TRZEŹWOŚĆ I UZALEŻNIENIA JAKO WYZWANIE DUSZPASTERSKIE I PEDAGOGICZNE

Redakcja naukowa: Krzysztof Linowski
Mariusz Jędrzejko

RADOM 2012

Redakcja naukowa: Krzysztof Linowski
Mariusz Jędrzejko

Recenzent:
prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych „Pedagogium"

Książka powstała przy współpracy z Mazowieckim Centrum Profilaktyki Uzależnień

Tłumaczenia: Beata Cywińska (język rosyjski),
Natalia Kuziak (język niemiecki),
Małgorzata Szpilska (język angielski).

Korekta: zespół

Skład i łamanie: Robert Kocur

Projekt okładki: Mateusz Firlej
Ks. Mirosław Kszczot

© Copyright by Wydawnictwo Diecezji Radomskiej AVE

ISBN 978-83-81147-45-9

Wydawnictwa Diecezji Radomskiej AVE
ul. Malczewskiego 1, 26-600 Radom
tel. 48-340 62 13; e-mail: wydawnictwo_ave@o2.pl

dr Arkadiusz Durasiewicz
Politechnika Radomska, Radomski Oddział Regionalny
Polskiego Towarzystwa Pomocy Społecznej

Alkoholizm jako patologia społeczna – aspekt lokalny i krajowy

Wprowadzenie

Napoje alkoholowe należą do najpowszechniej spożywanych dóbr konsumpcyjnych. Jednocześnie jest to towar szczególnego rodzaju. Jego specyfika polega na tym, że z piciem wiązać się może wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Wynika to z psychoaktywnej funkcji tej substancji. W każdej niemal kulturze istnieje jakaś substancja o tych właściwościach, której używanie jest powszechnie akceptowane, chociaż obwarowane licznymi ograniczeniami regulowanymi przez zespół norm. Owe normy odnoszą się do częstości jej używania, ilości przyjmowanej jednorazowo, okoliczności w jakich można po nią sięgać. Dla naszego kręgu kulturowego taką substancją jest właśnie alkohol. Jeśli używany jest w zgodzie z normami, powstanie negatywnych konsekwencji jest mniej prawdopodobne, jeśli owe normy się przekracza prawdopodobieństwo przykrych konsekwencji rośnie. Gotowość do przestrzegania tych norm warunkowana jest w znacznym stopniu społecznym klimatem wokół picia z jednej strony, a z drugiej - polityką państwa sprzyjającą konsumpcji alkoholu, bądź nastawioną na jej ograniczanie.

Historia alkoholu, jego produkcji i obyczajów picia jest prawie tak długa i bogata jak historia naszego istnienia. Przez cały ten czas alkohol pełnił różne funkcje w życiu człowieka. Zażywano go w celach leczniczych, pełnił też funkcje społeczne, towarzysząc człowiekowi w chwilach radości i smutku. Pełnił też funkcje polityczne jako narzędzie wyniszczania społeczeństw.

Również w Polsce nadużywanie alkoholu kładło się ponurym cieniem na życiu społecznym, gospodarczym i politycznym. Lata powojenne w Polsce charakteryzują się stałym wzrostem spożycia alkoholu na statystycznego obywatela. Obniżył się również w ostatnich latach wiek inicjacji alkoholowej i wzrosło spożycie alkoholu wśród młodzieży. Jest to zjawisko szczególnie niepokojące ze względu na zmniejszoną odporność młodego organizmu i kształtującej się osobowości na szkodliwe i degradujące działanie alkoholu. Polski wzorzec picia polega na spożywaniu jednorazowo dużej ilości stężonych alkoholi z tendencją do szybkiego upojenia się. Można rzec, że statystycznemu Polakowi alkohol towarzyszy od urodzenia do śmierci.

Ludzie uzależnieni od alkoholu wpływają dezorganizująco i patogennie na członków swoich rodzin i funkcjonowanie życia rodzinnego.

Alkoholizm w świetle literatury tematu

Według definicji encyklopedycznej alkoholizm to nałogowe używanie alkoholu, ograniczając sprawność fizyczną i umysłową staje się przyczyną większości

nieszczęśliwych wypadków. Przewlekły prowadzi do chorób psychicznych, ciężkich schorzeń wątroby, nerek, żołądka, serca itd. Zwiększa przestępczość, sprzyja szerzeniu się chorób wenerycznych i wpływa ujemnie na potomstwo – poważne zagadnienie społeczne[1].

Według literatury przedmiotu alkoholizm jest różnie definiowany. Istnieje w tej dziedzinie znaczny chaos terminologiczny, w którym pojęcia pijaństwo, alkoholizm i nałóg stosowane są zamiennie, często wyróżnione w oparciu o różne kryteria. Taki stan rzeczy znalazł wyraz w stwierdzeniu, że rozróżnienia między nadużywaniem alkoholu a alkoholizmem są właściwie mgliste i teoretyczne[2]. Tadeusz Kulisiewicz konstatuje, że tyle jest sposobów rozumienia alkoholizmu i pijaństwa, ilu jest badaczy zajmujących się tym problemem[3]. Te teoretyczne spory o to, jaki model konsumpcji alkoholu uznać za używanie czy nadużywanie alkoholu, a jaki za uzależnienie od niego, tracą jak by się mogło zdawać na znaczeniu wobec pesymistycznego stwierdzenia U.E. Johnsona, że „nie ma bezpiecznej granicy". Inni autorzy twierdzą natomiast, że jest to choroba powstająca wskutek nadużywania napojów alkoholowych; w znaczeniu szerszym jest to całokształt ujemnych następstw wynikających z nadużywania alkoholu dla jednostki i społeczeństwa[4].

Alkoholizm nie jest czymś nowym, znany był od bardzo dawna i zawsze stanowił problem socjalny dla kolejnych pokoleń. Rozpijanie chłopów czy deputaty wódczane zamiast wynagrodzenia górników to tylko historyczne przykłady z przeszłości[5]. Alkoholizm jest także czynnikiem stanowiący o rozpadzie małżeństwa i rodziny. Znajduje on znaczące miejsce w hierarchii ważności faktycznych przyczyn rozwodów, rejestrowanych przez sądy w sprawach o rozwód. Nadużywanie alkoholu jest jedną z najistotniejszych przyczyn dysfunkcji czy nawet dezorganizacji rodziny. Atmosfera w rodzinach alkoholików wywiera negatywny wpływ na opiekę nad dziećmi i ich wychowanie, stwarzając poważne zagrożenie dla rozwoju ich uczuć moralnych. Alkoholizm dotyka szczególnie kobiety – żony pijących mężczyzn i to dlatego na nie zazwyczaj spada ciężar odpowiedzialności za rozwój i wychowanie dzieci[6]. Uważany jest przez znawców przedmiotu za jeden z przejawów patologii społecznej, należy więc do kręgu zjawisk rodzących cierpienie społeczne. Do najważniejszych zjawisk negatywnych skutków alkoholizmu zalicza się[7]: zagrożenie ekonomiczne, zagrożenia społeczne i kulturowe, zagrożenie biologiczne.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi[8] definiuje napój alkoholowy jako produkt przeznaczony do spożycia zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu (art. 46.1).

