu ochrony zdrowia, ponieważ leczenie tych pacjentów trwa dłużej i jest mniej efektywne. W latach 1996-99 rozpoczęto wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji dla tego rodzaju pacjentów, ale postępy w tej dziedzinie nie są zadawalające.

c. Uszkodzenia rozwoju psychofizycznego pijącej młodzieży
   Zdaniem ekspertów poważne szkody związane z piciem dzieci i młodzieży występują u około 10-15% populacji w wieku między 15 a 18 rokiem życia, ale rozmiary realnych zagrożeń są znacznie wyższe. W ciągu ostatnich lat zwiększyła się ilość pijącej i upijającej się młodzieży, w szczególności dziewcząt oraz zmniejszyła ilość abstynentów. Polska młodzież poddawana jest bardzo agresywnym, starannie przygotowanym i skutecznym

oddziaływaniom promującym picie alkoholu. Badania rynkowe pokazują, że wzrost spożycia w populacji od 15 do 19 roku życia stanowi podstawowe źródło wysokich zysków przemysłu piwnego. Zwiększa się wprawdzie zakres szkolnych programów profilaktycznych i w 1999 roku uczestniczyło w nich ponad 950 tys. uczniów i 150 tys. rodziców, ale nie stanowią one jeszcze wystarczająco skutecznej przeciwwagi dla ekspansji biznesu alkoholowego. Zbyt wolno rozwija się jeszcze tzw. profilaktyka rodzinna inicjowana programami szkolnymi.

d. Szkody występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym
   Występują one u około 3-4 mln osób (dorosłych i dzieci) i obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem i przemocą oraz demoralizację, ubóstwo i obniżenie szans osiągnięcia kariery zawodowej. Programy pomocy rodzinom prowadzone w placówkach odwykowych obejmują tylko około 17 tys. osób dorosłych, a zaledwie około 60 tys. dzieci alkoholików otrzymuje pomoc w placówkach socjoterapeutycznych.

Jak czytać dawne dane o skali szkód

Liczby i charakterystyki przytoczone powyżej należą do opisu przygotowanego na potrzeby pracy z 2001 roku. Nie są zestawieniem obecnej sytuacji w Polsce. Ich wartość polega także na pokazaniu, jakie zjawiska autorzy ówczesnych opracowań uznawali za istotne i jak porządkowali problemy. Przy lekturze należy zachować datę odniesienia, rozróżniać liczbę osób od liczby zdarzeń i sprawdzać, czy dana informacja dotyczy całej populacji, wybranej grupy czy szacunku. Bez tych rozróżnień bardzo różne wielkości zaczynają wyglądać na bezpośrednio porównywalne.

Wymienione obszary szkód nie tworzą rozłącznych kategorii. Ta sama sytuacja może dotyczyć zdrowia osoby pijącej, relacji rodzinnych oraz funkcjonowania dzieci. Nie można zatem po prostu sumować wszystkich opisanych grup, aby otrzymać liczbę osób dotkniętych problemem. Z drugiej strony ograniczenie uwagi wyłącznie do osoby spożywającej alkohol pomija doświadczenia otoczenia. Rzetelny opis wymaga dwóch równoległych działań: uwzględnienia szerokiego zasięgu następstw i unikania wielokrotnego liczenia tych samych ludzi.

Perspektywa rodziny i perspektywa instytucji

Rodzina może opisywać problem poprzez niestabilność codziennych ustaleń, napięcie lub konieczność przejmowania obowiązków. Instytucja częściej rejestruje konkretne zgłoszenie, wizytę albo interwencję. Te obrazy nie muszą się pokrywać. Brak kontaktu z instytucją nie dowodzi braku trudności, a wzrost liczby zgłoszeń nie musi samodzielnie dowodzić wzrostu rozpowszechnienia problemu. Może wymagać zbadania zmian dostępności pomocy, sposobu rejestrowania spraw oraz gotowości do ujawniania doświadczeń. Jest to ważne ograniczenie każdej analizy opartej wyłącznie na ewidencji.

W odniesieniu do dzieci należy szczególnie uważać, aby opis zagrożeń nie zamieniał się w przepowiadanie ich przyszłości. Informacja o trudnej sytuacji rodzinnej nie określa całej drogi życiowej młodej osoby. W badaniu warto uwzględniać również dostępne wsparcie, bezpieczne relacje i warunki uczestnictwa w życiu szkoły. Są to pytania o kontekst, nie podstawa do stawiania diagnoz na odległość. Osoby opisywane w analizie nie powinny być przedstawiane wyłącznie jako ilustracja kategorii problemowej.

Podział szkód zastosowany w źródłowym fragmencie może więc służyć jako porządek lektury, o ile nie zostanie potraktowany jako kompletny bilans współczesnych potrzeb. Dla lokalnej

diagnozy należałoby ustalić, co dokładnie występuje w danym miejscu, jak długo trwa i jakie osoby pozostają poza zasięgiem pomocy. Przydatne byłyby różne rodzaje materiału, od anonimowych wypowiedzi mieszkańców po odpowiednio opracowane dane instytucjonalne. Ich zestawianie powinno służyć lepszemu rozpoznaniu sytuacji, a nie mnożeniu alarmujących liczb bez wspólnej podstawy porównania.

Przypisy

1. A. Bielewicz, *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne,* PWN, Warszawa 1986, s. 75. ↵
2. Ibidem, s. 76. ↵
3. W. Baranowski, *O wczesnych objawach uzależnienia od alkoholu dostrzegalnych w miejscu pracy,* SKP, Kraków, 1985, s. 54. ↵

Jeśli szukają Państwo pomocy w napisaniu własnej pracy - potrzebują Państwo fachowych konsultacji to polecamy stronę pisanie prac - profesjonalna pomoc w pisaniu prac w granicach prawa.