NARODOWY PROGRAM TRZEŹWOŚCI

Zwycięska Pani Jasnogórska! Przyrzekamy stoczyć pod Twoim sztandarem najświętszy i najcięższy bój z naszymi wadami narodowymi. Przyrzekamy wypowiedzieć walkę lenistwu i lekkomyślności, marnotrawstwu, pijaństwu, rozwiązłości.

Jasnogórskie Śluby Narodu Polskiego

Albo Polska będzie trzeźwa, albo jej wcale nie będzie!

bł. ks. Bronisław Markiewicz

Przez dobrowolną, całkowitą abstynencję wielu, do trzeźwości stanowej i zawodowej wszystkich.

Wytyczne Episkopatu Polski dla kościelnej działalności trzeźwościowej

Narodowy Program Trzeźwości powstał jako owoc Narodowego Kongresu Trzeźwości, który odbył się w 2017 roku. Jest on dla Narodu zarówno darem na stulecie odzyskania niepodległości przez Polskę, jak i propozycją działania.

Wstęp

Jedynie ludzie trzeźwi mogą budować szczęśliwe społeczeństwo oraz zapewnić sobie pomyślną teraźniejszość i dobrą przyszłość. Trzeźwość jest warunkiem solidnego wychowania i odpowiedzialnego postępowania. Jest też warunkiem bycia dojrzałym człowiekiem, który racjonalnie myśli, uczciwie pracuje, mądrze kocha i dba o dobro wspólne w Ojczyźnie. Wyłącznie człowiek trzeźwy jest w stanie żyć w harmonii z Bogiem, z samym sobą i z bliźnimi. Jedynie człowiek trzeźwy potrafi założyć trwałą i szczęśliwą rodzinę oraz być szlachetnym obywatelem, odpowiedzialnym i kierującym się mądrą hierarchią wartości. Radykalnym zagrożeniem pomyślności poszczególnych osób, ich rodzin i całego Narodu, są wszelkie przejawy nietrzeźwości i uzależnienia.

Człowiek jest drogą Kościoła. Oznacza to, że jednym z podstawowych zadań uczniów Chrystusa jest pomaganie każdemu człowiekowi w stanowczym czuwaniu nad sobą i nad bliskimi, by wszyscy żyli w miłości i wolności dzieci Bożych. Z tej właśnie troski powstała inicjatywa zorganizowania przez Kościół katolicki Narodowego Kongresu Trzeźwości.

Wierzący są nie tylko członkami Kościoła, lecz także ważną częścią całego społeczeństwa. Dlatego jednym z najważniejszych owoców Kongresu jest proklamowanie Narodowego Programu Trzeźwości. Umożliwi on integrację działań na rzecz trzeźwości wszystkich osób i środowisk, które mają w tej dziedzinie ważną rolę do spełnienia.

1. Podstawowe założenia

Narodowy Program Trzeźwości opiera się na przesłankach wynikających z potwierdzonego przez współczesną naukę oddziaływania napojów alkoholowych na poszczególne osoby i społeczności oraz na przesłankach wynikających z personalizmu chrześcijańskiego.

Ignorowanie czy lekceważenie którejkolwiek z poniższych przesłanek powoduje znaczną przewagę szkód, które wynikają z używania napojów alkoholowych przez nieletnich oraz z nadużywania takich napojów przez dorosłych. Powoduje to ogromne straty, czasami nawet stanowiące zagrożenie samej egzystencji osoby, jak również społeczności jako samodzielnego podmiotu. Narusza to tożsamość, suwerenność, wolność, zdrowie, rozwój i dobrobyt. Istnieją precedensy historyczne, a nawet zjawiska współczesne, które wskazują na to, że ignorowanie troski o trzeźwość wprost zagraża istnieniu narodu[1] lub bardzo negatywnie wpływa na jego życie duchowe, społeczne, polityczne, ekonomiczne i pozycję międzynarodową.

1.1. Alkohol w życiu człowieka

1) Alkohol etylowy jest substancją psychoaktywną silnie i wielorako działającą na ludzki organizm. Część jego działań na układ nerwowy czyni go dla większości ludzi substancją atrakcyjną[2]. Jednocześnie napoje alkoholowe są tanie w produkcji[3] i łatwo dostępne. Te dwie cechy sprawiają, że jest od dawna używany w codziennym życiu wielu społeczeństw, zwłaszcza europejskich[4], od-

Alkohol etylowy jest substancją psychoaktywną silnie i wielorako działającą na ludzki organizm.

grywając istotną rolę w świętowaniu, w życiu towarzyskim i w rozmaitych tradycjach.

2) Zakres używania alkoholu etylowego nie jest stały, ale jest historycznie[5], kulturowo i ekonomicznie uwarunkowany – skala jego używania zmniejsza się lub zwiększa w zależności od różnorodnych okoliczności, podobnie jak formy używania. Etanol znajdujący się we wszystkich napojach alkoholowych (piwo, wino, wódka i inne), jest taki sam i działa tak samo. Natomiast napoje alkoholowe o największym stężeniu etanolu (np. wódka) są stosunkowo nowe w historii ludzkości, zatem społeczeństwa są dopiero w trakcie zbierania bolesnych doświadczeń i wnio- sków wynikających z ich używania[6].

3) Jednocześnie alkohol etylowy stwarza liczne obiektywne zagrożenia związane z jego używaniem, które bardzo łatwo przekształca się w nadużywanie. Nierzadko prowadzi to do rozległych szkód i wielu dramatycznych cierpień. Eksperci uważają alkohol etylowy za najgroźniejszą w skutkach, szeroko stosowaną substancję psychoaktywną (narkotyk), ze względu na kumulowanie się szkód indywidualnych i społecznych[7].

4) Poszczególne osoby różnią się indywidualną podatnością na ewentualne straty alkoholowe. Niektórzy są bardziej niż inni podatni na uzależnienie od tej substancji[8] lub na inne szkody związane z używaniem alkoholu. Przy określonych społecznych wzorach spożycia (np. tzw. towarzyski przymus picia), skazuje to

Świadomość społeczna związana z wiedzą na temat, kto jest bardziej narażony na szkody alkoholowe, jest zbyt mała i zbyt słabo stosowana w praktyce.

Większość szkód alkoholowych jest powodowana nie przez osoby uzależnione, ale przez nieuzależnionych spożywających alkohol nieostrożnie.

takie osoby na dramatycznie negatywne konsekwencje osobiste lub rodzinne. Świadomość społeczna związana z wiedzą na temat, kto jest bardziej narażony na szkody alkoholowe, jest zbyt mała i zbyt słabo stosowana w praktyce[9].

5) Okazuje się, że nawet niewielkie ilości spożywanego alkoholu niosą ze sobą potwierdzone ryzyko (np. wzrost zapadalności na niektóre nowotwory[10]), a większość szkód alkoholowych jest powodowana nie przez osoby uzależnione (zwanych alkoholikami), ale przez nieuzależnionych spożywających alkohol nieostrożnie (tzw. paradoks prewencyjny)[11]. Zatem głównym źródłem większości negatywnych konsekwencji używania alkoholu etylowego jest prosty brak umiaru.

6) Taka sytuacja sprawia, że napoje zawierające alkohol etylowy (piwo, wino, wódka i inne) nie mogą być traktowane jak zwykły towar konsumpcyjny[12], a formy ich ewentualnego spożywania powinny podlegać ściśle określonym regułom prawnym i kulturowym, zmniejszającym prawdopodobieństwo wystąpienia szkód. Alkohol etylowy jest bardzo silną substancją psychoaktywną, a jego nieodpowiedzialne spożywanie sytuuje go wśród głównych czynników przedwczesnej utraty zdrowia i życia w skali globalnej[13]. Identyfikuje się również zasadnicze szkody w życiu duchowym osób nadużywających alkoholu.

7) Napoje alkoholowe nie są konieczne do życia[14]. Najlepszą indywidualnie i społecznie sytuacją jest pełna abstynencja od al-

Styl życia większości musi respektować uzasadnione prawa mniejszości objętej zwiększonym ryzykiem szkód alkoholowych.

koholu etylowego. Siła tradycji, potrzeb, obyczajów i nawyków społecznych sprawia, że perspektywa całkowitego usunięcia tej substancji psychoaktywnej z użytkowania wydaje się na chwilę obecną odległa. Jednak cel w postaci stopniowego ograniczania używania tej substancji jest zasadny[15], biorąc pod uwagę potwierdzoną naukowo jej wielką szkodliwość. Z każdą ilością spożywanego alkoholu wiążą się określone ryzyka[16], które powinni znać ewentualni konsumenci. Dlatego stosunek do spożywania tej substancji powinien być określany w oparciu o obiektywne badania naukowe, uwzględniające wszelkie aspekty, zarówno pozytywne, jak i negatywne.

1.2. Główne kierunki rozwiązywania problemów alkoholowych

1) Jak wskazują doświadczenia historyczne[17], trwała trzeźwość nie może być osiągnięta drogą narzucenia społeczeństwu radykalnych ograniczeń (np. prohibicja) wbrew jego dążeniom, ale może być efektem stopniowego procesu, opartego o zasadę społecznej akceptacji koniecznych ograniczeń[18, 19]. Wartościowym celem pośrednim może być takie usytuowanie alkoholu etylowego w kulturze życia codziennego, aby minimalizować szkody alkoholowe. Drogą do tego celu pośredniego jest eliminowanie wszelkich form tzw. nadużywania napojów alkoholowych w oparciu o identyfikację szkód i zmianę form jego obecności w życiu codziennym oraz stałe dążenie do zmniejszania jego znaczenia w hierarchii wartości poszczególnych osób i całego społeczeństwa.

2) Jak wspomniano wyżej, są grupy społeczne szczególnie narażone na negatywne oddziaływanie alkoholu (dzieci, młodzież, kobiety, osoby podatne genetycznie na szybsze uzależnienie), zatem powinny one być otoczone szczególną opieką i pomocą (profilaktyka, terapia, rehabilitacja). Odnoszone przez nie szkody powinny być intensywnie niwelowane na koszt społeczeństwa, jeśli decyduje się ono używać alkoholu. Zwłaszcza dostępność pomocy i jej jakość mają zasadnicze znaczenie. Ze względów etycznych sytuacja takich osób powinna przesądzać o wszelkich regulacjach obyczajowych i prawnych używania alkoholu etylowego w danym społeczeństwie. Styl życia większości musi respektować uzasadnione prawa mniejszości objętej zwiększonym ryzykiem szkód alkoholowych (np. dzieci z rodzin alkoholowych wykazujące tzw. efekt teleskopowy szybszego uzależnienia)[20].

