

WZORCE PICIA: OD TEORII DO PRAKTYKI

*„ ... ludzie uczestniczący w badaniach nad alkoholem i związani z programami prewencyjnymi powinni przywiązywać większą wagę do wzorców picia, gdyż wzorce te są ważnym czynnikiem w pozytywnych i negatywnych konsekwencjach spożywania alkoholu. Faktycznie wstępne dowody wskazują na to, że wzorce picia mogą być nawet ważniejsze od ilości spożywanego alkoholu w przewidywaniu czy badane osoby będą doświadczały problemów z piciem” (Single & Leino 1998. *Drinking Patterns and Their Consequences*).*

Opublikowanie powyższego stwierdzenia spowodowało ważne zmiany na polu badań nad alkoholem. Powszechne badania spożycia alkoholu ustąpiły miejsca badaniom bardziej skoncentrowanym na wzorcach picia, które opisują poszczególne sposoby zachowania i okoliczności spożycia alkoholu, jak również osoby w tym uczestniczące.

W 1998 roku Międzynarodowe Centrum ds. Polityki Alkoholowej wydało publikację p.t. „Wzorce picia i ich skutki” (*Drinking Patterns and Their Consequences*)¹. W publikacji przedstawiono dowody na stosunkowo nową koncepcję, że przy ocenie zarówno pozytywnych jak i negatywnych skutków spożycia alkoholu niemniej ważne jest to *jak* ludzie piją od tego *ile* piją. Od tego czasu w pracach nad alkoholem metoda badania wzorców stopniowo się ugruntowała i stosowana jest również w coraz większym stopniu w rozwoju polityki prewencyjnej.

Po pięciu latach od w/w publikacji niniejszy Raport ponownie wraca do kwestii wzorców picia. Ten Raport próbuje w skrócie przedstawić przegląd tego zagadnienia i trendy, które się wyłoniły zarówno w dziedzinie badań nad alkoholem jaki i zastosowań w polityce alkoholowej. Ze względu na szeroki wachlarz dostępnych badań, nie można niniejszego Raportu uważać za opracowanie wyczerpujące temat. Celem Raportu jest rzucenie światła na to jak badanie wzorców wykazało różnorodność zachowań związanych z konsumpcją alkoholu na całym świecie i jak teoria zamienia się w praktykę. Poniższy wywód jest opracowany w dużym stopniu w oparciu o przegląd publikacji na temat wzorców picia wzmiankowanych w ETOH, bazie danych wyników badań Amerykańskiego Narodowego Instytutu Badań nad Nadużywaniem Alkoholu i Alkoholizmem (U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)², obejmującej okres od 1998 do 2003r.

Wzory wynikające z badań nad spożyciem alkoholu

Konsumpcja alkoholu pociąga za sobą różnorodne skutki, które są odzwierciedleniem różnych stylów picia, okazji z jakich się pije oraz uwarunkowań kulturowych spożycia alkoholu na świecie. Wzorce picia opisują wiele złożonych elementów składających się na sposób spożywania alkoholu³. Są to m.in. takie elementy jak: kto pije alkohol (wiek, płeć, stan zdrowia), gdzie pije (w domu, w barach lub restauracjach czy innych miejscach publicznych), kiedy pije (przy posiłkach, na spotkaniach, w czasie wolnym). Wśród wzorców picia znajdują się również rodzaje pitego alkoholu (wysokiej jakości przemysłowo produkowane napoje alkoholowe czy biber), jak spożywa się te napoje (delektując się trunkiem przy posiłku czy picie w celu upicia się), oraz to, kiedy się pije (czy spożycie ma miejsce przy jednym posiedzeniu, czy raczej rozłożone jest na dłuższy okres czasu).

Opis każdej z tych zmiennych dał możliwość pozyskiwania dużej liczby informacji, które mogą być użyte nie tylko do opisywania sposobów zachowania przy spożyciu alkoholu, ale również dać podstawę do oceny możliwych skutków picia. Dla wielu osób skutki są pozytywne – przyjemność, pozytywny wpływ na zdrowie i wzbogacenie jakości życia; dla innych są negatywne – wypadki i urazy, chroniczne problemy ze zdrowiem lub uzależnienie. W szerszym zakresie te różne wzorce picia mają różnorodne skutki społeczne i ekonomiczne. Badania tych różnych wzorców umożliwiły bardziej wnikliwe zrozumienie wszelkich związanych z tym zależności.

Skutki zdrowotne

To, w jaki sposób poszczególne osoby spożywają alkohol, często jest związane z pozytywnymi i negatywnymi skutkami zdrowotnymi, których mogą doświadczyć⁴. Zgromadzono znaczną liczbę dowodów na to jak poszczególne wzorce picia (w tym abstynencja) wpływają na powstanie poszczególnych chronicznych (długotrwałych) i nagłych (krótkotrwałych) zachorowań⁵.

Szczególnie dobrze ilustruje tę zależność przypadek choroby wieńcowej. O ile duże spożycie alkoholu wiąże się ze zwiększeniem ryzyka powstania choroby wieńcowej⁶, to dla pewnej grupy ludzi niskie lub umiarkowane spożycie alkoholu wpływa korzystnie na krążenie i serce⁷. Ponadto wydaje się, że ryzyko powstania choroby wieńcowej może być niższe dla osób, które spożywają alkohol w czasie posiłku⁸. Bez badań nad wzorcami picia te ważne różnice by się nie ujawniły.

Wzorce picia są również związane z innymi skutkami zdrowotnymi. Tak n.p. przy cukrzycy (diabetes mellitus) typu II ograniczone spożycie alkoholu daje ogólny efekt ochronny⁹. Okazało się jednak, że efekt ten zależny jest od tego jak ludzie piją i może być różny dla mężczyzn i kobiet¹⁰. Podobnie małe lub umiarkowane spożycie alkoholu może pomóc w zmniejszeniu ryzyka utraty pamięci w starszym wieku a duże spożycie alkoholu może istotnie zwiększyć ryzyko demencji¹¹.

Wypadki i urazy powstałe na skutek spożycia alkoholu powiązano również z wzorcami picia. Okoliczności spożycia alkoholu mogą mieć wpływ na ryzyko spowodowania wypadku samochodowego, wypadków na wodzie, wypadków przy pracy jak również tych, związanych ze sportem lub innymi zajęciami rekreacyjnymi¹². Analiza danych z pogotowia sugeruje, że stopień zranienia może zależeć od wzorców picia – im większa ilość spożytego alkoholu tym większe prawdopodobieństwo groźniejszego urazu¹³.