---

1 *Encyklopedia Powszechna PWN*, Warszawa 1985, s. 25-26.
2 L. Hryniewicz, *Człowiek – alkohol – alkoholizm,* Warszawa 1972, s. 27.
3 T. Kulisiewicz, *Uzależnienia alkoholowe,* Warszawa 1982, s. 21.
4 J. Auleytner, K. Głabicka, *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością,* Warszawa 2000, s. 362.
5 J. Mellibruda, *Ludzie z problemami alkoholowymi,* Warszawa 1996, s. 3.
6 S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, *Pedagogika rodziny*, Toruń 2005, s. 157.
7 K. Komorowska, *Biologiczne podstawy rozwoju i wychowania,* Olsztyn 1995, s. 47
8 Dz. U. 1982, nr 35, poz. 230.

Kilka wersetów Pisma Świętego ostrzega, by ludzie trzymali się z dala od alkoholu - chrześcijanie są powołani do trzeźwości[9]. Pismo Święte potępia pijaństwo i to, co z niego wynika[10], zaś chrześcijanie są też powołani do tego, by nie pozwolić, aby ich ciało ulegało jakiemukolwiek nałogowi[11]. Pismo Święte zakazuje też chrześcijanom działania prowadzącego do najmniejszego nawet zgorszenia innych wierzących lub do ich zagłuszającemu sumienie upadku[12].

Alkoholizm – zwięzłe ujęcie historyczne

Dla określenia zjawiska nadużywania alkoholu posługiwano się pojęciami: pijaństwa, alkoholomanii, oinomanii (gr. oinos - wino), dypsomanii (gr. dipsa - pragnienie). Jak podaje B.T. Woronowicz, autorem pierwszej pracy poświęconej chorobotwórczym skutkom nadużywania alkoholu był angielski internista Thomas Trotter. W opublikowanym w 1804 roku dziele „O pijaństwie i jego skutkach w organizmie ludzkim" określił pijaństwo jako chorobę „wywołaną przez odległą przyczynę, powodującą takie czynności i ruchy w żywym organizmie, które zakłócają czynności zdrowotne"[13]. Terminy *alkoholizm* i *choroba alkoholowa* przyjęły się dopiero po opublikowaniu w 1849 roku przez szwedzkiego psychiatrę Magnusa Hussa pracy pt. „Alkoholizm przewlekły czyli przewlekła choroba alkoholowa"[14]. W 1901 roku Kurz i Kreapelin zaproponowali stosowanie terminu nałóg alkoholowy. Za kryterium wyróżniania ludzi dotkniętych tym nałogiem przyjęli oni brak dostatecznej siły do zaprzestania picia nawet wówczas, gdy narażało ich ono na poważne straty materialne, społeczne i cielesne[15].

Z kolei w 1960 amerykański lekarz czeskiego pochodzenia Elvin Morton Jellinek opublikował pracę pt. Koncepcja alkoholizmu jako choroby. E.M. Jellinek pierwszy przedstawił, w jaki sposób dochodzi do powstawania i pogłębiania się uzależnienia od alkoholu, podzielił proces powstawania choroby na fazy[16]. Autor podkreślał, iż zatrzymanie choroby jest możliwe na każdym etapie i w każdej fazie. Od czasu dzieła Jellinka pojawiły się inne typologie alkoholizmu. W 1983 George Villant opublikował książkę pod tytułem „Naturalna historia alkoholizmu"[17], w której zaprezentował rezultaty kilku badań potwierdzających i pogłębiających pojęcie alkoholizmu jako choroby. Podsumowując swoje badania autor stwierdził, że alkoholizm ma charakter postępujący, jego objawy występują jednak w innej kolejności niż przedstawił to Jellinek. Natomiast Ernst w 1993 roku oddzielił alkoholizm przewlekły od nałogu alkoholowego. Za nałogowców uznał tych „...którzy nie mogą zaprzestać picia...", za alkoholików natomiast tych „...którzy cierpią wskutek uszkodzenia przez przewlekłe spożywanie alkoholu, picie alkoholu, gdyż każde picie w określonych sytuacjach życiowych może stać się początkiem drogi alkoholowej".

---

9 List św. Pawła do Efezjan (werset 5:18).
10 Księga Przysłów (wersety 23:29-35).
11 Pierwszy List św. Pawła do Koryntian (wersety 6:12) i Drugi List św. Pawła (wersety 2:19).
12 Pierwszy List św. Pawła do Koryntian (wersety 8:9-13).
13 B. Woronowicz, *Alkoholowe vademecum dla każdego,* Zakroczym 1993, s. 51.
14 I. Wald, *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne,* Warszawa 1986, s. 186.
15 *Encyklopedia* ..., dz. cyt., s. 95.
16 J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996, s. 63.
17 G. Vaillant, *The natural history of alcoholism,* London 1983.

Uwarunkowania alkoholizmu

Wśród badaczy istnieje zgodność, że etiologii alkoholizmu jako zjawiska społecznego, psychologicznego i klinicznego należy poszukiwać co najmniej w trzech czynnikach: socjologicznym, biologicznym i psychologicznym.

Jak wynika z literatury przedmiotu alkoholizmu z socjologiczno-psychologicznego punktu widzenia traktować należy jako manifestację niedostosowania społecznego i jako zaburzenia osobowości. Alkoholików cechuje zdaniem Cz. Cekiery niedojrzałość emocjonalna, która skłania do sięgania po alkohol w chwilach stresu, konfliktów, napięć emocjonalnych. U podstaw alkoholizmu doszukuje się on nierozwiązanych problemów osobowości w zakresie systemu wartości, procesów motywacyjnych i decyzyjnych. B. T. Woronowicz podaje listę cech spotykanych często u alkoholików. Są to: niedojrzałość emocjonalna, nadmierna zależność, mała odporność na frustracje, trudności w wyrażaniu uczuć, wysoki poziom lęku w relacjach interpersonalnych, poczucie izolacji, niska samoocena lub poczucie wielkości. M.B. Pecyna zwraca natomiast uwagę na degradację osobowości spowodowaną przewlekłym alkoholizmem. Polega ona m.in. na prymitywizowaniu uczuć moralnych alkoholika, zanikaniu hamulców etycznych, ordynarności w zachowaniu antysocjalnym[18].

Ciekawą analizę powstawania i rozwoju alkoholizmu wg typologii Clomingera i w oparciu o analizę transakcyjną przedstawiają K. Gąsior, M. Kaleta–Kupiecka, A. Kupiecki. Nie wdają się głębiej w wyjaśnienie typologii alkoholizmu wyróżnionej przez Clomingera, ani założeń analizy transakcyjnej, lecz przytaczają wniosek mówiący, że „alkohol przede wszystkim zmienia nastrój, ma więc wpływ na emocje, uczucia, poglądy, a to już jest sfera działania systemu.