3) Różnorodne doświadczenia historyczne pouczają, że jest możliwe znaczne polepszenie sytuacji poprzez wytrwałą i planową politykę społeczną[21]. Zmiana społeczna w tym zakresie jest możliwa. Wskazane jest oparcie jej na wiedzy (*evidence-based social policy*), na podmiotowej aktywności lokalnej i na zgodzie społecznej wokół celów i narzędzi działania.

Działania te muszą uwzględniać zasoby kulturowe i specyfikę danej społeczności. W jakimś stopniu zawsze jest to przemiana duchowa danej wspólnoty osób, a nie wyłącznie efekt „inżynierii społecznej".

Różnorodne doświadczenia historyczne pouczają, że jest możliwe znaczne polepszenie sytuacji poprzez wytrwałą i planową politykę społeczną.

4) Wypracowanie trwałej i powszechnej moralnej sprawności w postaci trzeźwości przez wszystkich Polaków jest istotą Narodowego Programu Trzeźwości. Konkretnie oznacza to pełną abstynencję osób nieletnich i szczególnie wrażliwych na szkody alkoholowe. W przypadku dorosłych oznacza to abstynencję lub umiar, zwłaszcza z uwzględnieniem aktualnych okoliczności życiowych wykluczających używanie etanolu i uwzględnianiem ilościowych oraz czasowych ograniczeń formułowanych przez ekspertów[22]. Tego celu nie da się osiągnąć bez praktykowania świadomej abstynencji przez znaczącą część Narodu („*Przez abstynencję wielu do trzeźwości wszystkich*"), bez znaczącego spadku poziomu spożycia napojów alkoholowych oraz bez zmiany obecnych sposobów używania napojów alkoholowych (w kierunku wykluczającym upijanie się oraz zbyt częstą konsumpcję). Radykalne ograniczenie aktualnego poziomu spożycia jest najważniejszym i kluczowym celem pośrednim oraz warunkiem bezwzględnym na drodze do trzeźwości wszystkich.

5) Doświadczenia historyczne wskazują na istotny wpływ autorytetów i liderów społecznych na osiągnięcie trzeźwości całego społeczeństwa. Dotyczy to zwłaszcza duchowieństwa, nauczycieli, parlamentarzystów, władz rządowych, samorządowych oraz pracowników kultury i mediów, a także wszystkich zawodowo stykających się z tą problematyką. Powinni oni być właściwie poinformowani (edukacja elit) i odznaczać się osobistym nienagannym stylem życia w zakresie używania napojów alkoholowych, a ich

Radykalne ograniczenie aktualnego poziomu spożycia jest najważniejszym i kluczowym celem pośrednim oraz warunkiem bezwzględnym na drodze do trzeźwości wszystkich.

Wypracowanie trwałej i powszechnej moralnej sprawności w postaci trzeźwości przez wszystkich Polaków jest istotą Narodowego Programu Trzeźwości.

decyzje (również wyrażone w aktach prawnych i zarządzeniach) powinny być zgodne z dążeniem do powszechnej trzeźwości.

Aktualna wiedza i praktyka potwierdzają, że niskie ceny napojów alkoholowych i zbyt duża ich dostępność to czynniki powodujące stały wzrost wskaźników spożycia alkoholu w społeczeństwie. Bez zmian w tym zakresie osiąganie celów Programu będzie bardzo utrudnione, a nawet niemożliwe. Należy dążyć do jednoczesnego ograniczania popytu (edukacja publiczna, profilaktyka, rozwój społeczny, podnoszenie świadomości szkodliwości spożywania alkoholu), jak i dostępności napojów alkoholowych (dostępność ekonomiczna, geograficzna, prawna, kulturowa).

2. Ocena stanu problemów alkoholowych w Polsce

2.1. Polska leży w centrum Europy, w której notuje się największe spożycie alkoholu etylowego na świecie[23] i najwięcej problemów alkoholowych z tym związanych. Nasze wskaźniki spożycia alkoholu na tle innych narodów europejskich są średnie[24]. Dalece jednak przekraczają średnie światowe[25]. Przede wszystkim notujemy:

– wysokie spożycie „per capita" – dla osób powyżej 15-tego roku życia, dwukrotnie większe (12,5 l) od średniej światowej („per capita" 15+)[26]. W stosunku do całej populacji w Polsce wy-

nosiło ono w 2015 roku 9,41 litra czystego alkoholu na mieszkańca rocznie[27];

– bardzo wysokie wskaźniki koncentracji spożycia w grupie dużo pijących obywateli, którzy używają alkoholu etylowego w charakterze środka narkotycznego (częste upijanie się, wysokie stężenia alkoholu w płynach ciała)[28];

– związane z tym nadmiernie wysokie wskaźniki osób uzależnionych i szkodliwie pijących[29];

– bardzo dużą dostępność napojów alkoholowych (geograficzna[30], ekonomiczna, kulturowa), w tym dla nieletnich[31];

– ogromne wpływy biznesu alkoholowego[32] i tolerancję dla przypadków łamania prawa dotyczącego alkoholu[33];

– nadal zbyt małą dostępność terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych i członków ich rodzin[34];

– zbyt mały wpływ licznych abstynentów i praktykujących umiar (jest to „milcząca większość" społeczeństwa polskiego) na obyczaje i regulacje prawne[35] w sprawach alkoholu[36].

2.2. Wśród Polaków zbyt mała jest wiedza o naturze problemów alkoholowych i rozpowszechnione są tzw. błędne przekonania normatywne, czyli uznawanie picia napojów alkoholowych za czynność powszechną, normalną i taką, która nie pocią-

Wśród Polaków zbyt mała jest wiedza o naturze problemów alkoholowych i rozpowszechnione są tzw. błędne przekonania normatywne.

Zbyt wielu Polaków nie umie używać napojów alkoholowych w sposób minimalizujący ryzyko.

ga za sobą ryzyka; częste jest też opieranie się na mitach i stereotypach dotyczących alkoholu[37], również w tych grupach społecznych, które z powodów zawodowych powinny wykazywać się większą wiedzą (lekarze, prawnicy, policjanci, dziennikarze, wychowawcy).

Szkodliwe wzory spożycia są łatwo przekazywane w kolejnych pokoleniach, obyczajowość jest przesycona złymi nawykami, a sytuację pogarsza dodatkowo wpływ bardzo intensywnego marketingu napojów alkoholowych (reklama, akcje promocyjne, szeroka dystrybucja).

2.3. Publicznie znane naruszenia obyczajów alkoholowych, zwłaszcza przedstawicieli elit społecznych, spotykają się z nadmierną tolerancją („*alkohol jest dla ludzi*"), co utrwala silną pozycję picia w codziennej obyczajowości. W wielu sytuacjach społecznych używanie alkoholu jest niepotrzebnie dopuszczane lub nawet promowane.

2.4. Negatywne wzorce bywają przekazywane w obyczajowości rodzinnej i towarzyskiej.

2.5. Zbyt wielu Polaków nie umie używać napojów alkoholowych w sposób minimalizujący ryzyko (kultywują tzw. północno-wschodni model spożycia z akcentem na upijanie się). To sprawia, że zakres i ciężar szkód alkoholowych w Polsce jest wyższy, niż mógłby być przy podobnym poziomie spożycia „per capita" występującym w innych krajach. Ukazują to wyraźnie porównania międzynarodowe (np. wskaźniki w Polsce i we Włoszech)[38].

3. Główne obszary szkód alkoholowych w Polsce

3.1. Główne ujemne skutki braku trzeźwości Polaków, to zwłaszcza:

– liczne szkody zdrowotne, w tym: nowotwory (np. jelita grubego, płuc – synergia z paleniem tytoniu, rak piersi u kobiet, choroby układu krwionośnego, nerwowego, trawiennego, marskość wątroby, choroby trzustki, Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS)[39];

– śmiertelne zatrucia, wypadki, samobójstwa, utonięcia, zamarznięcia (większość przypadków lub znaczący ich odsetek);

– ciężkie naruszenia prawa (w tym zabójstwa, bójki, napady, przemoc domowa);

– obniżenie wydajności w pracy i straty w działaniach gospodarczych (np.: błędna alokacja inwestycji), zniszczenia mienia publicznego i prywatnego, koszty przestępstw, awarii i katastrof, straty z powodu nadumieralności i inwalidztwa;

– duża liczba osób uzależnionych (między 640 tysięcy a milionem obywateli) i bardzo duża grupa osób szkodliwie i ryzy-

W Polsce istnieje duża liczba osób uzależnionych (między 640 tysięcy a milionem obywateli) i bardzo duża grupa osób szkodliwie i ryzykownie pijących – ok. 3 mln.

Brak trzeźwości Polaków powoduje niezdolność do miłości oraz popadanie w drastyczny kryzys duchowy, moralny i religijny.

kownie pijących – ok. 3 mln (czyli według najnowszej klasyfikacji DSM V – uzależnieni w stopniu lekkim i umiarkowanym)[40];

– duża, kilkumilionowa (4-5 mln) rzesza osób współuzależnionych (w tym ok. 1 mln dzieci[41]) wykazujących zaburzenia zdrowotne, psychiczne i rozwojowe, ogromnie obciążonych stresem[42];

– bezpośredni i decydujący wpływ na przemoc domową, również wobec dzieci (około 70% przypadków)[43];

– rozpad więzi rodzinnych i znaczący wpływ na liczbę rozwodów;

– większość przypadków bezdomności i duży wpływ na chroniczne bezrobocie wielu osób;

– duży zakres strat rozwojowych ludzi młodych (straty o różnorodnym charakterze, od biologicznych po psychologiczne i duchowe)[44];

– znaczne koszty usuwania szkód alkoholowych (np. koszty leczenia) na poziomie znacznie przekraczającym wpływy z obrotu napojami alkoholowymi[45];

– niezdolność do miłości oraz popadanie w drastyczny kryzys duchowy, moralny i religijny.