Skutki społeczne

Skutki społeczne spożycia alkoholu tak pozytywne jak negatywne zależą również od wzorców picia¹⁴. Mając na uwadze wzorce picia zbadano zależności pomiędzy piciem alkoholu a relacjami międzyludzkimi, konsekwencjami finansowymi i bezpieczeństwem osobistym jak i publicznym¹⁵. Tak na przykład stwierdzono powiązania pomiędzy pewnymi wzorcami picia a wypadkami drogowymi, przemocą i agresją¹⁶. Stwierdzono, że możliwości zarobkowania osób, dla których umiarkowane spożycie alkoholu stanowi element zdrowego stylu życia, są prawdopodobnie większe niż osób, które są abstynentami lub spożywają duże ilości alkoholu¹⁷. Relacje pomiędzy wzorcami picia a skutkami picia zależne są również od profesji pijącego. Na przykład dziennikarze i barmani często wykazują takie wzorce picia, które plasują te zawody w grupie wysokiego ryzyka doznania krzywdy¹⁸. Zwrócono również szczególną uwagę na wzorce picia wśród lekarzy¹⁹, pilotów²⁰, i innych, których możliwości wykonywania zawodu mogą być negatywnie uwarunkowane przez spożycie alkoholu.

Do skalkulowania kosztów społecznych i korzyści płynących z konsumpcji alkoholu użyto relacji pomiędzy oddziaływaniem spożycia alkoholu na zdrowie i na społeczeństwo²¹. Zbadano wpływ specyficznych wzorów picia na potencjalną uciążliwość dla społeczeństwa związaną z utratą produktywności i skróceniem czasu życia²². Podczas gdy dla krajów rozwiniętych istnieją dane, odczuwa się wielki brak informacji o krajach rozwijających się.

Zróżnicowania

Wśród wielkiej liczby danych uzyskanych przy badaniu wzorców znajdują się informacje na temat ryzyka i zdrowia. Ryzyko może być większe lub mniejsze w zależności od zróżnicowanych uwarunkowań społecznych i demograficznych. I tak n.p. wzorec dużego spożycia alkoholu przez kobiety w ciąży może prawdopodobnie wpłynąć na zwiększenie ryzyka urodzenia nienormalnego dziecka albo dziecka cierpiącego na płodową chorobę alkoholową²⁴. Istnieją dowody na skomplikowane powiązania pomiędzy klasą społeczną, wykształceniem, stanem cywilnym, pochodzeniem etnicznym a wzorcami picia²⁵, co rzuca światło na relacje pomiędzy zachorowaniami a umieralnością²⁶. Wysoka pozycja zawodowa częściej jest

wiązana z problemami z alkoholem u kobiet niż u mężczyzn²⁷. Religijność i mocne więzi rodzinne są ochroną dla niektórych ludzi i zmniejszają możliwość nadużywania alkoholu i zaistnieniu problematycznych wzorców picia²⁸. Relacje te mają znaczący wpływ na zapobieganie, zwłaszcza poprzez zmianę zachowań.

Badania wzorców wykazały, że prawdopodobnie różne populacje doświadczają różnych skutków spożycia alkoholu. Na przykład kobiety i mężczyźni z takimi samymi wzorcami picia mogą doświadczać innych zagrożeń i korzyści²⁹. Podobnie chroniczne i nagłe skutki spożycia alkoholu są inne dla młodych i inne dla starszych osób³⁰. Różnice etniczne są również kluczowym elementem pomiędzy wzorcami a skutkami picia³¹.

Porównanie danych międzynarodowych

Badania nad wzorcami picia pozwoliły nam lepiej zrozumieć różnorodność kultur picia jaka istnieje w różnych częściach świata oraz rolę jaką odgrywa alkohol w różnych społeczeństwach³². Wiele można się dowiedzieć porównując podobieństwa i różnice pomiędzy kulturami, co przydaje się zwłaszcza w pracach nad określaniem polityki, prewencji a nawet w leczeniu.

Badania wykazują n.p., że wzorce picia w rejonach miejskich są inne niż w rejonach wiejskich i to potwierdza się we wszystkich badanych krajach³³, badania wykazują również, że akceptacja społeczna i kulturowa dla pewnych szkodliwych wzorców picia znacznie się różni³⁴. Zależność między piciem a płcią, wiekiem, wykształceniem, zatrudnieniem, stanem cywilnym lub tym czy ma się dzieci może nie być taka sama w każdej kulturze³⁵. Zmiany społeczne i polityczne mogą na różne sposoby wpływać na wzorce picia³⁶, a przenikanie się kultur wykazuje ogromny wpływ na populacje imigrantów na całym świecie³⁷. Te różnice stwierdza się nie tylko pomiędzy krajami ale również w krajach wielonarodowościowych i wielokulturowych³⁸, ponownie sugerując potrzebę zachowania elastyczności i szczególnej uwagi w działaniu.

W wielu krajach przeprowadzono ogólnonarodowe badania wzorców picia. Otrzymane w ten sposób dane zostały użyte na wiele sposobów. Na poziomie krajowym informacje dały wgląd w zależności istniejące pomiędzy poszczególnymi wzorcami picia a skutkami społecznymi i zdrowotnymi, były również pomocne w oszacowaniu kosztów społecznych i zagrożeń zdrowotnych. Rezultaty takich analiz mogą również być porównane do skutków i zachowań związanych ze spożyciem alkoholu w różnych krajach. Trendy zachodzące we wzorcach picia i ich skutki można monitorować w jednostkach czasu zarówno na poziomie pojedynczego kraju jak i pomiędzy państwami. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w swoim raporcie „Global Status Report on Alcohol”³⁹, podejmuje próbę kompleksowego i ambitnego przedstawienia narodowych danych do celów porównawczych.

Mimo, że porównanie danych pomiędzy krajami dało wielki zasób informacji, to mankamentem takiego podejścia jest brak zunifikowanych metod zbierania informacji. Międzynarodowy przewodnik został przygotowany przez WHO aby wspomóc zbieranie danych epidemiologicznych dotyczących alkoholu oraz aby umożliwić dokonywanie porównań⁴⁰. Głównym celem przewodnika jest wypracowanie międzynarodowej metody zbierania informacji dotyczących wzorców picia.