Źródłem problemów może stać się każde nadużywanie alkoholu, które to sformułowanie oznacza nie tylko nadmierne picie, ale także picie w niewłaściwych okolicznościach. Najbardziej narażone na alkoholizm są[19]: środowiska młodzieży szkolnej, dzieci z rodzin patologicznych, ludzie o niskim statusie społecznym, bez wykształcenia, o niskich dochodach, ludzie z małych miejscowości, oddalonych od wielkich aglomeracji, z małymi szansami na zdobycie pracy, mieszkańcy internatów, hoteli robotniczych, żołnierze.

Objawy uzależnienia od alkoholu są następujące[20]: dominująca chęć do picia (głód alkoholowy), utrata kontroli nad piciem, inna niż dawniej reakcja na alkohol, regularne picie („klinowanie"), picie ciągiem - kiedy przez kilka dni lub tygodni pijący właściwie nie trzeźwieje, utrata pamięci („urwany film"), próby podejmowania abstynencji.

Natomiast fazy rozwoju uzależnienia od alkoholu są następujące[21]: rozpoznawanie, nadużywanie, dominacja używki, picie problemowe, kryzys.

---

[18] M. Pecyna, *Problematyka alkoholizmu w aspekcie psychologicznym,* „Problemy alkoholizmu", 1994 nr 7, s.18.

[19] J. Auleytner, K. Głabicka, *Polityka* ...dz. cyt., ss. 363-364.

[20] A. Dodziuk, *Trudna nadzieja,* Warszawa 1996, s. 14.

[21] A. Dodziuk, W. Kamecki, *Wyjść z matni,* Warszawa 1994, s. 28.

Społeczne skutki nadużywania alkoholu

Sprowadzają się do następujących stwierdzeń, szeroko opisanych w literaturze tematu[22]:

- używanie alkoholu powoduje spadek wydajności pracy oraz wzrost kosztów w sferze opieki zdrowotnej, opieki społecznej, transporcie i wymiarze sprawiedliwości;
- używanie alkoholu w istotny sposób obciąża system opieki zdrowotnej. Ocenia się, że 6% zgonów wśród ludzi poniżej 75 roku życia i 20% wszystkich nagłych przyjęć do szpitali ma związek z używaniem alkoholu;
- alkohol ma związek z wieloma wypadkami łamania prawa, przestępczości, samobójstwami i aktami przemocy (w tym w rodzinie);
- picie alkoholu jest jedną z przyczyn spadku wydajności pracy, powoduje absencję, wypadki i obniżenie jakości pracy;
- alkoholizm zajmuje 2 miejsce pod względem ważności czynników, które przemawiają za rozwodem[23] – nadużywanie alkoholu ze wskaźnikiem 90% w stosunku do ogółu kobiet i 79% w stosunku do ogółu mężczyzn;
- nadużywanie alkoholu wpływa ujemnie na role, jakie pełni człowiek w społeczeństwie i rodzinie. Ocenia się, że ponad 1 milion dzieci wychowuje się w rodzinie, gdzie pije co najmniej jeden z rodziców, a 400 tys. wychowuje się w rodzinach nałogowych alkoholików.

Regulacje prawne

Pisząc o regulacjach prawnych kwestii alkoholizmu warto wspomnieć międzynarodowy dokument pod nazwą *Europejska Deklaracja w Sprawie Alkoholu,* zaakceptowany przez delegacje rządowe krajów europejskich w czasie konferencji w Paryżu w grudniu 1995r. Rozpoczęła ona drugą fazę realizacji *Europejskiego Planu Działań Dotyczących Alkoholu (European Alcohol Action Plan* - EAAP). Jest to przedsięwzięcie uruchomione w latach 1993/94 z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia pod patronatem Rady Europy. Chodzi głównie o rolę społeczności lokalnych w profilaktyce szkód zdrowotnych oraz problemów społeczno-ekonomicznych związanych z piciem[24].

Cele sformułowane przez WHO dla Regionu Europejskiego zostały ujęte w haśle *Zdrowie dla wszystkich.* Jednym ze strategicznych celów jest wzmocnienie działań lokalnych w profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych. Strategia ta znajduje oparcie w założeniach Ottawskiej Karty Promocji Zdrowia w której podkreśla się rolę polityki zdrowotnej w integracji działań realizowanych w różnych sferach lokalnego życia społecznego. W Polsce obowiązuje (od 1982r.) Ustawa o wychowaniu w trzeźwości przeciwdziałaniu alkoholizmowi[25].

[22] J. Auleytner, K. Głąbicka, *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków.* Warszawa 2001, s. 121.

[23] S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, *Pedagogika* ...dz. cyt., s. 157.

[24] J. Auleytner, K. Głabicka, *Polityka* ...dz. cyt, s. 367.

[25] Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230 - Stanowi ona, że organy władzy i administracji państwowej są obowiązane do podejmowania działań zmierzający do, ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów,

Wśród podmiotów państwowych odpowiedzialnych za kwestię alkoholizmu najważniejszym jest Minister Zdrowia, któremu podlega powołana w 1993 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Powierzono jej obsługę Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (NPPiRPA) oraz środków podziału na jego realizacją[26]. NPPiRPA posiada środki z budżetu resortu zdrowia przeznaczone, m.in. na finansowanie zadań zlecanych innym podmiotom oraz dotacje przedmiotowe dla jednostek niepaństwowych, realizujących zadania państwowe.

Na szczeblu regionalnym wojewoda odpowiada za koordynację przygotowania i realizację programu Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte programem. W tym celu wojewoda może powołać pełnomocnika.

Środki finansowe na prowadzenie działań na rzecz walki z alkoholizmem ujmuje się w budżecie wojewody. Wojewoda jest zobowiązany uchwalania i realizacji wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i zabezpieczenia w swoich budżetach środków na ich realizację.

W ponad 520 polskich gminach utworzono stanowisko pełnomocnika zarządu gminy ds. rozwiązywania problemów alkoholowych. W ramach gminnego programu podejmuje się więcej skutecznych działań, a realizacja ich osiąga wyższy poziom. Wynika to z faktu, że pełnomocnik dba o utworzenie lokalnej koalicji trzeźwości, gromadzi wokół siebie kompetentnych współpracowników, analizuje lokalną sytuację związaną ze spożywaniem alkoholu przez ludność lokalną.

Charakterystyka problemu

W Polsce w roku 2010 nie zaobserwowano w porównaniu z badaniami sprzed 3 lat rewolucyjnych zmian w zakresie sposobów czy też motywów picia alkoholu. Polacy wcale nie zmienili wzoru picia: nie piją codziennie, rzadko bez okazji, piją najczęściej w domach. Preferowanym miejscem spożywania alkoholu jest mieszkanie prywatne, gdzie pije go 61% osób pijących piwo, 70% osób pijących wódkę i 80% pijących wino. Nie zmienia się znacząco odsetek pijących alkohol w lokalach gastronomicznych (12% piwo, 13% wino i 14% wódkę). Na wolnym powietrzu pije alkohol nieznacznie mniej osób niż w 2005 roku (6% wino, 15% wódkę i 28% piwo)[27].