3.2. Niemal wszystkie podane straty mogą ulegać istotnemu ograniczeniu w przypadku postępu w zmniejszaniu średniego spożycia, a przede wszystkim zmiany wzorów używania alkoholu w Polsce (zbyt duża koncentracja spożycia, ignorowanie okoliczności wykluczających spożycie). Są wśród nich i takie, które można wyeliminować prawie całkowicie, jak np. FAS/FAE.

3.3. Należy też wskazać na takie trudne do oszacowania, ale niewątpliwe szkody, jak ogólne osłabienie życia duchowego, dezintegracja wspólnot lokalnych, zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa publicznego czy straty kulturowe. Społeczeństwo, przy tak wysokim poziomie problemów występującym w naszym kraju, jest jako całość słabsze i mniej suwerenne wewnętrznie. Ta sfera subtelnych zmian kulturowych powinna być badana metodami jakościowymi lub ujmowana w refleksji antropologicznej (filozoficznie i teologicznie), gdyż właśnie w tego rodzaju subtelnych procesach „wykluwają się" problemy alkoholowe w masowej skali.

Istnieje związek między widocznym rozwojem lub regresem całego społeczeństwa a stanem problemów alkoholowych (problem wolności i suwerenności wewnętrznej Narodu). Zwłaszcza dotyczy to kondycji wspólnot rodzinnych, szkolnych i zawodowych jako zasadniczego czynnika ochronnego.

Istnieje związek między widocznym rozwojem lub regresem całego społeczeństwa a stanem problemów alkoholowych (problem wolności i suwerenności wewnętrznej Narodu).

4. Zasadnicze cele Narodowego Programu Trzeźwości

Zasadniczym celem jest trzeźwość Narodu. Dokonany wcześniej opis problemów pomaga sformułować zasadnicze wymiary pożądanych zmian. Należy podkreślić, że każdy z opisanych poniżej kierunków działań ma duże znaczenie i dlatego należy ujmować je całościowo, a cele tych działań powinny być osiągane w miarę możliwości równolegle i systematycznie.

Ze względu na głęboko zakorzenione zwyczaje alkoholowe w życiu społecznym oraz wywoływaną przez nie destrukcję osób i grup społecznych, należy realistycznie przewidywać czas realizacji Narodowego Programu Trzeźwości, obejmujący jedno pokolenie (25 lat), aby utrwaliła się zmiana postaw. Natomiast szczegółowe plany jego realizacji i aktualne priorytety powinny być formułowane corocznie i poddawane systematycznej ocenie.

4.1. Cele edukacyjno-kulturowe:

– rozpowszechnienie niezbędnej wiedzy na temat szczegółów działania alkoholu[46] i społecznych uwarunkowań jego używania w całym społeczeństwie, zwłaszcza wśród konsumentów napojów alkoholowych, w określonych grupach zawodowych i wśród decydentów i liderów społecznych;[47]

– budowanie wystarczającego poparcia społecznego i zgody narodowej wokół koniecznych rozwiązań problemów alkoholowych i nadanie najwyższych priorytetów tej zmianie, konsekwentnie i długofalowo realizowanej;

– zmiana usytuowania używania alkoholu w świadomości i obyczaju Polaków, przezwyciężenie normy „pije się" – rezygnacja z dominacji „narkotycznego" używania alkoholu w kulturze życia codziennego.

4.2. Cele związane ze zmianą zachowań:

– uzyskanie realnej abstynencji dzieci i młodzieży[48] do 21 roku życia[49], osiągniętej przy aktywnym udziale odpowiednich grup dorosłych (rodzice, duszpasterze, nauczyciele, urzędnicy)[50];

– zmiana sposobu spożywania napojów alkoholowych przez Polaków tak, aby alkohol nigdy nie był używany w charakterze silnego narkotyku (używanie bez nadużywania i upojenia, rozsądniejsze wzory korzystania z alkoholu);

– wykluczenie picia z wielu szczególnie wrażliwych sytuacji życiowych i zawodowych (praca zawodowa, kierowanie pojazdami, ciąża i karmienie piersią, opieka nad dziećmi i inne, zgodnie ze stale aktualizowaną wiedzą);

– obniżenie rocznego spożycia alkoholu na mieszkańca („per capita") przynajmniej do połowy średniej światowej, czyli nie więcej niż 6 litrów;

– wyraźne zmniejszenie odsetka osób nadmiernie pijących i uzależnionych, a zwiększenie odsetka osób zachowujących abstynencję;

Zmiana usytuowania używania alkoholu w świadomości i obyczaju Polaków to jeden z celów Narodowego Programu Trzeźwości.

Celem Programu jest efektywne wsparcie społeczne osób i instytucji pracujących na rzecz trzeźwości.

– stanowcze przeciwdziałanie wszelkim formom naruszania prawa i przemocy na tle alkoholowym;

– zapobieganie samobójstwom na tle alkoholowym.

4.3. Cele związane z organizacją życia społecznego:

– faktyczne zapewnienie wszystkim osobom dotkniętym problemami alkoholowymi odpowiedniej pomocy z wykorzystaniem wiedzy naukowej i programu Dwunastu Kroków AA w zakresie skuteczności pomagania (lepsza dostępność do dobrych usług terapeutycznych, objęcie profilaktyką i terapią członków rodzin osób uzależnionych, zwłaszcza współmałżonków i dzieci, pomoc dla dorosłych dzieci alkoholików – DDD/DDA);

– efektywne wsparcie społeczne osób i instytucji pracujących na rzecz trzeźwości;

– rozwój zaplecza Programu: osobowego, koncepcyjnego, instytucjonalnego;

– troska o naprawę i adekwatność systemu prawno-organizacyjnego na rzecz osiągania wskazanych celów Programu;

– ograniczenie destrukcyjnego wpływu osób i instytucji działających w kierunku przeciwnym do celów Programu, zwłaszcza ograniczenie marketingu używania napojów alkoholowych oraz

dezinformacji w mediach (reklama, promocja, rozpowszechnianie mitów).

4.4. W świetle powyższego należy stwierdzić, że najważniejszymi celami ogólnymi są trzy:

- zmiana usytuowania używania alkoholu w świadomości i obyczaju Polaków, przezwyciężenie normy „pije się"– rezygnacja z dominacji „narkotycznego" używania alkoholu w kulturze życia codziennego;

- zmiana sposobu używania napojów alkoholowych tak, aby alkohol nigdy nie był używany w charakterze silnego narkotyku (używanie bez nadużywania i upojenia, rozsądniejsze wzory używania);

- obniżenie spożycia alkoholu co najmniej o połowę, czyli poniżej aktualnej średniej światowej, a przez to wyraźne zmniejszenie liczby nadmiernie pijących i uzależnionych.

4.5. Sprowadza się to w gruncie rzeczy do zasadniczego kierunku działania: dostarczyć wszystkim Polakom niezbędnej wiedzy, motywów, umiejętności i wsparcia do osiągania osobistej cnoty umiaru (sprawność moralna – *habitus*) w aspekcie

Należy dostarczyć wszystkim Polakom niezbędnej wiedzy, motywów, umiejętności i wsparcia do osiągania osobistej cnoty umiaru w aspekcie trzeźwości, w postaci bądź dobrowolnej abstynencji, bądź bardzo rzadkiego i wstrzemięźliwego używania napojów alkoholowych.

Przyprowadzanie współczesnych ludzi do Boga oraz pomaganie dzieciom, młodzieży i dorosłym w przyjmowaniu i komunikowaniu dojrzałej miłości to ostateczny fundament trzeźwości, a jednocześnie zadanie Kościoła, w którym żadna inna instytucja nie jest go w stanie zastąpić.

trzeźwości, w postaci bądź dobrowolnej abstynencji, bądź bardzo rzadkiego i wstrzemięźliwego używania napojów alkoholowych. Oznacza to nabycie cnoty trzeźwości i przezwyciężenie wady pijaństwa. W niektórych dziedzinach życia (kultura świętowania, sztuka zabawy – *eutrapelia*), wymaga to aktywnej przebudowy obyczajów[51]. Dobrym przykładem takich wysiłków jest sukces rozpowszechnienia wesel bezalkoholowych.

4.6. Przekazywanie wiedzy o zagrożeniach alkoholowych i warunkach życia w trzeźwości, a także motywowanie do troski o trzeźwość i promowanie umiejętności umożliwiających trzeźwe życie to zadanie konieczne i błogosławione. Na tym jednak nie wolno poprzestać, gdyż człowieka nie da się zaprogramować. Zachowanie trzeźwości wymaga siły, a ta płynie przede wszystkim z przyjaźni z Bogiem oraz z opartych na miłości więziach międzyludzkich.

Przyprowadzanie współczesnych ludzi do Boga oraz pomaganie dzieciom, młodzieży i dorosłym w przyjmowaniu i komunikowaniu dojrzałej miłości to ostateczny fundament trzeźwości, a jednocześnie zadanie Kościoła, w którym żadna inna instytucja nie jest go w stanie zastąpić. Więzi międzyludzkie i aktywne życie religijne należą do najważniejszych znanych nauce i potwierdzonych w praktyce czynników chroniących w dziedzinie problemów alkoholowych[52].

5. Posiadane zasoby wspierające cele Programu

Zanim zostaną wskazane szczegółowe cele, środki i narzędzia działania, trzeba zauważyć, iż wbrew pozorom można liczyć na istniejące pokaźne zasoby, które powinny stanowić fundament w tej pracy.

5.1. Zasoby kulturowo-społeczne:

• Dysponujemy tradycją historyczną społecznego budowania trzeźwości od około XVII wieku, opartą na wysiłkach wybitnych działaczy (św. o. S. Papczyński MIC, J. Szymkiewicz, ks. K. Antoniewicz SJ, ks. A. Fiecek, W. Lutosławski, ks. J. Kapica, bł. o. H. Koźmiński OFMCap, bł. ks. B. Markiewicz CSMA, sługa Boży kard. S. Wyszyński, sługa Boży ks. F. Blachnicki, o. B. Sosnowski OFMCap i wielu innych)[53].