Przeprowadzono kilka, zakrojonych na dużą skalę, badań nad różnymi aspektami wzorców picia, które zaowocowały porównawczymi informacjami z bardzo zróżnicowanych krajów i kultur. Europejska Szkoła Badań nad Alkoholem i Innymi Narkotykami (ESPAD), prowadzi ciągle badania dotyczące wzorców picia wśród młodzieży w krajach europejskich aby porównać trendy i zależności z rozległym wachlarzem czynników⁴¹. Międzynarodowa Grupa Badawcza nad Płcią i Alkoholem (IRGGA) użyła GENACIS [(Gender, Culture and Alcohol: An International Study) (Płeć, Kultura i Alkohol: Badania Międzynarodowe)] do sprawdzenia przy użyciu wspólnej metodologii byłych i obecnych badań nad zależnością pomiędzy wzorcami picia a płcią w 35. krajach.⁴²

Historia trendów

Wzorce picia nie są stałe: ewoluują w czasie wraz z politycznymi, społecznymi i ekonomicznymi zmianami. Informacje o powiązaniach takich zmian z zachowaniami pijących są coraz bardziej dostępne. Stałe badania nad wzorcami wykazują ciągłe zmiany w zachowaniu osób spożywających małe, średnie i duże ilości alkoholu oraz tych, którzy stają się i przestają być abstynentami⁴³. Zmieniająca się rola płci odzwierciedla się w sposobie spożycia alkoholu u kobiet i mężczyzn, ciągłym zmianom ulegają również zwyczajnie towarzyszące picciu młodzieży.⁴⁴

Zwłaszcza w krajach rozwijających się i w okresie transformacji, zmiany społeczne skutkują zmianą w tradycyjnych wzorcach picia i rodzajach spożywanego alkoholu, które ustępują zachodnim wzorcom i trunkom czego rezultatem są nowe i czasami niechciane skutki⁴⁵. Na przykład w Środkowej i Wschodniej Europie badacze stwierdzili znaczące zmiany we wzorcach picia, które korespondują z trudnymi ekonomicznymi przemianami zachodzącymi od 1989 i 1990 roku⁴⁶. Z drugiej strony wiele rozwiniętych krajów takich jak te w regionie morza Śródziemnego doświadczają również odchodzenia od tradycyjnych wzorców picia i napojów⁴⁷. W innych krajach Europy, gdzie tradycyjne wzorce picia były różne, teraz wzorce picia powoli się jednolicią⁴⁸.

Rodzaje napojów spożywanych w pewnych społeczeństwach są jednym z elementów składających się na wzorce picia. Okazuje się, że gusta co do napojów z czasem się zmieniają, przechodząc pomiędzy winem, piwem, napojami spirytusowymi jak również nowinkami w trunkach i odchodząc od tradycyjnych domowych wyrobów alkoholowych w stronę produkcji przemysłowej⁴⁹.

Wzorce picia a polityka alkoholowa

Informacje uzyskane z badań nad wzorcami picia i ich wpływ na pewne skutki dały nowe możliwości w prewencji i rozwijaniu polityki alkoholowej. Trzeba zwrócić uwagę na fakt, że wzorce picia należy oceniać w tak szerokim kontekście jak różnorodne są populacje tworzące te wzorce. Efektywna polityka alkoholowa musi brać pod uwagę oba zintegrowane poziomy informacji i wzorców. Zarówno badania populacji jak i wzorców mają swoją rolę do odegrania i wzajemnie się uzupełniają.

O ile badania ukierunkowały się bardziej w stronę osób i grup oraz potrzebie zniechęcania do pewnych zachowań i promowania innych, o tyle cel polityki alkoholowej przesunął się w stronę wyspecjalizowanych podejść i uznania tego, że niektóre metody zapobiegania krzywdzie nie mogą mieć zastosowania we wszystkich populacjach i w każdych warunkach. Dane dotyczące zależności pomiędzy picciem a skutkami dają asumpt do rozwoju prewencji, kształtowania polityki alkoholowej i wpływania na wszelkie sprawy związane z alkoholem w sposób formalny.

Badania nad wzorcami picia są wartościowym narzędziem do oceny efektywności różnych środków polityki alkoholowej i ich wpływu na poszczególne populacje pijących. Na przykład wzrost ceny alkoholu wykazał różny wpływ na wzorce konsumpcji w grupach pijących mało, umiarkowanie i dużo⁵⁰. Przebadano również pod względem ich wpływu na wzorce picia wśród różnych populacji skutki innych zmian w polityce alkoholowej takich jak np. podniesienie lub obniżenie wieku, od którego dozwolone jest spożycie alkoholu w różnych krajach⁵¹, wprowadzenie ostrzeżeń o szkodliwości spożycia alkoholu na etykietach⁵², czy ograniczenia dotyczące reklamy i marketingu⁵³.

Zalecenia, wytyczne i strategia polityki alkoholowej

Zebrane informacje o specyfice różnych grup pijących, ich wzorcach picia i korzystnych jak i szkodliwych elementach picia są w coraz większym stopniu włączane do prac rządów i agend krajowych nad kształtowaniem nowej polityki alkoholowej i zaleceniami odnośnie postępowania w sprawach związanych z alkoholem.

Zalecenia odnośnie konsumpcji alkoholu wydawane przez rządy w różnych krajach są opracowywane na podstawie danych uzyskanych z badań nad skutkami zdrowotnymi i społecznymi przeprowadzonych przy użyciu wzorców picia⁵⁴. Wszystkie informacje dotyczące tygodniowych i dziennych poziomów konsumpcji, zalecenia dotyczące czynności, które nie powinny być wykonywane po spożyciu alkoholu (np. prowadzenie pojazdów czy operowanie maszynami), specyficzny stosunek do picia na umór (binge drinking), zalecane poziomy spożycia przy jednej okazji, czy określenie upojenia - wszystko to odnosi się do potrzeby skoncentrowania się na wzorcach. W wielu różnych krajach istnieją grupy, które udzielają wskazówek i rad w zakresie wpływu spożycia alkoholu na poszczególne schorzenia, takie jak np. choroba wieńcowa⁵⁵, czy związku alkoholu z ciążą⁵⁶.

Australijskie Wytyczne w Zakresie Alkoholu wydane w 2001 roku przez Australijską Narodową Radę d/s Zdrowia i Badań Medycznych (NHMRC) przedstawiają wpływy wzorców picia. Te zalecenia mają na celu zmniejszenie możliwości powstawania krzywd i są adresowane do całej populacji, jak również do poszczególnych grup specjalnego ryzyka i potrzeb (chorzy umysłowo, osoby zażywające leki lub narkotyki, osoby z predyspozycjami genetycznymi, ludzie starsi, młodzi dorośli i inna młodzież, kobiety ciężarne, abstynenci)⁵⁸. W tym dokumencie omówiono krótkoterminowe jak i długoterminowe ryzyko związane z wzorcami picia, skutki codziennego i cotygodniowego spożycia alkoholu, czynności, które mogą towarzyszyć spożyciu alkoholu i warunki w jakich spożywa się alkohol. „Głównym celem opracowania było zminimalizowanie możliwości powstawania krzywd na skutek spożycia alkoholu, jak również kontrolowanie ryzyka związanego z pewnymi wzorcami picia, przy jednoczesnym uznaniu społecznych korzyści, jak i korzyści zdrowotnych w wieku średnim i późniejszym. Ten nacisk na wzorce picia stanowi zmianę w stosunku do wcześniejszych wytycznych, które koncentrowały się głównie na ilości skonsumowanego alkoholu.”⁵⁹

Kompleksowe narodowe strategie i polityki alkoholowe wychodzą poza li tylko wytyczne odnośnie spożywania alkoholu, w coraz większym stopniu przyjmując wzorce picia jako bazę wyjściową. Na początku 2002 roku Szkocka Rada Ministrów wydała Program Zwalczania Problemów Alkoholowych, zaadresowany do pewnej części społeczeństwa i pewnych szczególnych zachowań, który ma na celu zmniejszenie krzywd związanych z konsumpcją alkoholu, mając jednocześnie na względzie szczególnie kontekst kulturowy spożycia alkoholu w Szkocji⁶⁰. Głównymi celami tego programu są wzorce picia takie jak „bing” (picie w celu upicia się) i nadużywanie alkoholu przez młodych ludzi a zwalczanie ich musi przebiegać przy użyciu narzędzi przystosowanych do tych szczególnych potrzeb.