Co prawda najczęstszym wzorem spożywania alkoholu jest picie wszystkich rodzajów napojów alkoholowych: wina, piwa i wódki (34%), ale picie jednego rodzaju trunku wcale nie jest obecnie rzadsze, a nawet jest częstsze niż w poprzednich badaniach (tylko wódkę spożywało w 2005r. 3% konsumentów zaś w 2008 8,5%, picie wyłącznie piwa wzrosło z 6% do 10%). Zatem w porównaniu z 2005 rokiem ponad dwukrotnie wzrósł odsetek osób pijących wyłącznie napoje spirytusowe i blisko dwukrotnie powiększył się odsetek konsumentów alkoholu pijących tylko piwo[28].

działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwaniu następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy (art. 11).

[26] http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=1&id=2&Itemid=5

[27] www.parpa.pl - Jak piją Polacy – komentarz do badań PARPA z 2006 roku , s. 2

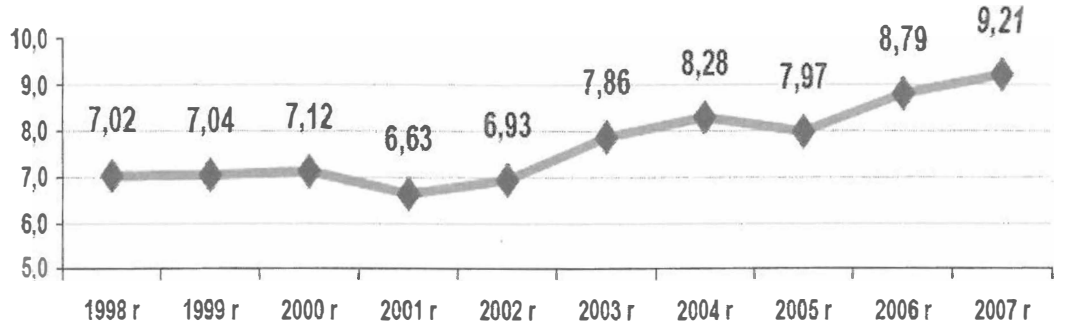
[28] Tamże, s. 2.

Jednocześnie i zdecydowanie maleje odsetek osób pijących wszystkie rodzaje napojów alkoholowych (z 51% w 2005 do 34% w 2008). Drugim co do popularności wzorem jest picie wódki i piwa (18%), trzecim zaś - wina i piwa (14%).

Zmianie natomiast uległy proporcje wielkości grup konsumentów poszczególnych rodzajów alkoholu. Obecnie 69% konsumentów alkoholu deklaruje picie wódki (73% w 2005 roku), prawie 64% konsumentów pije wino (80% w 2005 roku), a 75%-piwo (78% w 2005 roku). O blisko 1/3 powiększyła się grupa konsumentów bimbru (5%) oraz wina domowej produkcji (12%). Udział napojów spirytusowych w spożywanym alkoholu wynosi 32% (47% w 2005 roku), wina około 9% (tyle samo w 2005 roku), a piwa ok. 59% (44% w 2005 roku). Wynik ten jest zbliżony do informacji na temat struktury spożycia publikowanej przez GUS. W badaniach nie poddawano analizie w jaki sposób spożywamy wódkę, więc informacja o tym, że pijemy ją głównie w drinkach jest nieprawdziwa. Przy analizie różnic w poziomie i strukturze spożywania napojów alkoholowych należy pamiętać o tym, że prezentowane wyniki badania wykonanego w 2008 są efektem zastosowania metody „częstotliwość-ilość", a nie metody „ostatniej okazji", jak w 2005 roku[29].

Gdyby uzyskane dane policzyć metodą „ostatniej okazji" struktura spożycia napojów alkoholowych w grupie konsumentów wyglądałaby obecnie bardzo podobnie, jak w 2005 roku. Metoda ostatniej okazji zawyża bowiem udział napojów spirytusowych, a zaniża udział piwa. Z badań wynika, że 9% konsumentów napojów alkoholowych spożywa aż 43% całego wypijanego alkoholu. Wypijają oni rocznie powyżej 12 l czystego alkoholu etylowego na jedną osobę. W Polsce koncentracja picia zawsze była duża. Gdyby odnieść się do badań wykonanych w 2005, to nie widać znaczącej zmiany: w 2005 roku -25% konsumentów (osób spożywających powyżej 6l czystego alkoholu) wypijało 75% konsumowanego alkoholu, a teraz 21% konsumentów (osób spożywających powyżej 6l czystego) alkoholu wypija go 68%[30].

W Polsce spożycie 100% alkoholu na jednego mieszkańca wzrosło w ostatnich 10 latach o 2,2 litra z 7,02l w 1998 roku do 9,21l w 2007 roku[31].



Wykres nr 1. Spożycie 100% alkoholu w litrach w latach 1998 – 2007 w przeliczeniu na jednego mieszkańca

Źródło: Jak piją Polacy – komentarz do badań PARPA z 2007 roku , s. 3.

[29] Tamże, s. 3.

[30] Tamże. s. 4.

[31] Dane na podstawie roczników statystycznych GUS za lata 1999-2008

Skala ogólnopolska

Istnieją istotne powiązania między używaniem i nadużywaniem alkoholu a ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Jednak powiązania te są złożone i różnią się stopniem bezpośredniości wpływu picia alkoholu na ubóstwo i wykluczenie oraz zasięgu tego wpływu.

Na szczególne podkreślenie zasługują następujące zjawiska i procesy występujące w różnych populacjach[32]:

- Uzależnienie od alkoholu jako zespół objawów klinicznych (choroba) obejmuje populację 600-800 tysięcy osób w Polsce. Powoduje ono różnorodne szkody:

  - Osoby uzależnione a praca i sytuacja społeczno-ekonomiczna:

  Osoby uzależnione na skutek postępującej degradacji psychofizycznej tracą zdolność do efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych i zawodowych, tracą posiadane miejsca pracy i mają ograniczone zdolności do skutecznego poszukiwania zatrudnienia.

  - Osoby uzależnione a rodzina:

  Zachowanie osób uzależnionych często nacechowane przemocą, agresją, zaniedbywaniem podstawowych obowiązków rodzinnych przyczynia się do destrukcji życia ich rodzin.

  Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) i inne problemy zdrowotne:

  Nadużywanie alkoholu przez uzależnione kobiety ciężarne często powoduje organiczne uszkodzenie dzieci w okresie prenatalnym, którego skutkiem jest upośledzenie umysłowe i opóźnienia rozwojowe o różnym stopniu ciężkości.

- Osoby nadużywające alkoholu bez klinicznych objawów uzależnienia tworzą w Polsce populację między 2-3 mln osób.

  - Nadużywanie alkoholu a praca:

  Nadużywanie alkoholu jest częstym źródłem obniżenia zdolności do sprawnego wykonywania pracy zawodowej, zwiększa ryzyko utraty pracy i obniża zdolność do skutecznego poszukiwania zatrudnienia.