• Polskę charakteryzuje przewaga liczebna dorosłych abstynentów nad pijącymi problemowo, a w każdym razie znaczna przewaga umiarkowanie pijących, chociaż ich wpływ kulturowy jest zbyt słaby w stosunku do liczebności[54].

• W oparciu o wyniki badań socjologicznych można stwierdzić, że nadal wysoki jest poziom życia duchowego Polaków (zarówno w aspekcie religijnym, jak i rodzinnym), co jest empirycznie potwierdzonym czynnikiem ochronnym[55].

• W znacznej części społeczeństwa, w tym u niektórych autorytetów społecznych, ocena trzeźwości jest wysoka. Wyraża się to

Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe wykazują stałą troskę o trzeźwość.

również w podejmowaniu zobowiązań publicznych (np. Jasnogórskie Śluby Narodu, Przyrzeczenia Harcerskie, itp.).

• Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe wykazują stałą troskę o trzeźwość. Na terenie kraju w ciągu roku odbywa się tysiące duszpasterskich inicjatyw trzeźwościowych, między innymi: pielgrzymki, rekolekcje i spotkania modlitewne[56].

• Działają kościelne ruchy abstynenckie (np. Krucjata Wyzwolenia Człowieka[57] i Ruch Światło Życie („Oaza"), katolickie bractwa trzeźwościowe, Stowarzyszenie Wesele Wesel, harcerstwo, Dziecięca Krucjata Niepokalanej).

• Funkcjonuje aktywna sieć grup samopomocowych (kilka tysięcy grup AA[58] i kilkaset grup Al-Anon)[59].

• Działają liczne stowarzyszenia i kluby abstynenta.

5.2. Zasoby prawno-organizacyjne:

• Nasz system prawny uznawany za modelowy w skali europejskiej, jednak zbyt słabo wykorzystywany w praktyce (Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982, z późniejszymi zmianami i inne regulacje), ma tradycje sięgające początków niepodległej Polski (*lex Moczydłowska*)[60]. Niestety, bardzo liczne nowelizacje w dużej mierze zdeformowały to prawo.

• Posiadamy precyzyjnie zdefiniowane obowiązki samorządu i rządu, istnieje prawna możliwość oddolnych działań obywateli.

• Ustawowo przewidziane są zasoby finansowe samorządów przeznaczane na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych.

• Istnieje sieć instytucji systematycznie działająca na obszarze problematyki trzeźwościowej, zarówno samorządowych, rządowych, jak i pozarządowych[61].

5.3. Zasoby kadrowe i dobre praktyki:

• Istnieje grupa specjalistów z zakresu terapii uzależnień i profilaktyki z wysokimi kompetencjami, pracująca w oparciu o tzw. polski model rozwiązywania problemów alkoholowych, co wydatnie zwiększyło skuteczność terapii uzależnień.

• Istnieje duży zasób doświadczeń praktycznych i programów lokalnych z ostatnich lat; każda gmina przygotowuje własne rozwiązania.

• Znaczący, chociaż nadal niewystarczający, jest zasięg szkolnych programów profilaktycznych. Zbudowany jest system ich oceny i rekomendacji.

• Ministerstwo Zdrowia opracowywało i wdrażało wieloletnie programy interdyscyplinarne *Narodowe Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,* przygotowane przez odpowiednie grona eksperckie.

Zachowanie i wzmacnianie zasobów jest kluczem do realizacji Narodowego Programu Trzeźwości.

• Funkcjonuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, o określonych ustawowo zadaniach.

• Wydano dużo[62] dobrej literatury fachowej, popularnej i naukowej (rodzime i tłumaczenia).

• Liczne osoby są chętne do pracy na rzecz trzeźwości i rozwiązywania problemów alkoholowych.

5.4. Wszystkie te zasoby wymagają ochrony, wzmacniania i propagowania. Polacy mają prawo je znać, doceniać i wykorzystywać. Zwłaszcza jednak dorobek prawno-organizacyjny wymaga stałej uwagi i naprawy, gdyż jest, jak się wydaje, przedmiotem stałego nacisku ze strony różnych środowisk, które nie są zainteresowane rozwiązywaniem polskich problemów alkoholowych (np. liczne próby psucia prawa drogą drobnych nowelizacji)[63].

5.5. Do każdego rodzaju z wymienionych zasobów można skierować uwagi o ich niedostatecznym wykorzystaniu czy nawet zanikaniu w świadomości społecznej (np. błędy w aktywności samorządów, słaba implementacja prawa). Poniekąd z tych zaniedbań i słabości utrwalają się lub powstają problemy alkoholowe o zasięgu społecznym. Jednak zasoby te realnie istnieją i należy je maksymalnie wykorzystać. Ich zachowanie i wzmacnianie jest kluczem do realizacji Narodowego Programu Trzeźwości.

6. Szczegółowe sposoby realizacji Programu

Wymienione ogólne cele Programu wymagają konkretyzacji. Należy to ująć w układzie poszczególnych faz realizacji Programu. Fazy te wymienione są poniżej w kolejności logicznej, natomiast ich realizacja będzie się wzajemnie przenikać. Niezbędne jest wsparcie modlitewne podejmowanych działań.

6.1 Faza zainicjowania Programu i przygotowania do jego wdrożenia:

- Proklamowanie Narodowego Programu Trzeźwości. Pozyskanie autorytetów społecznych, lokalnych i ogólnopolskich, w celu uzyskania ich wsparcia dla Programu. Zaplanowana praca „metapolityczna" dla osiągnięcia tego celu, spotkania dla uzyskania konsensusu społecznego, edukacja elit politycznych, wzbudzanie zainteresowania społecznego tematyką trzeźwości.

- Ustanowienie odpowiednio umocowanego stałego Zespołu składającego się z ekspertów, reprezentantów zainteresowanych środowisk, kluczowych instytucji kościelnych, państwowych, samorządowych i pozarządowych. Celem Zespołu jest systematyczne planowanie i cyklicznie monitorowanie osiągania celów Narodowego Programu. Konieczne jest zorganizowanie systemu planowania i analizy stopnia osiągania celów we współpracy z zainteresowanymi ośrodkami badawczymi.

- Edukacja publiczna na dużą skalę, prezentująca Program i jego znaczenie. Kampanie społeczne wskazujące niezbędność i korzyści z wprowadzania w życie Programu. Powszechna eduka-

Konieczna jest mobilizacja w Kościele do zaangażowania na płaszczyźnie formacji osobowej i społecznej, a przede wszystkim modlitewnej do realizacji Narodowego Programu Trzeźwości.

cja publiczna na wszystkich etapach życia człowieka. Pozyskanie przedstawicieli mediów i świata kultury oraz dostarczanie im materiałów do pracy. Uruchamianie działań sieciowych, opartych na współpracy przygotowanych wolontariuszy.

• Aktywizacja zasobów oraz integracja wszystkich potencjalnych sojuszników, zwłaszcza ruchów trzeźwościowych, wokół celów Programu.

• Mobilizacja w Kościele do zaangażowania na płaszczyźnie formacji osobowej i społecznej, a przede wszystkim modlitewnej do realizacji Narodowego Programu Trzeźwości.

6.2. Faza początkowych działań
na rzecz realizacji Programu:

• Dokonywanie systematycznej i ciągłej diagnozy stanu problemów alkoholowych w Polsce, również na poziomie lokalnym (gminnym), zgodnie ze standardami międzynarodowymi i systematyczne zapoznawanie w czytelnej formie z jej wynikami decydentów i ogółu społeczeństwa.

• Edukacja specjalistyczna na temat problemów alkoholowych i metod ich rozwiązywania skierowana do elit społecznych i polityków sprawujących funkcje publiczne, urzędników samorządowych, dziennikarzy, duchownych, nauczycieli i wychowawców,

pracowników służby zdrowia, trenerów sportowych, działaczy organizacji pozarządowych, ekonomistów, pracowników sektora obrotu napojami alkoholowymi, prawników, służb mundurowych. Wprowadzenie obowiązku określonej edukacji dla wszystkich funkcjonariuszy publicznych i pełniących funkcje z wyboru (posłowie, senatorowie, radni).

6.3. Faza intensywnych działań
na rzecz realizacji Programu:

• Ograniczenie dostępności napojów alkoholowych (w tym w drodze przygotowanych edukacyjnie i zaakceptowanych społecznie zmian legislacyjnych, od poziomu Sejmu do poziomu gminy, np. zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi na danym terytorium, ograniczenia marketingowe, zwłaszcza reklamy, ograniczenia lobbingu, wpływ poprzez ceny i podatki)[64].

• Aktywna promocja medialna i środowiskowa dojrzałej i świadomej abstynencji jako najkorzystniejszej postawy z punktu widzenia ludzkiego zdrowia i rozwoju, cnoty trzeźwości oraz ukazanie możliwości mniej ryzykownych sposobów korzystania z napojów alkoholowych.

• Kampanie przeciw pijaństwu elit, nacisk społeczny na gremia polityczne i elity zawodowe, zmiany w prawie utrudniające

Aktywna promocja medialna i środowiskowa dojrzałej i świadomej abstynencji jako najkorzystniejszej postawy z punktu widzenia ludzkiego zdrowia i rozwoju, cnoty trzeźwości oraz ukazanie możliwości mniej ryzykownych sposobów korzystania z napojów alkoholowych.

Konieczne są programy profilaktyczne dla dorosłych w każdych dostępnych środowiskach, w tym w miejscu pracy.

pijaństwo w pracy, specjalistyczne programy interwencyjno – profilaktyczne w wybranych środowiskach zawodowych o zwiększonym ryzyku problemów alkoholowych (np. służby mundurowe[65]).

• Ukazywanie możliwości używania alkoholu bez przekraczania bezpiecznych granic, edukacja społeczna w zakresie skutków upijania się, programy profilaktyczne dla dorosłych w każdych dostępnych środowiskach, w tym w miejscu pracy.

• Usprawnienie systemu interwencji i profilaktyki wobec kierujących pojazdami w stanie nietrzeźwości.