Problem ten został szerzej potraktowany przez Komórkę d/s Strategii Premiera Wielkiej Brytanii, gdzie wydano szeroko zakrojony przegląd spożycia alkoholu w Anglii w celu rozwinięcia długofalowej polityki prewencyjnej i problemów związanych ze spożyciem alkoholu⁶¹. „Strategia na rzecz zmniejszenia krzywd spowodowanych przez alkohol w Anglii” opiera swoje badania i wynikające z nich rekomendacje na wzorcach picia, koncentrując się na nieodpowiednim użyciu alkoholu i na tej części populacji, której sposób picia stwarza szczególne warunki do powstania różnych zagrożeń. Wynikające z tej Strategii rekomendacje mające na celu zmniejszenie krzywd w podobny sposób traktują sprawy związane z problematycznymi wzorcami picia.

Zapobieganie i leczenie

Zapobieganie i leczenie problemów alkoholowych odbywa się w coraz większym stopniu w oparciu o wiedzę o wzorcach picia i z naciskiem na zmniejszenie krzywd. Obecnie rozumie się, że tak jak jeden rozmiar odzieży nie pasuje na wszystkich, tak do wszystkich nie można stosować jednakowych zaleceń co do picia, ani nie ma uniwersalnych sposobów prewencji.

Wiadomo obecnie, że na przykład działania prewencyjne, które mają na celu całe społeczeństwo mogą być nieadekwatne w stosunku do młodych ludzi, do których często trzeba dotrzeć na różne szczególne sposoby⁶². Podobnie w specjalny sposób należy przygotować politykę prewencyjną wobec ludzi starszych, gdzie wystąpić mogą problemy związane z zażywaniem leków i inne czynniki, które należy uwzględnić. Pewne społeczności jak n.p. grupy tubylców często nie mieszczących się w głównym nurcie społeczeństwa, mogą

wymagać specjalnie przygotowanych programów, które wezmą pod uwagę szczególne potrzeby tych grup, ich kulturę spożycia alkoholu i istniejące wzorce picia⁶⁴. Przygotowując politykę prewencyjną dla tych grup należy mieć na względzie fakt, że warunki społeczne i ogólny kontekst często odgrywają rolę w powstawaniu problemów alkoholowych nawet wtedy, gdy ilość spożywanego alkoholu jest nieduża w porównaniu do wzorca⁶⁵.

Kontekst sytuacyjny również się sprawdził jako element w przygotowywaniu sposobów prewencji opierających się na wzorcach picia. Może to być na przykład zmiana otoczenia w miejscach spożywania alkoholu takich jak bary, poprzez proste sposoby stwarzania bezpieczniejszego środowiska i koncentrując się na problematycznych wzorcach picia bez potrzeby odnoszenia się do szerokiej społeczności⁶⁶. Skutecznym sposobem okazało się również szkolenie pracowników, którzy podają alkohol aby zwracali uwagę na ilość alkoholu spożywanego przez klientów w celu zadbania o ich bezpieczeństwo⁶⁷. Inne, wdrażane z sukcesem sposoby, to te związane z piciem a prowadzeniem pojazdów, oraz te mające na uwadze najbardziej problematyczne wzorce picia poszczególnych grup.

Badania wzorców picia dały również wskazówki dla terapii. Okazało się, że różne sposoby terapii mają mniejszy lub większy wpływ na zmiany wzorców picia⁶⁹. Na przykład wobec osób, które nie są uzależnione od alkoholu ale spożywają alkohol według złych wzorców picia, mogą wystarczyć drobne interwencje i rozmowy z odpowiednimi specjalistami⁷⁰. Istnieje również zależność pomiędzy wzorcami picia, ich skutkami i korzystaniem z pomocy służby zdrowia i pogotowia ratunkowego⁷¹.

Wnioski dla krajów rozwijających się

Przypadek krajów rozwijających się i tych w okresie przejściowym stawia szczególne wyzwania w zakresie określenia polityki i strategii prewencyjnej, gdyż wzorce picia i problemy związane z alkoholem mogą być zupełnie inne od tych, które spotyka się w krajach rozwiniętych⁷². Z uwagi na wysoki poziom analfabetyzmu, brak infrastruktury i niedostępność pewnych grup społecznych trudno jest dotrzeć poprzez konwencjonalne metody do pewnych populacji. Zmiany społeczne i polityczne mogą mieć olbrzymi wpływ na wzorce picia i mogą wymagać specjalnych i często niekonwencjonalnych działań.

Baza rezultatów badań, która mogłaby być przydatna przy formułowaniu polityki alkoholowej dla krajów rozwijających się jest dużo mniejsza niż dla krajów rozwiniętych. W wielu przypadkach wzorce picia nie zostały dobrze scharakteryzowane i brakuje wyników badań epidemiologicznych. Osobliwości tradycyjnych wzorców picia w wielu państwach nie są w pełni rozumiane, a zmiany w konsumpcji alkoholu wymagają jeszcze stosownych opisów. W wielu państwach badania wzorców picia uważa się za mało potrzebne, szczególnie tam, gdzie poważnym problemem publicznym są choroby i głód.

Podjęto jednak parę szeroko zakrojonych prób aby uzupełnić brak informacji dotyczących wzorców picia i ich skutków w krajach rozwijających się. W 1998 r. ICAP opublikowała „Alcohol and Emerging Markets: Patterns, Problems and Responses” („Alkohol a rynki rozwijające się: wzorce, problemy i odpowiedzi”), gdzie przebadano wzorce picia i istniejący stan badań w kilku krajach rozwijających się. W 2004 roku ukazała się druga książka „Rynek bimbrowy: sprawy związane z nierejestrowaną produkcją alkoholu i jego konsumpcją” („*Moonshine Markets: Issues in Unrecorded Alcohol Beverage Production and Consumption*)”⁷⁴, gdzie badane są sprawy związane z tradycyjnymi napojami i skutkami związanymi z wzorcami ich konsumpcji w paru państwach rozwijających się. Dwie publikacje WHO, „Alkohol i zdrowie publiczne w ośmiu rozwijających się krajach” („*Alcohol and Public Health in Eight Developing Countries*”) ⁷⁵, i „Alkohol w krajach rozwijających się z punktu widzenia służb zdrowia publicznego” („*Alcohol in Developing Countries, a Public Health Approach*”) ⁷⁶, również zajęły się istniejącymi badaniami dotyczącymi alkoholu i zdrowia publicznego i spróbowały opisać oddziaływanie wzorców picia na zdrowie publiczne.