  - Nadużywanie alkoholu a rodzina:

  Nadużywanie alkoholu prowadzące do zaburzeń zachowania może również powodować istotne i okresowe zaburzenia życia rodzinnego, podobnie jak w rodzinach osób uzależnionych (pauperyzacja, przemoc).

  Alkoholowy Zespół Płodowy FAS i inne problemy zdrowotne:

  Należy również zwrócić uwagę na trudne do zdiagnozowania zjawisko picia alkoholu w okresie ciąży przez kobiety, które nie są uzależnione, ale nie posiadają wiedzy o szkodliwości tego zjawiska albo ją lekceważą.

- Dorośli członkowie rodzin alkoholowych, tzn.: takich, gdzie nadużywanie alkoholu zaburza życie rodzinne stanowią w Polsce populację liczącą 1,5 - 2 mln osób.

  Sytuacja ekonomiczna dorosłych członków rodzin alkoholowych:

  Małżonkowie i najbliżsi osób uzależnionych często doświadczają niedostatku

[32] www.parpa.pl - Przeciwdziałanie marginalizacji społecznej w kontekście rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce - wstęp

materialnego z powodu utraty zdolności do pracy lub niskich wynagrodzeń czy dużych wydatków na alkohol.

Sytuacja psychospołeczna dorosłych członków rodzin alkoholowych:

Życie w chronicznym stresie i zagrożeniu przemocą w przypadku np.: żon alkoholików często prowadzi do znacznego obniżenia ich sprawności psychofizycznej i do zaburzeń emocjonalnych.

- Dzieci i młodzież żyjące w rodzinach alkoholowych to w Polsce populacja licząca 1,5-2 mln osób.

Sytuacja ekonomiczno-społeczna dzieci w rodzinach alkoholowych:

Dzieci w rodzinach alkoholowych często doświadczają nie tylko ubóstwa, ale również istotnych zaburzeń emocjonalnych i zakłóceń rozwoju psychofizycznego.

Sytuacja psychospołeczna dzieci w rodzinach alkoholowych:

W części przypadków życie w chronicznym stresie, zagrożeniu i przemocy prowadzi do zaburzeń zachowania i związanych z nim naruszeń prawa i porządku publicznego, które sprzyjają procesowi wykluczenia społecznego.

Ryzyko uzależnień:

Należy również podkreślić, że przy braku wsparcia i pomocy socjoterapeutycznej dzieci alkoholików tworzą grupę najwyższego ryzyka uzależnienia od alkoholu i narkotyków i wiele z nich zostaje alkoholikami.

- Upijające się nastolatki tworzą populację obejmującą ok. 20% młodzieży w przedziale wiekowym 15-18 rż.

Nadużywanie alkoholu w okresie dojrzewania destrukcyjnie wpływa na karierę edukacyjną i zwiększa ryzyko poważnego obniżenia zdolności funkcjonowania na rynku pracy.

Tab. 1. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe) na rok 2010

Środowiska	% udział	W Polsce 38,6 mln	W mieście 100 tys. mieszk.	W mieście 25 tys. mieszk.	W gminie 10 tys. mieszk.
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	ok. 800 tys.	ok. 2.000 osób	ok. 500 osób	ok. 200 osób
Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4.000 osób	ok. 1.000 osób	ok. 400 osób
Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4.000 osób	ok. 1.000 osób	ok. 400 osób
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	2 mln	5.000-7.000 osób	1.250-1.750 osób	ok. 500-700 osób
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	Razem ok 2 mln osób dorosłych i dzieci	ok. 5.300 osób dorosłych i dzieci	Około 1.330 Osób dorosłych i dzieci	Około 530 osób dorosłych i dzieci

Źródło: http://www.parpa.pl/index.php?Option=com_content&task=view&id=155&Itemid=144

Skala regionalna

Liczba osób uzależnionych od alkoholu w podziale na województwa wzrastała z roku na rok począwszy od roku 2001 (17811 osób) do roku 2008 (35434 osoby). Na przestrzeni 8 lat liczba osób uzależnionych od alkoholu wobec których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wystąpiła z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego wzrosła 2-krotnie. Dopiero w roku 2009 i 2010 liczba tych osób nieznacznie spadła. Najwięcej osób uzależnionych od alkoholu występowało w każdym roku w województwie śląskim oraz mazowieckim. Najwięcej wystąpiło również w tych dwóch województwach osób uzależnionych od alkoholu zarejestrowanych w poradniach odwykowych – w województwie śląskim w roku 2010 (22024 osób), zaś w mazowieckim (33698 osób). Z kolei najmniejsza liczba osób uzależnionych od alkoholu wystąpiła w województwach lubuskim i opolskim. W województwie lubuskim liczba osób uzależnionych (oprócz roku 2008) nie przekroczyła 1000 osób rocznie. Podobnie sytuacja kształtowała się w województwie opolskim, gdzie na przestrzeni 10 lat tj. lata 2001-2010 liczba osób uzależnionych od alkoholu nie przekroczyła 1000 osób (tab.2).

Tab. 2. Liczba osób uzależnionych od alkoholu, wobec których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wystąpiła z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego w latach 2001-2010

L.p.	Województwo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1.	Dolnośląskie	1503	1652	1909	2 122	2 062	2 457	3004	2 965	2 770	2 369
2.	Kujawsko Pomorskie	526	1077	1027	1 598	1 490	1 767	1502	1 590	1 370	1 292
3.	Lubelskie	928	1741	1703	2 018	2 177	2 515	2045	2 180	2 235	1 869
4.	Lubuskie	b.d.	513	653	891	813	1 010	950	1 264	931	770
5.	Łódzkie	1604	1962	1876	1 903	2 288	2 321	3170	2 527	2 285	1 556
6.	Małopolskie	960	1404	1553	1 697	2 306	2 291	2758	2 929	3 741	2 432
7.	Mazowieckie	2609	2250	1972	2 237	2 537	2 969	3192	3 511	3 144	2 828
8.	Opolskie	530	674	638	808	707	845	847	820	899	856
9.	Podkarpackie	992	1050	1404	1 582	1 436	1 540	1592	1 706	1 384	1 387
10.	Podlaskie	572	745	857	706	1 000	1 194	1289	1 295	992	946
11.	Pomorskie	831	706	1618	1 557	2 025	2 254	2604	2 192	2 832	2 112
12.	Śląskie	1984	2575	2899	2 930	2 859	3 828	4125	4 330	4 077	3 671
13.	Świętokrzyskie	1205	1364	1426	1 811	1 948	1 966	2218	2 398	2 440	1 659
14..	Warmińsko–Mazurskie	1 092	1129	1389	1 292	1 592	1 697	2133	1 971	1 974	1 562
15.	Wielkopolskie	1 309	1332	1501	1 482	1 414	1 706	1761	1 706	1 597	1 460
16.	Zachodniopomorskie	1 166	2115	1394	1 618	1 757	2 030	2098	2 050	1 882	1 592
	RAZEM	17 811	27 789	23 819	26 252	28 411	32 390	35 288	35 434	34 553	28 361

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień statystycznych dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych za lata 2001-2010

Skala lokalna

Jedną z poważniejszych kwestii społecznych, będących powodem problemów osobistych i rodzinnych są w Radomiu uzależnienia: od narkotyków, leków, nikotyny i alkoholu. Niestety nie są na terenie miasta zdiagnozowane, mimo że stanowią ważki problem, w szczególności jeśli chodzi o narkotyki i alkohol po które sięga coraz więcej młodych ludzi. Dlatego też należy ten problem w najbliższym czasie zdiagnozować oraz podejmować działania prewencyjne w celu zapobiegania narastaniu tego zjawiska[33].