• Wzmocnienie prawa w zakresie respektowania ograniczeń dostępności napojów alkoholowych dla osób nieletnich[66] i równolegle inwestowanie w rozwój programów profilaktycznych, przygotowanie nauczycieli do roli profilaktyka – tak, aby objąć różnymi formami pracy wszystkich młodych ludzi[67], proporcjonalnie do potrzeb i sytuacji rozwojowych, medialne kampanie edukacyjne skierowane do młodych, praca z rodzicami w kierunku podjęcia przez nich efektywnych zadań profilaktycznych[68].

6.4. Faza utrwalania i wzmacniania efektów Programu:

• Praca na rzecz integracji rodzin (najważniejszy czynnik chroniący)[69]. Uczenie budowania więzi i komunikacji w rodzinach, a zwłaszcza młodych małżeństw pochodzących z rodzin

dysfunkcyjnych, które nie mają wsparcia we własnych rodzinach.

- Wspieranie rozwoju duchowego i dojrzałej religijności[70].

- Wzmocnienie profilaktycznego wpływu szkół poprzez kształtowanie ich wspólnotowego charakteru. Sprzyjanie wartościowym pod względem profilaktycznym sposobom kształcenia (odpowiednie doskonalenie umiejętności i wiedzy nauczycieli, przeciwdziałanie niepowodzeniom szkolnym i przemocy na terenie szkół).

- Opracowywanie i wprowadzanie w życie nowych skutecznych programów profilaktycznych, których głównym celem będzie uczenie dzieci, młodzieży i dorosłych dojrzałej sztuki życia, w tym wypracowania cnoty wstrzemięźliwości. Podstawą takich programów powinna być przyjaźń z Bogiem, pozytywne więzi w rodzinie oraz respektowanie podstawowych wartości i norm moralnych. Należy uwzględniać w nich pewien zakres ostrzeżeń specyficznych wobec alkoholu[71].

- Aktywizacja pracy profilaktycznej w parafiach w ramach duszpasterstwa ogólnego (np.: postanowienia przy okazji Pierwszej Komunii św., bierzmowania, przygotowanie do sakramentu małżeństwa, katechezy parafialne, rekolekcje, itp.). Zaangażowanie grup i wspólnot przy parafiach, stowarzyszeń i bractw trzeźwościowych.

Aby utrwalić i wzmocnić efekty Programu konieczne jest wspieranie rozwoju duchowego i dojrzałej religijności.

Podstawą programów profilaktycznych powinna być przyjaźń z Bogiem, pozytywne więzi w rodzinie oraz respektowanie podstawowych wartości i norm moralnych.

• Dorośli stanowiący środowisko wzrastania i formowania dzieci i młodzieży (rodzice, nauczyciele, wychowawcy, księża, urzędnicy, policjanci, pracownicy wymiaru sprawiedliwości) powinni być w centrum uwagi profilaktyków. Konieczne jest przygotowanie trenerów sportowych i animatorów kultury do spełniania roli profilaktycznej[72].

• Inwestowanie w kadrę terapeutów uzależnienia i współuzależnienia[73] i dobrze pracujące ośrodki terapeutyczne, analiza przeszkód w korzystaniu z ich pomocy, promocja środowisk samopomocowych. Ułatwianie drogi do uzyskania pomocy terapeutycznej, wspieranie programów informacyjnych w mediach, szerzenie wiedzy o potrzebach rodzin z problemem alkoholowym, ukazywanie uzależnienia jako choroby (*destygmatyzacja* uzależnionych, przy jednoczesnym braku tolerancji dla zachowań alkoholowych w miejscu pracy i rodzinie).

• Rozwój pracy terapeutycznej wśród osób osadzonych w zakładach karnych lub objętych probacją i kuratelą.

• Budowanie i promowanie pozytywnego wizerunku osób pracujących na rzecz trzeźwości poprzez rozszerzenie i urozmaicenie wyróżnień, nagród, plebiscytów lokalnych, zachęta dla mediów w tym kierunku (misja mediów publicznych).

• Zaplanowana i systematyczna praca medialna dla utrwalenia celów Programu.

• Organizowanie spotkań środowiskowych w celu budowania wsparcia społecznego dla trzeźwościowej polityki społecznej, edukacja elit politycznych, wzbudzanie zainteresowania społecznego tą tematyką.

• Regularne dokonywanie ewaluacji osiągania celów Programu przy pomocy nowoczesnych metod badawczych. Rozwój instytucji (np. katedr, zakładów) szkolnictwa wyższego lub instytutów naukowo-badawczych w celu zapewnienia zaplecza dla badań na rzecz profilaktyki, terapii i pozytywnych zmian społecznych. Wprowadzanie w życie wniosków płynących z oceny skuteczności Programu.

• Modyfikacja i uzupełnianie Programu wobec nowych okoliczności społecznych.

6.5. Wiele z opisanych tutaj działań już było lub jest w jakimś stopniu podejmowanych. Zatem należy je integrować, promować i wzmacniać, jako tzw. dobre praktyki[74]. Niektóre z tych działań są dobrze dopasowane do światowych standardów[75]. Badania światowe wskazują na istotną rolę ograniczania dostępności napojów alkoholowych na każdym możliwym polu, a szczególnie prawnym, geograficznym, ekonomicznym, kulturowym[76]. Ten instrument jest najbardziej efektywny doraźnie. Natomiast instrumenty edukacyjne są efektywne w dłuższej perspektywie czasowej. Należy dążyć do równoczesnego ograniczania zarówno popytu, jak i dostępności alkoholu. Zgodnie z aktualną wiedzą szczególnie ważne są ograniczenia dostępności, zwłaszcza prawne i ekonomiczne.

Zgodnie z aktualną wiedzą szczególnie ważne są ograniczenia dostępności alkoholu.

7. Najważniejsze warunki osiągnięcia celów Programu

Należy dostrzegać istotne warunki skutecznej realizacji Programu i podejmować stały wysiłek na rzecz ich występowania.

7.1. Niezwykle ważne jest uzyskanie społecznej zgody dla celów i metod Narodowego Programu. Musi on być rezultatem dojrzałości i partycypacji społecznej oraz wynikiem autentycznych decyzji poszczególnych ludzi, środowisk, finalnie całego Narodu. Prezentowany tutaj Program to opis pewnego procesu zmiany społecznej, a zatem aktualne są wszystkie ustalenia dotyczące praw rządzących takimi zmianami. Animatorzy Programu powinni je znać i uwzględniać w swej pracy.

Istnieje potrzeba zorganizowana pewnej formy edukacji na rzecz Programu – podobne próby podejmowano w poprzednich latach, niekiedy z ciekawymi i dobrymi skutkami.

Narodowy Program Trzeźwości, jako strategiczne dobro całego Narodu i Państwa, musi być rozwijany i realizowany przy udziale elit społecznych[77] z różnych środowisk – tak, aby naturalnie zachodzące w demokratycznym kraju zmiany rządzących i sposobów określania taktyki polityki społecznej, nie powodowały przerwania ciągłości realizacji długofalowej strategii programu (stały, ponadpartyjny consensus polityczny)[78].

Narodowy Program Trzeźwości, jako strategiczne dobro całego Narodu i Państwa, musi być rozwijany i realizowany przy udziale elit społecznych z różnych środowisk.

Warunkiem skuteczności jest determinacja i wola trwania przy głównych celach Programu w okresie przynajmniej jednego pokolenia (25 lat) oraz coroczne formułowanie aktualnych szczegółowych celów i zadań.

7.2 Warunkiem skuteczności jest determinacja i wola trwania przy głównych celach Programu w okresie przynajmniej jednego pokolenia (25 lat) oraz coroczne formułowanie aktualnych szczegółowych celów i zadań. Konieczne jednak jest dotarcie z jego celami do szerokich warstw społecznych i dłuższa systematyczna promocja Programu.

Doświadczenia innych krajów (np. Islandia[79], Szwecja) wskazują na to, że konieczne jest cierpliwe i konsekwentne trwanie przy celach Programu w okresie przynajmniej kilkunastoletnim. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby w trakcie realizacji Programu rozszerzać go lub unowocześniać, jednak bez rezygnowania z już ustalonych zadań.

W przedsięwzięciach takich kluczowa jest długomyślność, konsekwencja i wytrwałość, obok niezbędnej elastyczności.

Konieczne jest cierpliwe i konsekwentne trwanie przy celach Programu w okresie przynajmniej kilkunastoletnim. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby w trakcie realizacji Programu rozszerzać go lub unowocześniać, jednak bez rezygnowania z już ustalonych zadań.

8. Identyfikacja głównych przeszkód

Trzeba wskazać możliwe przeszkody w realizacji programu, gdyż konieczne będzie ich systematyczne przezwyciężanie.

8.1. Przeszkody wewnętrzne:

• Brak utożsamiania się Polaków z ogólnymi celami trwania i rozwoju Narodu, obojętność i osłabiona świadomość narodowa i religijna. Niezrozumienie potrzeby Programu w skali ogólnospołecznej, np.: porażka w zakresie komunikacji społecznej promotorów Programu, opór mediów, obojętność, dezintegracja społeczna, zachowawczość, błędne rozumienie tradycji spotkań towarzyskich.

• Przeciwdziałanie ze strony osób, dla których nadużywanie alkoholu stało się sposobem życia, a wszelkie ograniczenia są przez nie odbierane jako ingerencja w osobiste uprawnienia i źródło dysonansu poznawczego (picie bez ograniczeń jako swoiste „prawo człowieka").

• Zachowania przedsiębiorców, których chęć maksymalizacji zysku prowadzi do powiększania i utrwalania ryzykownych zachowań, a zwłaszcza zakres lobbingu, promocji i reklamy picia napojów alkoholowych, szczególnie w wersji nadużywania (np. promocje ilościowe)[80]. Interesy przedsiębiorców medialnych, którzy obecnie zarabiają na reklamie i promocji picia.

• Krótkowzroczność elit i brak świadomości reguł życia społecznego oraz brak zrozumienia negatywnego wpływu nadużywa-

nia alkoholu na historię i los Narodu. Postrzeganie przez elity polityczne i zawodowe używania alkoholu jako pozytywnego zachowania o ograniczonym ryzyku, skupionym wyłącznie wokół problemów osób uzależnionych.