Przeprowadzono wiele różnych badań nad różnymi aspektami wzorców picia w poszczególnych krajach, ale ilość dostępnych materiałów z rozwijającej się części świata jest nieporównanie mniejsza niż ilość materiałów zebranych w krajach Ameryki Północnej, Europy, Australii i Oceanii. Podczas gdy w krajach

rozwinętych regularnie przeprowadzane badania dostarczają mechanizmów do monitorowania wzorców picia i określania trendów, w krajach rozwijających się brak jest takich systematycznych działań. Większość rezultatów badań przeprowadzonych w krajach rozwijających się dotyczy osób zagrożonych problemem alkoholowym lub tych, którzy już taki problem mają. Ważne jest lepsze zrozumienie tzw. „normalnych” sposobów picia wśród innych grup.

Szczególnie w krajach rozwijających się kultura odgrywa znaczącą rolę przy definiowaniu istniejących wzorców picia⁷⁷ oraz rozmiaru i kombinacji skutków społecznych i krzywd⁷⁸. Istotne jest, aby zrozumieć różnorodność kontekstów kulturowych otaczających alkohol w krajach rozwijających się, jego rolę społeczną, ekonomiczną (często ważną), jak również grupy, dla których skutki picia mogą być problematyczne lub korzystne. Tylko w ten sposób będzie możliwe zidentyfikowanie odpowiednich sposobów i polityki, które powinny być wdrożone w danym przypadku, i które mają szansę być skuteczne⁷⁹.

Podsumowanie

Bogactwo i kulturowa różnorodność sposobów spożywania alkoholu w różnych częściach świata powoli się ujawnia poprzez coraz większą liczbę badań przeprowadzonych w sprawie wzorców konsumpcji alkoholu – kto pije, gdzie, kiedy, jak, dlaczego i co pije. Te badania pozwolą na ustalenie zależności pomiędzy różnymi sposobami zachowań przy piciu i ich skutkami. Jakkolwiek stosowana dotychczas polityka adresowana do całej populacji dalej ma swoje zastosowanie, to ogromna liczba dostępnych danych dotyczących wzorców picia pozwala na sformułowanie nowej polityki i sposobów prewencji bazujących na zmniejszeniu krzywd u osób z grup specjalnego ryzyka, wrażliwej również na potrzeby poszczególnych grup, które mogą wymagać szczególnej uwagi.

Potencjał korzystania z informacji o wzorcach picia w celu zmniejszenia krzywd jest ogromny. Mimo, że powoli wprowadza się nową politykę, odzwierciedlającą wyniki badań nad wzorcami picia, dalej jest dużo do zrobienia i ulepszenia w tym zakresie. Wzorce picia dostarczają wartościowego narzędzia do badania relacji społecznych, ekonomicznych i zdrowia publicznego, i do sprostania potrzebom populacji, które są zagrożone na skutek picia. „Skupienie się na wzorach picia zamiast na ilości spożywanego alkoholu ma wymiar nie tylko teoretyczny. Reprezentuje nowy pragmatyzm, który może doprowadzić do polityki alkoholowej wychodzącej od zainteresowania poszczególnymi osobami i społecznościami, którym ma służyć”⁸⁰.

Przypisy

¹ Grant, M. & Litvak, J. (Eds.) (1998). *Drinking Patterns and Their Consequences*. Washington, DC: Taylor & Francis.

² The database, ETOH, can be accessed at <http://etoh.niaaa.nih.gov>.

³ Single, E. & Leino, V. E. The levels, patterns, and consequences of drinking. In M. Grant & J. Litvak (Eds.), *Drinking Patterns and Their Consequences*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1998.

⁴ San Jose, B., van Oers, J.A.M., van de Mheen, H., Garretsen, H.F.L., Mackenbach, J.P. (2000). Drinking patterns and health outcomes: Occasional versus regular drinking. *Addiction*, 95(6), 865-872.

⁵ Gruenewald, P.J., Russell, M., Light, J., Lipton, R., Searles, J., Johnson, F., Trevisan, M., Freudenheim, J., Muti, P., Carosella, A.M., Nochajski, T.H. (2002). One drink to a lifetime of drinking: Temporal structures of drinking patterns. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(6), 916-925; Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., Sempos, C.T. (2003). Relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.

⁶ McKee, M. & Britton, A. (1998). The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: Potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91, 402-407; Puddey, I.B., Rakic, V.,

Dimmitt, S.B., Beilin, L.J. (1999). Influence of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: A review. *Addiction*, 94, 649-663; Murray, R.P., Connett, J.E., Tyas, S.L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C.K., Barnes, G.E. (2002). Alcohol volume, drinking pattern and cardiovascular morbidity and mortality: Is there a U-shaped function? *American Journal of Epidemiology*, 155(3), 242-248; Rehm, J., Sempos, C.T., Trevisan, M. (2003). Alcohol and cardiovascular disease--more than one paradox to consider. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease: A review. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10(1), 15-20.

⁷ Rimm, E.B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M., Stampfer, M.J. (1999) Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: Meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *British Medical Journal*, 319(7224), 1523-1528; Ashley, M.J., Rehm, J., Bondy, S., Single, E., Rankin, J. (2000). Beyond ischemic heart disease: Are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 27(4), 735-777.; Mukamal, K.J. & Rimm, E.B. (2001). Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Research and Health*, 25(4), 255-261; Rehm, J., Sempos, C.T., Trevisan, M. (2003). Alcohol and cardiovascular disease--more than one paradox to consider. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease: A review. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10(1), 15-20.

⁸ Trevisan, M., Schisterman, E., Mennotti, A., Farchi, G., Conti, S. (2001). Drinking pattern and mortality: The Italian risk factor and life expectancy pooling project. *Annals of Epidemiology*, 11(3), 312-319; Trevisan, M., Ram, M., Hovey, K., Rusell, M., Freudenheim, J., Muti, P., Dorn, J., Muti, P., Nochajski, T. (2001). Alcohol drinking patterns and myocardial infarction. *American Journal of Epidemiology*, 153(11), S97.