Negatywny wpływ na zdrowie oraz koszty ponoszone w związku z koniecznością udzielania pomocy osobom nietrzeźwym odzwierciedlają dane Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, które w ramach działalności wyjazdowej udzieliła pomocy lekarskiej 4,734 pacjentom będącym pod wpływem alkoholu (13,55% ogółu wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego). Stwierdzono 3 przypadki zatruć alkoholowych ze skutkiem śmiertelnym. Udzielanie pomocy przez RSPR osobom będącym pod wpływem alkoholu w roku 2010 to nakłady w wysokości – 2 413 156,50 zł[34].

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w roku 2010 rozpatrzyła 2.326 spraw, z czego 940 osób podjęło dobrowolne leczenie odwykowe, zaś w stosunku do 272 osób skierowane zostały wnioski do sądu o nałożenie obowiązku leczenia. Ponadto wnioski do sądu w 53 przypadkach dotyczyły przemocy domowej i w 26 o wszczęcie postępowania opiekuńczego. W związku z przemocą domową skierowano również do prokuratury 27 wniosków[35].

Środki finansowe przeznaczone dla osób z problemem alkoholowym w roku 2010 wyniosły 340.000 zł, w tym[36]:

- 260.000 zł – programy terapeutyczne dla osób uzależnionych i współuzależnionych;
- 25.000 zł – punkt informacyjno – konsultacyjny dla uzależnionych i współuzależnionych;
- 45.000 zł – kluby abstynencie;
- 10.000 zł – programy terapeutyczne DDA.

Ponadto pomimo corocznie zmniejszającej się liczby środowisk korzystających z pomocy społecznej, ciągle wzrasta liczba środowisk zagrożonych alkoholizmem – w roku 2001 wynosiła 4,5%, zaś w roku 2010 6% (tab.3).

Należy przy tym zaznaczyć, że fakt, iż alkoholizm został uznany za główny problem jedynie w około 6% środowisk nie odzwierciedla faktycznej sytuacji. Jak wynika z obserwacji problem ten dotyczy znacznie większej liczby środowisk, które jednak nie utożsamiają się z nim i dlatego trudno go zdiagnozować.

33 Strategia rozwiązywania problemów społecznych miasta Radomia na lata 2011-2015, s. 26.
34 Tamże, s. 26.
35 Tamże, s. 27.
36 Tamże, ss. 27-28.

Tab. 3. Liczba środowisk zagrożonych ubóstwem w Radomiu w latach 2001-2010

Liczba środowisk / Rok	Łączna liczba środowisk korzystających z pomocy społecznej	Liczba środowisk zagrożonych alkoholizmem	Procentowy stosunek ogólnej liczby środowisk do liczby środowisk zagrożonych kwestią alkoholizmu
2010	9.209	555	6%
2009	9.225	524	5,6%
2008	9.407	543	5,8%
2007	10.809	612	5,7%
2006	11.915	528	4,4%
2005	11.293	448	4%
2004	10.753	834	7,8%
2003	12.526	541	4,3%
2002	12.004	544	4,5%
2001	12.386	564	4,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radomiu za lata 2001-2010

Skuteczność polityki alkoholowej – analiza własna (1999-2008)

Spożycie alkoholu

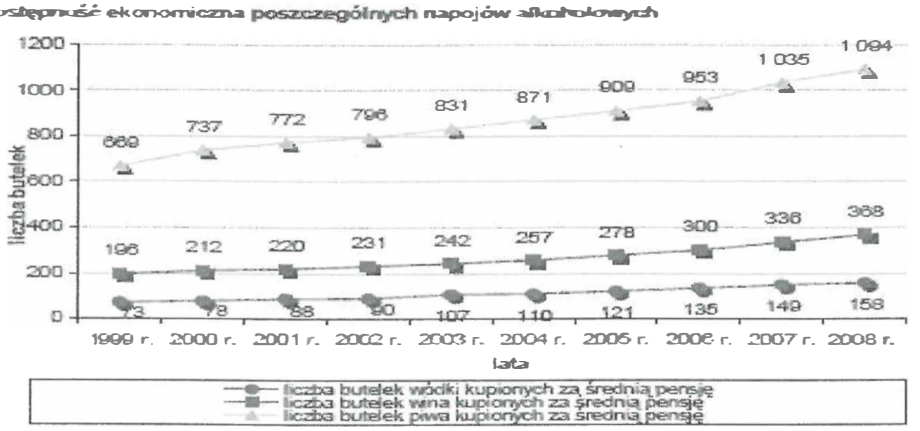
W roku 2008 nastąpił dalszy wzrost poziomu spożycia napojów alkoholowych (na podstawie danych GUS). Spożycie 100% alkoholu na jednego mieszkańca wzrosło w Polsce w ciągu ostatniego roku o 0,37 l – z 9,21 l w 2007 roku do 9,58 l w 2008 roku.

W latach 1999 – 2000 wielkość spożycia utrzymywała się na podobnym poziomie, nieznacznie powyżej 7 l 100% alkoholu na jednego mieszkańca. Lata 2001 i 2002 to spadek spożycia do poziomu 6,63 i 6,93 l. Jednak od roku 2003 notuje się stały, poważny wzrost ilości wypijanego alkoholu, aż do 9,58 l w 2008 roku. Po odliczeniu osób mających mniej niż 15 lat daje to 11,08 litra czystego, 100% alkoholu na jednego mieszkańca[37].

Polityka cenowa

Wzrost spożycia alkoholu w 2008 roku w stosunku do roku poprzedniego jest zatem potwierdzeniem kilkuletniej tendencji. Zmianę trendu można powiązać z decyzją o obniżeniu podatku akcyzowego oraz wzrostem dostępności ekonomicznej poszczególnych rodzajów alkoholu, co ilustruje wykres nr 2. W 1999 roku za średnią pensję można było kupić 669 butelek piwa, w 2008 roku już 1094 butelki. W przypadku wódki średnia pensja w 1999 roku przeliczała się na 73 butelki, a w 2008 roku – na 158. W przypadku wina: w 2008 roku można było kupić za średnią pensję 368 butelek w porównaniu do 196 w 1999 roku.

[37] Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009, s. 119.