- Procesy dezintegracji życia rodzinnego, wysokie wskaźniki rozpadu małżeństw, samotności i różne formy współczesnego barbarzyństwa kulturowego[81].

- Kryzysy systemu edukacji, oddalające cele profilaktyczne na dalszy plan[82].

- Upadek szacunku dla stosowania prawa (tzw. anomia), korupcja, kryzysy i napięcia polityczne.

- Brak konsekwencji i spory środowiskowe we wprowadzaniu podstawowych celów Programu, spory kompetencyjne zaangażowanych instytucji.

- Zawężone, technokratyczne rozumienie celów Programu, a w szczególności rezygnacja z kulturowych, zwłaszcza duchowych zasobów koniecznych w każdej konstruktywnej zmianie społecznej, lekceważenie prostych sposobów pracy społecznej i roli zaangażowanych wolontariuszy.

Przeszkodą w realizacji Programu mogą być Procesy dezintegracji życia rodzinnego, wysokie wskaźniki rozpadu małżeństw, samotności i różne formy współczesnego barbarzyństwa kulturowego.

Jedną z przeszkód w realizacji Programu może być krótkowzroczność elit i brak świadomości reguł życia społecznego oraz brak zrozumienia negatywnego wpływu nadużywania alkoholu na historię i los Narodu.

8.2. Przeszkody zewnętrzne:

- Konflikty polityczne (np. wojny).

- Naciski zewnętrznych podmiotów politycznych i gospodarczych (w tym: korupcja).

- Globalne procesy sekularyzacji i laicyzacji zmniejszające wpływ czynnika chroniącego w postaci religii i pozytywnych więzi rodzinnych[83].

- Ewentualne globalne kryzysy ekonomiczne, nacisk na powrót do „pijanego budżetu", zmniejszenie środków finansowych na pracę dla trzeźwości.

8.3. Doświadczenia z wczesnych lat 90-tych wykazały dobitnie, że społeczeństwo polskie (w tym elity polityczne) nie były przygotowane na tak znaczny nacisk w postaci intensywnego marketingu napojów alkoholowych ze strony silnych i sprawnych zewnętrznych podmiotów gospodarczych. Czynnik ten, łącznie z łatwą dostępnością, nadal działa na rzecz zwiększania spożycia napojów alkoholowych, czego wyrazem jest stały wzrost spożycia do poziomu wyższego niż przed 1989 rokiem.

9. Kluczowa rola ochronna życia rodzinnego i religijnego

9.1 Narodowy Program Trzeźwości nie jest wyłącznie typowym programem profilaktyki zdrowotnej, ale próbą zmiany nawyków i sposobu działania znacznej części społeczeństwa. Jak wyżej wspomniano, jego celem jest promocja trzeźwości jako sprawności moralnej (cnota – *habitus*)[84].

To nadaje mu ogólnoludzki, rozwojowy charakter i wskazuje na decydującą rolę czynnika duchowego w tak rozległej zmianie. Konieczne jest z tego powodu wykraczanie poza czysto polityczno-państwowy horyzont i dostrzeganie roli takiego wysiłku w rozwoju duchowym Narodu.

Bardzo ważną rolę mają do spełnienia parafie i inne ośrodki życia duchowego. Ich działalność już jest znaczna, ale może być bardziej ożywiona i lepiej ukierunkowana.

9.2 Jednym z kluczowych zagadnień jest też jakość życia rodzinnego Polaków. Przy znacznym mnożeniu się zjawisk kryzysowych w życiu rodzinnym, nie jest możliwa pełna realizacja Programu[85]. Również w życiu czysto indywidualnym kryzysy miłości rodzinnej przekładają się natychmiast na kłopoty z substancjami psychoaktywnymi. Są to obszary ściśle powiązane[86]. I odwrotnie, jak już wspomniano, wysoka jakość i siła więzi rodzinnych stanowi najsilniejszy znany czynnik chroniący[87].

Narodowy Program Trzeźwości jest próbą zmiany nawyków i sposobu działania znacznej części społeczeństwa. Jego celem jest promocja trzeźwości jako sprawności moralnej.

Część prac Programu można traktować jako zadanie wprost z zakresu życia duchowego (religijnego) społeczeństwa, bo jest próbą usuwania negatywnych dyspozycji, wynikających ze słabości natury ludzkiej, przez ukształtowanie cnoty trzeźwości.

9.3 Można traktować część prac Programu jako zadanie wprost z zakresu życia duchowego (religijnego) społeczeństwa, bo jest próbą usuwania negatywnych dyspozycji, wynikających ze słabości natury ludzkiej, przez ukształtowanie cnoty trzeźwości.

Pod tym względem Program przypomina indywidualny wysiłek terapeutyczny, gdy uzależniona osoba próbuje na nowo ustalić swój konstruktywny styl życia. Często odwołuje się ona do czynnika duchowego (np. w ruchu samopomocowym AA: *Bóg, którego opiece powierzamy nasze życie*). Rozsądnie jest przyjąć, że podobny charakter ma również próba zmiany społecznej w dużej skali.

W tradycji narodowej Polaków odwołanie do pomocy Bożej jest powszechne. Wyrazem tego jest formowanie dojrzałej więzi z Bogiem oraz rozwinięta pobożność maryjna w polskim ruchu trzeźwościowym.

W tradycji narodowej Polaków odwołanie do pomocy Bożej jest powszechne. Wyrazem tego jest formowanie dojrzałej więzi z Bogiem oraz rozwinięta pobożność maryjna w polskim ruchu trzeźwościowym.

10. Zagadnienia szczególnej wagi – formowanie postaw

Niezbędne jest ponowne wskazanie na wybrane zagadnienia szczególnej wagi, rozwijając nieco ich szczegółowy opis.

10.1 Edukacja najmłodszych Polaków w dziedzinie problemów alkoholowych powinna uwzględniać wiedzę o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka, obejmować działania niespecyficzne (głównie wzmacniające ogólne czynniki chroniące – rozwojowe) i specyficzne (redukujące czynniki ryzyka). Powinna opierać się na sposobach pracy szkoły jako środowiska sprzyjającego rozwojowi i na wpływie rodziny poprzez więzi i odpowiedni styl wychowawczy (inwestowanie w umiejętności rodzicielskie).

Niezwykle ważne jest, aby ściśle powiązać edukację i ograniczenie dostępności napojów alkoholowych na terenie danej gminy[88]. Nauczyciele są ważną grupą referencyjną Programu, zwłaszcza dyrektorzy szkół wszystkich szczebli, łącznie ze szkołami wyższymi (rektorzy).

Drogą edukacji sprzedawców i kontroli ich zachowań należy eliminować zjawisko swobodnego dostępu do napojów alkoholowych dla osób nieuprawnionych. Nie może też być tolerowany fakt tak rzadkiego cofania zezwoleń za sprzedaż alkoholu nieletnim, podczas gdy w polskim prawie nawet jednorazowe naru-

Niezwykle ważne jest, aby ściśle powiązać edukację i ograniczenie dostępności napojów alkoholowych na terenie danej gminy.

Szczególnie grupa dziennikarzy i reprezentantów społecznych powinna być objęta edukacją, np. można poszerzyć obowiązek adekwatnej edukacji na wszystkich radnych i posłów przy okazji obejmowania funkcji.

szenie prawa upoważnia do takiego kroku ze strony samorządu, a naruszanie prawa w tym zakresie ma obecnie charakter masowy. Konieczne jest zlikwidowanie reklamy i promocji alkoholu docierającej do młodzieży.

Wzorem innych krajów (np. USA, Litwa, Islandia), po odpowiedniej debacie publicznej, można rozważyć podniesienie o 2-3 lata wieku legalnego dostępu do napojów alkoholowych, jeśli oceni się pozytywnie możliwości egzekwowania ulepszonego prawa.

10.2 Odpowiednia edukacja publiczna wymaga dotarcia z wiedzą do specjalnych grup: dziennikarzy, urzędników, reprezentantów społecznych (polityków), prawników, lekarzy. Szczególnie grupa dziennikarzy i reprezentantów społecznych powinna być objęta edukacją, np. można poszerzyć obowiązek adekwatnej edukacji na wszystkich radnych i posłów przy okazji obejmowania funkcji.

10.3 Środowiska znane z badań światowych jako środowiska podwyższonego ryzyka (np. mundurowe) powinny być w całości objęte systematycznym działaniem profilaktycznym.

10.4 Należy zrewidować i ulepszyć dotychczasowy system edukacji kierowców, a osobom, które kierowały pojazdami po pijanemu, zapewnić odpowiednią interwencję i obowiązkową profesjonalną diagnozę problemów alkoholowych.

10.5 Środowiska parafialne powinny poszerzyć dotychczasowe, bardzo cenne działania na rzecz osób uzależnionych i ich rodzin o ogólną edukację wszystkich parafian na temat kształtowania cnoty trzeźwości, również prowadząc parafialne programy profilaktyczne (zwłaszcza rodzinne).

Ważną rolę do odegrania mają kościelne poradnie rodzinne, których sieć należy wspierać i rozwijać. Trzeba zapewnić wsparcie katechetom w nabywaniu umiejętności profilaktycznych. Konieczne jest odpowiednie przygotowanie kleryków.

Ze względu na wielką wartość kościelnej działalności trzeźwościowej, pewna część funduszy gminnych powinna być stale rozdysponowana dla parafii, o ile prowadzić będzie działalność w ramach Programu. Czynnik ochronny w postaci aktywnego życia religijnego jest bardzo ważny i empirycznie zweryfikowany.

10.6 Grupa studentów uczelni wyższych, według badań światowych i polskich, jest grupą podwyższonego ryzyka problemów alkoholowych. Należy zalecić szkołom wyższym objęcie wszystkich studentów skuteczną profilaktyką od początku studiów.

Należy zakazać, w odpowiednim trybie prawnym, sponsorowania juwenaliów i innych imprez studenckich przez przemysł alkoholowy[89].

10.7 Z uwagi na rosnący udział kobiet w nadużywaniu alkoholu należy objąć tę grupę profilaktyką FAS/FAE na etapie szkół

Środowiska parafialne powinny poszerzyć dotychczasowe, bardzo cenne działania na rzecz osób uzależnionych i ich rodzin o ogólną edukację wszystkich parafian na temat kształtowania cnoty trzeźwości.