⁹ Wannamethee, S.G., Camargo, C.A. Jr., Manson, J.E., Willett, W.C., Rimm, E.B. (2003). Alcohol drinking patterns and risk of type 2 diabetes mellitus among younger women. *Archives of Internal Medicine*, 163(11), 1329-1336.

¹⁰ Kao, W.H.L., Brancati, F.L., Boland, L.L., Watson, R.L., Puddey, I.B. (1998). Gender differences in the association of alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes mellitus: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *American Journal of Epidemiology*, 147(11), S60; Nakanishi, N., Suzuki, K., Tatara, K. (2003). Alcohol consumption and risk for development of impaired fasting glucose or type 2 diabetes in middle-aged Japanese men. *Diabetes Care*, 26(1), 48-54.

¹¹ Mukamal, K.J., Kuller, L.H., Fitzpatrick, A.L., Longstreth, W.T. Jr, Mittleman, M.A., Siscovick, D.S.

(2003). Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA*, 289(11), 1405-1413.

¹² Chochinov, A. (1998). Alcohol "on board," man overboard: Boating fatalities in Canada. *CMAJ*, 159(3), 259-260; Nelson, T.F. & Wechsler, H. (2003). School spirits: Alcohol and collegiate sports fans. *Addictive Behaviors*, 28(1), 1-11; International Center for Alcohol Policies (2003a). *ICAP Reports 13: Alcohol and the Workplace*. Washington, DC: ICAP.

¹³ Cherpitel, C.J. (1996). Alcohol in fatal and nonfatal injuries: A comparison of coroner and emergency room data from the same county. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(2), 338-342.

¹⁴ Stockwell, T., Chikritzhs, T., Brinkman, S. (2000). Role of social and health statistics in measuring harm from alcohol. *Journal of Substance Abuse*, 12(1-2), 139-154.

¹⁵ Ferrins-Brown, M., Dalton, S., Maslin, J., Hartney, E., Kerr, C., Orford, J. (1999). "Have a sip of this": The impact of family on the drinking patterns of untreated heavy drinkers living in the West Midlands, UK. *Contemporary Drug Problems*, 26(3), 413-437; Singh, H., Masih, B., Satpathy, S.K., Duseja, A., Chawla, Y. (2001). Financial burden of alcohol abuse in patients with alcoholic liver disease. *Tropical Gastroenterology*, 22(3), 172-173.

¹⁶ Caetano, R., Schafer, J., Clark, C.L., Cunradi, C.B., Raspberry, K. (2000). Intimate partner violence, acculturation, and alcohol consumption among Hispanic couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(1), 30-45; Britton, A., Nolte, E., White, I.R., Gronbaek, M., Powles, J., Cavallo, F., McPherson, K. (2003). Comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries. *European Journal of Epidemiology*, 18(7), 643-651; Razvodovsky, Y.E. (2003). Association between distilled spirits consumption and violent mortality rate. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(3), 235-250; Wells, S. & Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: Relationship to drinking patterns and social context. *Addiction*, 98(1), 33-42.

¹⁷ French, M.T. & Zarkin, G.A. (1995). Is moderate alcohol use related to wages? Evidence from four worksites. *Journal of Health Economics*, 14, 319-344.

¹⁸ Brewer, C. (2001) Alcohol: The media are in denial. *BMJ*, 323, 580; ICAP (2003a). *ICAP Reports 13: Alcohol and the workplace*. Washington, DC: ICAP.

- ¹⁹ Rosta, J. (2002). Physicians' interest in preventive work in relation to their attitudes and own drinking patterns: A comparison between Aarhus in Denmark and Mainz in Germany. *Addiction Biology*, 7(3), 343-345; Rosta, J. (2002) Drinking patterns of doctors: A comparison between Aarhus in Denmark and Mainz in Germany. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9(4), 367-376.
- ²⁰ Cook, C.C.H. (1997). Alcohol and aviation. *Addiction*, 92(5), 539-555; *ICAP Reports 13: Alcohol and the workplace*. Washington, DC: ICAP.
- ²¹ Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (Eds.) (1996). *Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health; Murray, C. & Lopez, A.D. (1999) Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9063), 1436-1442; Klingemann, H. & Gmel, G. (Eds.) (2001). *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- ²² Single, E., Robson, L., Rehm, J., Xi, X. (1999). Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *American Journal of Public Health*, 89(3), 385-390; Rehm et al., 2003; Rehm, J.; Room, R.; Monteiro, M.; Gmel, G.; Graham, K.; Rehn, N.; Sempos, C.T.; Jernigan, D. (2003). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*, 9 (4), 157-164.
- ²³ Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (Eds.) (1996). *Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.; Grant, M. (Ed.) (1998) *Alcohol and emerging markets: Patterns, problems, and responses*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- ²⁴ Fombonne, E. (2002). Is exposure to alcohol during pregnancy a risk factor for autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(3), 243.
- ²⁵ Stewart, C.W. (2002). Adolescent drinking patterns: A cluster analytic approach. *Dissertation Abstracts International*, 62(11), 5413B; Kunz, J.L. & Graham, K. (1998). Drinking patterns, psychosocial characteristics and alcohol consequences. *Addiction*, 93(7), 1079-1090; Paradis, C., Demers, A., Nadeau, L. (1999). Positional role changes and drinking patterns: Results of a longitudinal study. *Contemporary Drug Problems*, 26(1), 53-73.
- ²⁶ Casswell, S., Pledger, M., Hooper, R. (2003). Socioeconomic status and drinking patterns in young adults. *Addiction*, 98(5), 601-610.
- ²⁷ Moore, S., Grunberg, L., Greenberg, E. (1999). Alcohol consumption, drinking patterns, and alcohol problems among managerial and non-managerial women and men. *Current Psychology*, 18(3), 272-286.
- ²⁸ Neumark, Y.D., Rahav, G., Teichman, M., Hasin, D. (2001). Alcohol drinking patterns among Jewish and Arab men and women in Israel. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(4), 443-447.
- ²⁹ Wilsnack, R.W. & Wilsnack, S.C. (Eds.) (1997). *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- ³⁰ Blow, F.C. & Barry, K.L. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: New developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 115-123; Khan, N., Davis, P., Wilkinson, T.J., Sellman, J.D., Graham, P. (2002). Drinking patterns among older people in the community: Hidden from medical attention? *New Zealand Medical Journal*, 115(1148), 72-75; Rehm, J., Gmel, G., Room, R. & Frick, U. (2003). Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität (Quantity and patterns of drinking and their relation to morbidity and mortality) *SUCHT: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 49(2), 87-94; Fukuda, T. & Yamaguchi, M. (1999). Heavy drinking patterns of college students. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 34(1), 100; Pinto, A. et al. (1999). Portuguese adolescents drinking patterns, alcohol information and attitudes. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 34(1), 112.
- ³¹ Herd, D. (1997). Racial differences in women's drinking norms and drinking patterns: A national study. *Journal of Substance Abuse*, 9, 137-149; McLendon, S. (1998) Family structure, self-esteem, and alcohol drinking patterns of urban Black teenagers. *Dissertation Abstracts International*, 58(9), 3434-A-3435-A; Jones-Webb, R. (1999). Drinking patterns and problems among African-Americans: Recent findings. *Alcohol Health and Research World*, 22(4), 260-264; McCloskey, J. (2000). Risk and protective factors affecting Navajo women's drinking patterns. In: Kunitz, S.J. & Levy, J.E. (Eds.), *Drinking, Conduct Disorder, and Social Change: Navajo Experiences*. New York, NY: Oxford University Press.