Wykres 2. Dostępność ekonomiczna poszczególnych napojów alkoholowych w latach 1999-2008

Źródło: Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009, s. 120.

Jedną z istotnych przyczyn zarówno wzrostu jak i zmiany struktury spożycia jest zapewne liberalna polityka cenowa. W 2008 roku udział mocnych alkoholi w strukturze spożycia wynosił 35,5% (w 2003 roku 30,5%), udział piwa 54,22% (w 2003 roku 52,20%), a udział wina 10,28% (wobec 17,30% w 2003 roku)[38].

Koncentracja spożycia

Obecna struktura spożycia napojów alkoholowych jest – ze względu na zwiększający się udział napojów wysokoprocentowych - zdecydowanie niekorzystna. Dotyczy to zwłaszcza osób, które m.in. ze względu na zwiększoną dostępność ekonomiczną sięgają po alkohol zdecydowanie częściej. Badanie pt. „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce" wykonane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznych w Warszawie w 2008 r. na zlecenie PARPA wykazały, że grupa osób najwięcej pijących (powyżej 12 l 100% alkoholu rocznie), stanowiąca nieco ponad 7% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 46,1% całego wypijanego alkoholu. Dla porównania: grupa osób mało pijących (do 1,2 l 100% alkoholu rocznie), stanowiąca blisko 47% konsumentów alkoholu, wypija niecałe 5% całości spożywanego alkoholu. Tak duża koncentracja spożycia rodzi poważne zagrożenia zdrowotne i problemy społeczne[39].

Przywołane powyżej badania przeprowadzone przez PARPA pokazują, że[40]:

- w grupie kobiet największe spożycie alkoholu występuje częściej wśród pań, które mają 18-29 lat, są pannami, mają wykształcenie wyższe, mieszkają w miastach o wielkości 50-500 tys. mieszkańców, uczą się, zajmują stanowiska samodzielne, nie deklarują się jako wierzące i praktykujące, lepiej oceniają swoją sytuację materialną.

- w grupie mężczyzn największe spożycie alkoholu występuje wśród panów mających 30-39 lat, wykształcenie zasadnicze zawodowe, zajmujących stanowiska szeregowe, będących robotnikami niewykwalifikowanymi, mieszkających w miastach

[38] Dane na podstawie roczników statystycznych GUS za lata 1999-2008

[39] Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009, s. 121.

[40] Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce, PARPA 2008, s. 7-8

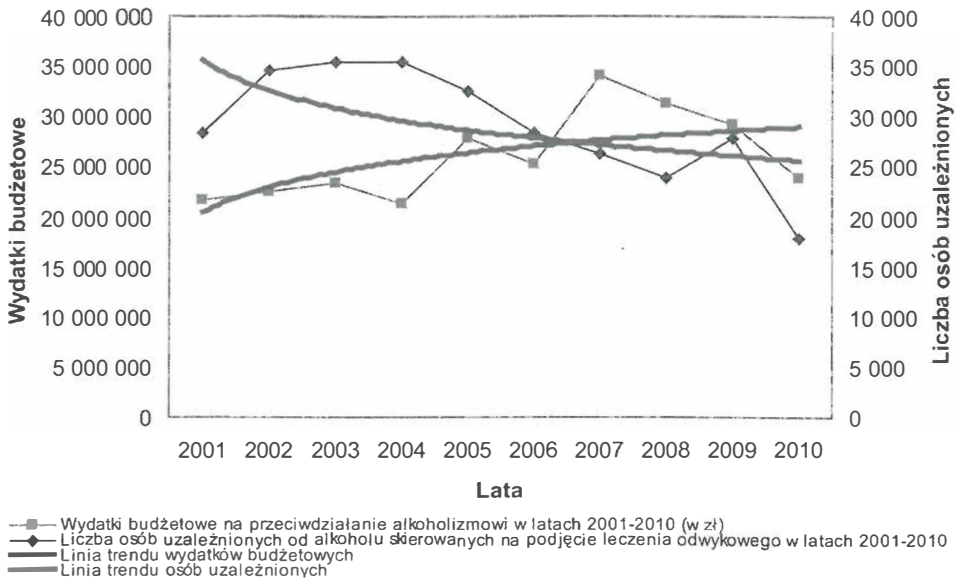
o wielkości 50-500 tys. mieszkańców, wśród mężczyzn rozwiedzionych, nie deklarujących się jako wierzący i praktykujący, gorzej oceniających swoją sytuację materialną.

- blisko 16% Polaków i 2% Polek pije alkohol w sposób zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia bardzo poważnych szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych.

Rosnące spożycie skutkuje systematycznym wzrostem zgonów: z powodu zatruć alkoholem, chorób wątroby oraz zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu. Corocznie z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu, umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób, z czego połowa przypada na zgony spowodowane bezpośrednio piciem alkoholu. Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek z alkoholem[41].

Skuteczność nakładów budżetowych

Rosnące nakłady budżetowe na przeciwdziałanie alkoholizmowi od roku 2001 do roku 2007 nie miały przełożenia na zmianę sytuacji w liczbie osób uzależnionych od alkoholu (gdzie liczba osób uzależnionych od roku 2002 do roku 2007 spadła). W latach 2008-2010 nieznacznie zmniejszyła się liczba osób uzależnionych oraz spadły nakłady państwowe w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi.



Tab. 4. Liczba osób uzależnionych od alkoholu skierowanych do podjęcia leczenia odwykowego a nakłady państwowe poniesione na przeciwdziałanie alkoholizmowi

Źródło: opracowanie własne na podstawie zestawień wykonania dochodów gmin, miast na prawach powiatu i województw z tytułu wpływów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (par 048) i wydatków poniesionych w rozdziale 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi za lata 2001-2010 oraz zestawień statystycznych odnośnie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych za lata 2001-2010

[41] Alkohol w Europie Perspektywa zdrowia publicznego, Raport dla Komisji Europejskiej 2009, s. 4.

Trzecia od góry (wskaźnik wzrostu z 20 mln do 25 mln) ilustruje trend nakładów budżetowych na przeciwdziałanie alkoholizmowi – jest on rosnący. Czerwona linia ilustruje trend osób uzależnionych, który jest malejący. Stąd wynika, że rosnące nakłady budżetowe na przeciwdziałanie alkoholizmowi w badanym okresie czasowym nie przekładały się na wzrost lub spadek liczby osób uzależnionych od alkoholu.

Ponadto nastąpił wzrost wartości bezwzględnej kontraktów na lecznictwo odwykowe - w 2008 roku w porównaniu do roku poprzedniego daje się zauważyć ok. 30% wzrost wartości kontraktów. Zanotowano poprawę proporcji środków kierowanych do poradni (w puli wszystkich środków przeznaczanych na świadczenia odwykowe), co powinno skutkować wzmocnieniem ambulatoryjnego lecznictwa odwykowego, dotychczas najbardziej niedoinwestowanego. W 2008 roku lecznictwo odwykowe otrzymało 95% zakontraktowanych środków.