Bez znacznej redukcji dostępności alkoholu cele Programu nie zostaną osiągnięte, zwłaszcza przy pomocy samej tylko edukacji.

ponadpodstawowych w skali całego kraju i kontynuować wartościowe kampanie edukacji publicznej przeciw używaniu alkoholu w czasie ciąży i karmienia piersią.

10.8 Z powodu stałego uwikłania mężczyzn w nadmierne spożycie warto dokonać przeglądu wszystkich sytuacji sprzyjających ich identyfikacji z nadużywaniem alkoholu jako symbolem męskości (np. zawody sportowe), w tym prowadzić profilaktykę zaburzeń seksualnych wśród młodych mężczyzn przy pomocy kampanii informacyjnych (impotencja alkoholowa).

10.9 Ponieważ nadużywanie alkoholu jest jednym z głównych czynników kryminogennych i większość skazanych (około 70%) ma problemy alkoholowe, co sprzyja recydywie, dlatego należy rozwijać pracę terapeutyczną i profilaktyczną w zakładach karnych i w systemie probacji. Edukacja musi też dotyczyć personelu więziennictwa. System terapeutyczny w więziennictwie wymaga wsparcia, rozwoju i rozszerzenia jego możliwości[90].

10.10 Zdecydowanie wartościowe jest rozwijanie systemu świetlic socjoterapeutycznych z odpowiednim programem zmniejszającym ryzyko międzypokoleniowej transmisji uzależnienia u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym oraz stworzenie mechanizmu lepszej informacji o możliwościach pomocy dla osób współuzależnionych, w tym wiedzy o uzależnieniu, wiedzy o interwencji kryzysowej[91] i o wywiadzie motywującym oraz o realnych możliwościach uzyskania pomocy. Ważną rolę mogą w tym odegrać również parafie. W tym kontekście oczywiste jest

dalsze rozwijanie zaplecza terapeutycznego w Polsce, wzmacnianie działających i zakładanie nowych placówek oraz ułatwianie do nich dostępu na terenach odległych (transport).

10.11 Zaplecze badawcze w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych powinno być wzmocnione, zarówno na szczeblu centralnym, jak lokalnym, również w zakresie odpowiednich rozwiązań finansowych (granty, priorytety).

10.12 Należy stale przypominać, że bez znacznej redukcji dostępności (np. poprzez ograniczenia centralne liczby punktów sprzedaży i likwidacji reklamy) cele Programu nie zostaną osiągnięte, zwłaszcza przy pomocy samej tylko edukacji[92].

Konieczna jest zarówno redukcja popytu, jak i ograniczanie szeroko rozumianej dostępności alkoholu. Szczególnie niebezpieczne jest zezwalanie na obrót alkoholem na stacjach paliw. Z zasady należy szczególnie uważnie podchodzić do wszelkich projektów nowelizacji prawa z punktu widzenia dotychczasowych negatywnych doświadczeń, czyli znacznej podatności legislacji na wpływy lobbingu. Wymaga to specjalnej ochrony prawa, również poprzez odpowiednie wpisy do Konstytucji.

Jak widać z powyższej rekapitulacji, konieczne są odpowiednie programy resortowe[93]. Należy też zadbać o koordynację z innymi projektami, w szczególności z Narodowym Programem Zdrowia, który w większym stopniu powinien odzwierciedlać problematykę alkoholową. Jednakże Narodowy Program Trzeźwości jako zamierzenie ponadpaństwowe (narodowe, społeczne, długotrwałe), powinien stanowić punkt odniesienia dla pozostałych projektów i programów polityki społecznej.

11. Zagadnienia szczególnej wagi – kontekst społeczny

Realizacja Programu dokona się w określonym kontekście społecznym, zatem trzeba ponownie wskazać na pewne szczegółowe aspekty działania.

11.1 Kościół

W Kościele w Polsce obowiązują *Wytyczne Episkopatu Polski dla kościelnej działalności trzeźwościowej*. Przy Konferencji Episkopatu Polski istnieje Zespół ds. Apostolstwa Trzeźwości. Realizowane są bardzo liczne inicjatywy na rzecz trzeźwości. Działają bractwa trzeźwości i ruchy kościelne (zwłaszcza Krucjata Wyzwolenia Człowieka, Dziecięca Krucjata Niepokalanej). Jednak powodzenie Programu zależy od ożywienia działań na terenie każdej parafii.

Po przeglądzie tych form pracy, które już są realizowane, niekiedy w rozproszeniu, należy zadbać o ich promocję i wprowadzanie w życie w całym Kościele w Polsce, w środowiskach polonijnych i wśród Rodaków za granicą. Nową formą powinna być działalność edukacyjno-profilaktyczna, zwłaszcza z udziałem rodziców i dzieci oraz wspomagana przez katechetów odpowiednią pracą w szkole. Wymaga to również lepszego przygotowania do tego rodzaju zadań kapłanów, kleryków, osób życia konsekrowanego i ich większego zaangażowania. Szczególną formą tego zaangażowania jest dobrowolna abstynencja.

Wzmocnienie działań Kościoła wymaga określonych form działań kaskadowych i ogólnopolskich. Jest pewne, że bez wymienionych działań trwałe osiągnięcie cnoty trzeźwości będzie niemożliwe. Powinno się rozważyć sposoby bezpośredniego wspar-

cia organizacyjnego dla działań Kościoła na najniższym szczeblu, w parafiach. Należy uwzględnić ustawowy udział jednostek kościelnych w pewnej części funduszy przeznaczanych na rozwiązywanie problemów alkoholowych.

11.2 Państwo – Parlament, rząd, administracja rządowa, wymiar sprawiedliwości

Obserwacje i badania ujawniają, że Państwo zbyt często sprzyjało partykularnym celom biznesu alkoholowego, a nie osiąganiu trzeźwości w społeczeństwie polskim. Widoczne to było między innymi w rozluźnieniu rygorów co do liczby zezwoleń na sprzedaż alkoholu i w dopuszczeniu reklamy. W dużym stopniu Państwo zrezygnowało z funkcji regulatora rynku alkoholowego. Tymczasem napoje alkoholowe nie są zwykłym towarem. Regulacje prawne na poziomie centralnym są niezbędne dla realizacji Programu. Jako model mogą tu służyć państwa skandynawskie. Należy rozważyć, jakie funkcje monopolu państwowego i systemu kontroli należy przywrócić, jakie wzmocnić lub powołać. Zwłaszcza dotyczy to koniecznej redukcji (limitowania) liczby zezwoleń na sprzedaż alkoholu. Sieć dystrybucji powinna być stopniowo ograniczana, aż do osiągnięcia przynajmniej ¼ obecnej ilości punktów sprzedaży, co byłoby zgodne z zaleceniami ekspertów WHO.

Państwo powinno komplementarnie i bardziej zdecydowanie korzystać z narzędzia, jakim jest regulacja rynku alkoholowego za pomocą cen i polityki fiskalnej. Powinno również

Napoje alkoholowe nie są zwykłym towarem. Regulacje prawne na poziomie centralnym są niezbędne dla realizacji Programu.

Państwo powinno komplementarnie i bardziej zdecydowanie korzystać z narzędzia, jakim jest regulacja rynku alkoholowego za pomocą cen i polityki fiskalnej.

zwiększyć skuteczność i aktywność służb w zwalczaniu szarej strefy (przemyt, podróbki napojów alkoholowych). Wyraźnie rysuje się konieczność adekwatnej edukacji członków ciał przedstawicielskich (Parlament), urzędników państwowych (wojewodowie i ich aparat wykonawczy) oraz prokuratorów, sędziów, policji – tak, aby egzekucja istniejącego lub wzmocnionego prawa nie była ignorowana, a uchwalane prawo nie było sprzeczne z celami Programu.

Wzmocnieniu muszą podlegać zasoby finansowe instytucji na poziomie centralnym, zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Należy wyegzekwować ustawowy obowiązek adekwatnego finansowania działalności trzeźwościowej. Umożliwi to prowadzenie określonych wieloletnich projektów ogólnopolskich. Dotyczy to również zaplecza badawczego i promocji medialnej Programu. Ważnym instrumentem mogą być systematyczne kampanie edukacyjne.

11.3 Państwo – samorząd, lokalne wspólnoty

Od zaangażowania lokalnych wspólnot (gminy, samorządy lokalne różnych szczebli) zależy powodzenie programów takich jak proponowany. Od 1996 roku polskie samorządy rozwijają kompetencje w zakresie tworzenia lokalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jest to rozwiązanie modelowe w skali światowej i należy je chronić oraz wzmacniać. Niestety, działania te natrafiają na określone trudności:

• Niewiedza, brak zaangażowania i dobrej woli oraz determinacji przedstawicieli władz samorządowych w sytuacji bierności i nieznajomości swoich praw wśród mieszkańców gmin. Remedium mogłyby być obowiązkowe szkolenia radnych i urzędników gminnych, przynajmniej w wymiarze kilkunastu godzin, np. przy okazji objęcia funkcji.

• Nieprecyzyjne instrumenty prawne paraliżujące działalność samorządu w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. Nadmierne przerzucanie odpowiedzialności Państwa za rozwiązywanie problemów alkoholowych na samorządy bez wyposażenia ich w skuteczne mechanizmy prawne.

• Gminy rzadko lub wcale nie angażują własnych środków na działania lokalnego programu (chociaż ustawowo są do tego zobowiązane), lecz ograniczają się do wydawania środków z opłat za zezwolenia (co jest prawnie tylko dodatkowym źródłem). Ponadto środki te bywają wydawane nieadekwatnie do zadań wskazanych w ustawie. Należy wypracować mechanizmy kontroli i nadzoru, które uniemożliwią takie praktyki lub wzmocnić istniejące.