- ³² Heath, D.B. (2000). *Drinking Occasions*. New York: Brunner/Mazel; Heath, D.B. (Ed.) (1995). *International Handbook on Alcohol and Culture*. Westport, CT: Greenwood Press.
- ³³ Kalinin, A. & Sidorov, P. (1999). Drinking patterns among different professional groups of the city population. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 34(1), 104; Medina-Mora, M.E., Borges, G., Villatoro, J. (2000). Measurement of drinking patterns and consequences in Mexico. *Journal of Substance Abuse*, 12(1-2), 183-196; Rosovsky, H. (2004). The reporting of alcohol use through personal diaries in two Mexican communities. In Haworth and Simpson (Eds.), *Moonshine Markets*. New York: Brunner-Routledge; Zaigraev, N. (2004). The Russian model of noncommercial alcohol consumption. In Haworth and Simpson (Eds.), *Moonshine Markets*. New York: Brunner-Routledge.
- ³⁴ Van de Wiel, A., Poppelier, A., Van Dalen, W.E., Van de Mheen, D. (2002). Hoeveel alcohol is te veel en waarom? Kanttekeningen bij sociaal geaccepteerd overmatig alcoholgebruik (How much alcohol is too much and why? Comments on socially accepted but excessive alcohol drinking patterns) *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 146(51), 2463-2465; Leifman, H. (2002). Six-country survey of the European Comparative Alcohol Study: Comparing patterns and assessing validity. *Contemporary Drug Problems*, 29(3), 477-500; Leifman, H. (2002). Comparative analysis of drinking patterns in six EU countries in the year of 2000. *Contemporary Drug Problems*, 29(3), 501-548.
- ³⁵ Dawson, D.A. (1998). Beyond black, white and Hispanic: Race, ethnic origin and drinking patterns in the United States. *Journal of Substance Abuse*, 10(4), 321-339; Ahlstrom, S., Bloomfield, K., Knibbe, R. (2001). Gender differences in drinking patterns in nine European countries: Descriptive findings. *Substance Abuse*, 22(1), 69-85; Bloomfield, K., Greenfield, T.K., Kraus, L., Augustin, R. (2002). Comparison of drinking patterns and alcohol-use related problems in the United States and Germany, 1995. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 399-428.
- ³⁶ Lo, C.C. & Globetti, G. (2000). Gender differences in drinking patterns among Hong Kong Chinese youth: Pilot study. *Substance Use and Misuse*, 35(9), 1297-1306.
- ³⁷ Makimoto, K. (1999). Drinking patterns and drinking problems among Asian-Americans and Pacific Islanders. *Alcohol Health and Research World*, 22(4), 270-275; Rahav, G., Hasin, D., Paykin, A. (1999). Drinking patterns of recent Russian immigrants and other Israelis: 1995 national survey results. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1212-1216.
- ³⁸ Aharnovich, E., Hasin, D., Rahav, G., Meydan, J., Neumark, Y. (2001). Differences in drinking patterns among Ashkenazic and Sephardic Israeli adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 301-305; Nielsen, A.L. & Ford, J.A. (2001). Drinking patterns among Hispanic Adolescents: Results from a National Household Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(4), 448-456; Weiss, S. (2002). Review of drinking patterns of rural Arab and Jewish youth in the North of Israel. *Substance Use and Misuse*, 37(5-7), 663-686.
- ³⁹ World Health Organization (1999). *Global Status Report on Alcohol*. (WHO/HSC/SAB/99.11). Geneva: WHO.
- ⁴⁰ World Health Organization (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. (WHO/MSD/MSB/00.4). Geneva: WHO.
- ⁴¹ Hibell, B. European school survey project on alcohol and other drugs. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 34(1):103, 1999.
- ⁴² Wilsnack, R.W., Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C., Harris, T.R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251-265.
- ⁴³ Kerr, W., Fillmore, K., Bostrom, A. (2002). Stability of alcohol consumption over time: Evidence from three longitudinal surveys from the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 325-333.
- ⁴⁴ Simpura, J. & Karlsson, T. (2001). Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000: A review. *Nordisk Alkohol- & Karkotikatidskrift*, 18 (Suppl.), 31-53; Bloomfield, K. (1998). West German drinking patterns in 1984 and 1990. *European Addiction Research*, 4(4), 163-171.
- ⁴⁵ Hao, W. & Young, D. (2000). Drinking Patterns and Problems in China. *Journal of Substance Use*, 5 (1), 71-78; Zhao, Y. (2003, December 28). Inroads in China for wine importers. *New York Times*, Business, Section 3, Page 5, Column 1.
- ⁴⁶ Grant, M. (Ed.) (1998). *Alcohol and emerging markets: Patterns, problems, and responses*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel; Haworth, A. & Simpson, R. (Eds.) (2004). *Moonshine Markets: Issues in Unrecorded Alcohol Beverage Production and Consumption*. New York: Brunner-Routledge.