Dlatego też mimo lepszego finansowania czas oczekiwania na przyjęcie do całodobowych oddziałów terapii wynosi od kilku dni do kilkunastu tygodni (do kilku miesięcy dla osób sądownie zobowiązanych do leczenia). W placówkach ambulatoryjnych nie czeka się na świadczenia, w oddziałach dziennych najczęściej czas oczekiwania nie przekracza kilku dni, a w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych pacjenci przyjmowani są natychmiast. Analizując sytuację lecznictwa odwykowego w Polsce, można sformułować następujące wnioski:

- liczba pacjentów lecznictwa odwykowego systematycznie wzrasta;
- przybywa placówek lecznictwa odwykowego oraz zwiększa się bezwzględna wartość kontraktów zawieranych z NFZ na świadczenia zdrowotne w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu;
- dynamicznie rośnie liczba pacjentów posiadających orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu. Na koniec 2008 roku ponad 16 tys. zobowiązanych oczekiwało na leczenie w oddziałach całodobowych. Przy obecnej dynamice wzrostu liczby orzeczeń i jednocześnie przy mniej dynamicznym wzroście nakładów na lecznictwo odwykowe - wykonalność zobowiązań (i tak niska) będzie malała. Daje to powód do refleksji nad skutecznością i celowością procedury.

Podsumowanie

W skali ogólnopolskiej realizowana narodowa strategia rozwiązywania problemów alkoholowych oparta na wiodącej i podmiotowej roli samorządów lokalnych, współpracy instytucji pomocy profesjonalnej i organizacji pozarządowych oraz dobieraniu specyficznych metod do rozwiązywania konkretnych problemów oraz szkoleniu wybranych populacji w zakresie tych metod, obejmuje swoim zasięgiem także problemy związane z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Problemy te oprócz ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego oraz bezpieczeństwa i porządku publicznego wytyczają podstawowe cele Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych .

W skali regionalnej niezwykle ważne jest zaciśnienie współpracy pomiędzy gminami, a samorządem powiatu i gminami, a samorządem województwa, także

gminami, a organizacjami pozarządowymi i kościołami w zakresie możliwości rozwiązywania problemów alkoholowych na wielu płaszczyznach (m.in. wymiany informacji, organizacji wspólnych przedsięwzięć, lecznictwa odwykowego i jego rozwoju, badań naukowych, sondaży oraz szkoleń). Stworzenie platformy transferu wymiany doświadczeń i informacji może przyczynić się do jeszcze lepszego zdiagnozowania kwestii alkoholizmu na szczeblach wojewódzkich.

W skali lokalnej niezwykle ważne jest przeprowadzenie szczegółowych analiz, badań i wywiadów środowiskowych, które pokażą faktyczną skalę zjawiska, które nie zostało w pełni rozpoznane. Posiadanie dokładnych danych statystycznych dotyczących alkoholizmu pozwoli na bardziej skuteczne i efektywne gospodarowanie finansami publicznymi w kwestii przeciwdziałania alkoholizmowi w środowiskach nim zagrożonych.

Istnieje jednak wiele przykładów pokazujących, w jaki sposób skuteczna profesjonalna terapia uzależnienia wspomagana samopomocową działalnością klubów abstynenckich i grup AA przyczyniła się nie tylko do uratowania życia wielu ludziom, ale i wywołała pozytywne zmiany związane z przezwyciężaniem bezrobocia i nędzy tych osób i ich rodzin.

Za szczególnie ważny należy uznać fakt, że środki finansowe samorządów lokalnych przeznaczane na finansowanie świetlic socjoterapeutycznych, punktów konsultacyjnych, ośrodków przeciwdziałania przemocy w rodzinach itd. przyczyniły się do stworzenia wielu tysięcy miejsc pracy w społecznościach lokalnych o dużym stopniu bezrobocia.

Bibliografia:

Auleytner J., Głabicka K., *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Warszawa 2000.
Auleytner J., Głąbicka K., *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków*, Warszawa 2001.
Dodziuk A., Kamecki W.,*Wyjść z matni,* Warszawa 1994.
Dodziuk A., *Trudna nadzieja,* Warszawa 1996.
Hryniewicz L., *Człowiek – alkohol – alkoholizm*, Warszawa 1972.
Kawula S., Brągiel J., Janke A., *Pedagogika rodziny*, Toruń 2005.
Kinney J., Leaton G., *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996.
Komorowska K., *Biologiczne podstawy rozwoju i wychowania*, Olsztyn 1995.
Kulisiewicz T., *Uzależnienia alkoholowe*, Warszawa 1982.
Mellibruda J., *Ludzie z problemami alkoholowymi*, Warszawa 1996.
Pecyna M.B., *Problematyka alkoholizmu w aspekcie psychologicznym*, „Problemy alkoholizmu", 1994, nr 7.
Vaillant G.E., *The natural history of alcoholism*, London 1983.
Wald I., *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986.
Woronowicz B. T., *Alkoholowe vademecum dla każdego*, Zakroczym 1993.

Akty normatywne

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230)

Sprawozdania i analizy

Alkohol w Europie Perspektywa zdrowia publicznego, Raport dla Komisji Europejskiej 2009;
Jak piją Polacy – komentarz do badań PARPA z 2006 roku;
Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w samorządach gminnych za lata 2001-2010;
Sprawozdania Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radomiu za lata 2001-2010;
Sprawozdania z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi za lata 2001-2010;
Strategia rozwiązywania problemów społecznych miasta Radomia na lata 2011-2015;
Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce, PARPA 2008.

Inne źródła

Drugi List św. Pawła (wersety 2:19)
List św. Pawła do Efezjan (werset 5:18)
Pierwszy List św. Pawła do Koryntian (wersety 6:12)
Księga Przysłów (wersety 23:29-35)
www.parpa.pl

dr Arkadiusz Durasiewicz - ekonomista i polityk społeczny. Pracownik Politechniki Radomskiej im. Kazimierza Pułaskiego i Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej Oddział w Radomiu. Swoje zainteresowania naukowe koncentruje na polityce rodzinnej oraz roli państwa w jej kształtowaniu i wpływie na rozwój gospodarczy i demograficzny kraju. Do obszarów badawczych autora należy również wpływ ekonomicznych instrumentów państwa na efektywność prowadzonej polityki na rzecz rodzin. Rezultatem dotychczasowej pracy naukowej autora jest 20 publikacji oraz udział w 8 międzynarodowych konferencjach naukowych. Jest autorem m.in. następujących publikacji: *Family Policy Models In The European Union*, *Oczekiwania Polek odnośnie polityki rodzinnej w świetle badań własnych*, *Godzenie życia zawodowego i rodzinnego w opinii kobiet subregionu radomskiego*, *Efektywność polityki rodzinnej państwa polskiego*, *Świadczenia rodzinne w Polsce, Niemczech i Wielkiej Brytanii – aspekt porównawczy*, *Zadania i wyzwania polityki rodzinnej w UE*, *Dostęp do świadczeń rodzinnych obywateli polskich w zintegrowanej Europie.*