- ⁴⁷ Simpura, J. & Karlsson, T. (2001). Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000: A review. *Nordisk Alkohol- & Karkotikatidskrift*, 18 (Suppl.), 31-53.
- ⁴⁸ Simpura, J. (2001). Trends in alcohol consumption and drinking patterns: sociological and economic explanations and alcohol policies. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*, 18 (Suppl.), 3-13; Österberg, E. & Karlsson, T. (2003). *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports*. Brussels: DG SANCO.
- ⁴⁹ Demers, A., Room, R., Bourgault, C. (Eds.) (2000). *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Karlsson, T. & Simpura, J. (2001). Changes in living conditions and their links to alcohol consumption and drinking patterns in 16 European countries, 1950 to 2000. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 18(Suppl.), 82-99; Haworth, A. & Simpson, R. (Eds.) (2004). *Moonshine Markets: Issues in Unrecorded Alcohol Beverage Production and Consumption*. New York: Brunner-Routledge.
- ⁵⁰ Manning, W.G., Blumberg, L., Moulton, L. (1995). The demand for alcohol: The differential response to price. *Journal of Health Economics*, 14 (2), 123-148; Farrell, S., Manning, W.G., Finch, M. (2003). Alcohol dependence and the price of alcoholic beverages. *Journal of Health Economics*, 22 (1), 117-147; Kuo, M., Heeb, J., Gmel, G., Rehm, J. (2003). Does price matter? The effect of decreased price on spirits consumption in Switzerland. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(4), 720-725.
- ⁵¹ ICAP (1998). *ICAP Reports 4: Drinking Age Limits*. Washington, DC: ICAP.
- ⁵² ICAP (1997). *ICAP Reports 3: Health Warning Labels*. Washington, DC: ICAP.
- ⁵³ ICAP (2001). *ICAP Reports 9: Self-Regulation of Beverage Alcohol Advertising*. Washington, DC: ICAP.
- ⁵⁴ ICAP (2003b). *ICAP Reports 14: International Drinking Guidelines*. Washington, DC: ICAP.
- ⁵⁵ Department of Health (1995). *Sensible Drinking: The Report of an Inter-Departmental Working Group*. London: Department of Health.
- ⁵⁶ Alcohol consumption in pregnancy (1996). *RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) Guideline*, 9, 1-4.
- ⁵⁷ National Health and Medical Research Council. *Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits*. Canberra: Commonwealth of Australia, 2001..
- ⁵⁸ Stockwell, T. (2001). Harm reduction, drinking patterns and the NHMRC drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review*, 20(1), 121-129.
- ⁵⁹ National Health and Medical Research Council (2001). *Australian Alcohol Guidelines: Health Risks and Benefits*. Canberra: Commonwealth of Australia, 2001, p.21.
- ⁶⁰ Scottish Executive (2002). *Plan for Action on alcohol problems*. Edinburgh: Scottish Executive Health Department.
- ⁶¹ Strategy Unit (2004). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*. London; Strategy Unit.
- ⁶² Houghton, E. & Roche, A. (Eds.) (2001). *Learning About Drinking*. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge; ICAP (2004). *What Drives Underage Drinking? An International Analysis*. Washington, DC: ICAP; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2003). Underage Drinking: A major public health challenge. *Alcohol Alert*, 59, 1-3.
- ⁶³ Coogle, C.L. & Osgood, N.J. (2002). Prevention of alcohol and substance misuse: Lessons for the practitioner from a statewide program in Virginia. In A.M. Gurnack, R. Atkinson, and N.J. Osgood (Eds.), *Treating Alcohol and Drug Abuse in the Elderly* (pp. 214-234). New York: Springer Publishing Company.
- ⁶⁴ Douglas, R. (2000). Indigenous Australians and liquor licensing - Some additional comments. *Addiction*, 95(11), 1706-1707; Mail, P.D., Heurtin-Roberts, S., Martin, S.E., Howard, J. (Eds.) (2002). *Alcohol use among American Indians and Alaska Natives: Multiple perspectives on a complex problem*. NIAAA Research Monograph No. 37. Bethesda, MD: NIAAA; Beauvais, F. & Trimble, J.E. (2003). Effectiveness of alcohol and drug abuse prevention among American-Indian youth. In Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- ⁶⁵ Hajema, K.J. & Knibbe, R.A. (1998). Changes in social roles as predictors of changes in drinking behaviour. *Addiction*, 93(11), 1717-1727.

- ⁶⁶ Fox, J.G. & Sobol, J.J. (2000). Drinking patterns, social interaction, and barroom behavior: a routine activities approach. *Deviant Behavior*, 21(5), 429-450; ICAP (2002). *ICAP Reports #12: violence and licensed premises*. Washington, DC: ICAP.
- ⁶⁷ Breda, J. (1999). Implementation of a server training program in a nutrition discipline of a specialised hospitality school: Short term results. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 34(1), 95-96; Johnsson, K.O. & Berglund, M. (2003). Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among the patrons: A randomized controlled trial. *Addiction*, 98(5), 627-633.
- ⁶⁸ Karlsson, G., Halldin, J., Leifman, A., Bergman, H., Romelsjo, A. (2003). Hospitalization and mortality succeeding drink driving and risky driving. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 281-286; Riala, K., Isohanni, I., Jokelainen, J., Taanila, A., Isohanni, M., Rasanen, P. (2003) Low educational performance is associated with drunk driving: A 31-year follow-up of the northern Finland 1966 birth cohort. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), 219-223.
- ⁶⁹ Duckert, F. (2000). What kind of changes can be expected in drinking patterns after treatment? *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 17(Suppl.), 68-77.
- ⁷⁰ Kypri, K., Langley, J.D., McGee, R., Saunders, J.B., Williams, S. (2002). High prevalence, persistent hazardous drinking among New Zealand tertiary students. *Alcohol and Alcoholism*, 37(5), 457-464; Aalto, M., Pekuri, P., Seppa, K. (2003). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 9-14; Auba Llambrich, J. (2003). Primary care intervention for at-risk drinking. *Atencion Primaria*, 31(3), 153-155.
- ⁷¹ Cherpitel, C.J. (1999). Drinking patterns and problems, drug use and health services utilization: A comparison of two regions in the US general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 53(3), 231-237; Cherpitel, C.J. (1999). Drinking patterns and problems: A comparison of primary care with the emergency room. *Substance Abuse*, 20(2), 85-95.
- ⁷² Demers, A., Room, R., Bourgault, C. (Eds.) (2000). *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Grant, M. (Ed.) (1998). *Alcohol and emerging markets: Patterns, problems, and responses*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- ⁷³ Grant, M. (Ed.) (1998). *Alcohol and emerging markets: Patterns, problems, and responses*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- ⁷⁴ Haworth, A. & Simpson, R. *Moonshine Markets: Issues in Unrecorded Alcohol Beverage Production and Consumption*. New York: Brunner-Routledge, 2004.
- ⁷⁵ Riley, L. & Marshall, M. (Eds.) (1999). *Alcohol and Public Health in Eight Developing Countries*. Geneva: World Health Organization.
- ⁷⁶ Room, R., Jernigan, D., Carlini-Marlatt, B., Gureje, O., Makela, K., Marshall, M., Medina-Mora, M.E., Monteiro, M., Parry, C., Partanen, J., Riley, L., Saxena, S. (2002). *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- ⁷⁷ Heath, D.B. (1995); Heath, D.B. (2000).
- ⁷⁸ Room, R. (1998). Drinking patterns and alcohol-related social problems: frameworks for analysis in developing societies. *Drug and Alcohol Review*, 17 (4), 389-398.
- ⁷⁹ Hao, W. & Young, D. (2000). Drinking Patterns and Problems in China. *Journal of Substance Use*, 5 (1), 71-78.
- ⁸⁰ Grant, M. & Single, E. (1998). Shifting the paradigm: Reducing harm and promoting beneficial patterns. In M. Grant & J. Litvak (Eds.), *Drinking Patterns and their Consequences*. Washington, DC: Taylor & Francis, p.297.