• Zdarza się, że samorządy gminne traktują fundusze z opłat za zezwolenia jako źródło wygodnego dochodu do swobodnego wydawania (np. przedwyborcze imprezy pozornie profilaktyczne, łatanie braków w funduszach socjalnych, itp.). Między innymi to sprawia, że nie stawiają tamy wnioskom o nowe zezwolenia i nie redukują ich liczby. Należy wypracować mechanizm prawny, który uniemożliwiałby takie praktyki poprzez ustanowienie nieprzekraczalnego limitu centralnego (np. maksymalna liczba możliwych zezwoleń do liczby dorosłych mieszkańców). Należy wypracować prawo, który uniemożliwi jakiekolwiek

Należy starannie przygotować umocnienie przepisów prawnych dotyczących obszaru realizacji Programu, aby oczyścić przepisy z elementów przeciwskutecznych z punktu widzenia celów Narodowego Programu.

w tym względzie nadużycia. Prawo nie może jednak pozbawiać wspólnot samorządowych środków na działanie, ale może je w przypadku nadużyć ograniczać.

Trzeba pamiętać, że wiele samorządów rozwija wspaniałą działalność przy udziale dziesiątków tysięcy zaangażowanych osób i nie popełnia wspomnianych nadużyć.

11.4 Państwo – system prawny

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest jednym z ważnych elementów systemu prawnego w trosce o trzeźwość Narodu, stanowi autentyczny dorobek legislacyjny Polski. Jednak od swego uchwalenia w 1982 roku była nieustannie nowelizowana, zazwyczaj w kierunku liberalizacji przepisów. Tylko mała część nowelizacji była inicjowana przez sektor zdrowia publicznego.

Należy starannie przygotować umocnienie przepisów prawnych dotyczących obszaru realizacji Programu, aby oczyścić przepisy z elementów przeciwskutecznych z punktu widzenia celów Narodowego Programu. Należy chronić te prace przygotowawcze przed wpływem lobbingu biznesu alkoholowego i dążyć do oparcia zmian na rzetelnej wiedzy legislatorów na temat sposobów rozwiązywania problemów alkoholowych. W zmianach tych należy bezwzględnie chronić zasadę lokalności (prerogatywy gmin), ale też koniecznie wzmocnić rolę czynnika centralnego (rząd).

12. Wskaźniki osiągania celów Narodowego Programu Trzeźwości

12.1 Zazwyczaj w tego rodzaju programach zmiany społecznej proponuje się określone wskaźniki ułatwiające ewaluację. Opracowano takie listy wskaźników również w rządowych Narodowych Programach z lat ubiegłych.

Dąży się do tego, aby miały one charakter empiryczny i najlepiej ilościowy.

Można wskazać kilka kluczowych tego rodzaju wskaźników:

– średnie spożycie czystego alkoholu etylowego w ujęciu rocznym w różnych grupach społecznych i w całej populacji;

– średni wiek inicjacji alkoholowej i skala używania alkoholu wśród młodzieży (zwłaszcza upijanie się);

– dostępność alkoholu mierzona ekonomicznie i geograficznie;

– wskaźniki respektowania praw obrotu (np. sprzedawalność nieletnim, gęstość punktów sprzedaży);

Jednym ze wskaźników osiągania celów Narodowego Programu Trzeźwości jest średnie spożycie czystego alkoholu etylowego w ujęciu rocznym w różnych grupach społecznych i w całej populacji.

Ponieważ cele Programu mają również charakter jakościowy, to ich realizacja powinna być także badana metodami jakościowymi, a w szczególności odpowiadać na pytanie o kulturowe usytuowanie picia w społeczeństwie polskim.

– realny zasięg oddziaływań edukacyjnych i programów profilaktycznych (odsetek uczestników w stosunku do całości populacji);

– stan wiedzy i normy zachowań wybranych grup społecznych, zwłaszcza w zakresie intensywności używania alkoholu (BAC) i stylu picia[94].

12.2 Powyższe wskaźniki są przydatne i konieczne, powinny wynikać z dokonywanej diagnozy i monitoringu problemów alkoholowych.

Ponieważ jednak cele Programu mają również charakter jakościowy, to ich realizacja powinna być także badana metodami jakościowymi, a w szczególności odpowiadać na pytanie o kulturowe usytuowanie picia w społeczeństwie polskim (normatywność picia napojów alkoholowych i zwłaszcza akceptacja dla upijania się).

Ostateczny wskaźnik to nie tylko empiryczny stan rzeczy, ale również poczucie, że jako Naród troszczymy się o siebie wzajemnie i staramy się być ludźmi wolnymi i odpowiedzialnymi.

Ostateczny wskaźnik to nie tylko empiryczny stan rzeczy, ale również poczucie, że jako Naród troszczymy się o siebie wzajemnie i staramy się być ludźmi wolnymi i odpowiedzialnymi.

13. Harmonogram Narodowego Programu Trzeźwości

1. Prezentacja projektu Programu podczas części studyjnej Narodowego Kongresu Trzeźwości – Warszawa, 21-23 września 2017 r. i dyskusja uczestników Kongresu nad jego kształtem.

2. Proklamowanie podstawowej wersji Programu i jego promocja – luty 2018, w Tygodniu Modlitw o Trzeźwość Narodu.

3. Powołanie Zespołu koordynującego i monitorującego realizację Programu pod auspicjami najwyższych władz Kościoła i Państwa.
Określenie prerogatyw tego grona i form jego wsparcia instytucjonalnego.

4. Coroczne określanie bieżących zadań i priorytetów oraz ocena ich realizacji.

5. Szeroka promocja Programu w różnych środowiskach – okres dwóch lat od proklamacji. Kongresy lokalne.

6. Zintegrowanie i zdynamizowanie ruchu społecznego na rzecz realizacji Programu, który powstał jako owoc Narodowego Kongresu Trzeźwości.

Należy zintegrować i zdynamizować ruch społeczny na rzecz realizacji Programu, który powstał jako owoc Narodowego Kongresu Trzeźwości.

Istotną sprawą jest powołanie Zespołu koordynującego i monitorującego realizację Programu pod auspicjami najwyższych władz Kościoła i Państwa, a także określenie prerogatyw tego grona i form jego wsparcia instytucjonalnego.

7. Uruchomienie zaplecza badawczego dla Programu, zwłaszcza dla jego ewaluacji – najlepiej w ciągu pierwszego roku od proklamowania.

8. Afiliacja różnorodnych projektów szczegółowych opartych o Program – w ciągłości przez okres przynajmniej trzyletni dla każdego z projektów, chyba że charakter danego projektu nie wymaga takiego okresu czasu (np. kampanie edukacyjne).

9. Powiązanie Programu z innymi ogólnopolskimi i europejskimi programami o zbliżonych celach – okres zależny od harmonogramu tychże programów. Współpraca międzynarodowa.

10. Cykliczne konferencje podsumowujące realizację Programu w okresach trzyletnich.

11. Kolejny Narodowy Kongres Trzeźwości w okresie 10-15 lat od proklamacji obecnego Programu.

12. W różnych okresach prezentacja Programu na forum międzynarodowym i zbudowanie zaplecza koncepcyjnego z wykorzystaniem doświadczeń i dobrych praktyk innych społeczeństw.

14. Podsumowanie Narodowego Programu Trzeźwości

1. Trzeźwość jest warunkiem pomyślnego rozwoju życia osoby, rodziny, Narodu i Kościoła.

2. Najbardziej destrukcyjną substancją psychoaktywną („narkotykiem”[95]), łatwo dostępną i powodującą nietrzeźwość, jest alkohol etylowy zawarty w piwie, winie i w wódce.

3. Polacy bardzo cierpią z powodu używania (młodzież) i nadużywania (dorośli) napojów alkoholowych.

4. Wiele elementów polskiej obyczajowości wspiera pijaństwo, tworząc swoisty *„społeczny system proalkoholowy”*.

5. Problemy alkoholowe dotykają wszystkich Polaków, chociaż w różny sposób.

6. Społeczne przyzwolenie dla nadużywania alkoholu zagraża wszystkim ważnym celom narodowego rozwoju, w tym gospodarczym i modernizacyjnym oraz suwerenności wewnętrznej i zewnętrznej.

7. Szczególnie cierpią osoby bliskie nadużywających alkohol – jest ich wiele milionów, w tym około 1 mln dzieci.

8. Najbardziej niebezpieczne społecznie jest picie osób wprawdzie nieuzależnionych, lecz nadużywających napojów alkoholowych, gdyż liczebnie znacznie przekraczają one ilość osób uzależ-

nionych (tzw. paradoks prewencyjny) powodując większość szkód (w tym prowadząc stopniowo część z nich do uzależnienia)[96].

9. Wiedza o działaniu alkoholu, ryzyku z nim związanym i przyczynach nietrzeźwości jest w społeczeństwie zbyt mała.

10. Szczególnie groźne są: upijanie się, zbyt duże i zbyt częste spożycie, brak zwracania uwagi na okoliczności spożycia, które je wykluczają (ciąża, kierowanie pojazdami, itp.).

11. Błędnie sądzimy, że tak być musi, że jesteśmy trwale bezradni wobec strat powodowanych przez alkohol i poddajemy się terrorowi „proalkoholowej mniejszości", nieuczciwemu biznesowi oraz problemom wynikającym z braków w regulacjach prawnych.

12. Dostępność fizyczna, ekonomiczna i kulturowa napojów alkoholowych jest w naszym kraju ogromna i wymaga bardzo znacznego ograniczenia[97].

13. Polacy będący abstynentami lub ludźmi umiarkowanymi są powołani do upowszechnienia swojego cennego stylu życia.

14. Od wielkości i wpływu grup dobrowolnych abstynentów może zależeć pozytywna zmiana.

15. W wyniku wspólnego planowego wysiłku można wspomóc wszystkich i każdego w zbudowaniu trzeźwości.

16. Aby tak się stało konieczna jest zmiana podejścia i zaangażowanie ze strony elit społecznych.

17. Narodowy Program Trzeźwości powinien być przyjęty i wytrwale realizowany przez okres życia przynajmniej całego pokolenia.

18. Średnie spożycie alkoholu na głowę mieszkańca musi zmaleć przynajmniej do poziomu poniżej średniej światowej. Musi także znacznie podnieść się wiek inicjacji alkoholowej.

19. Należy wykluczyć społeczną akceptację dla upijania się i wyraźnie zmniejszyć jego skalę.

20. Należy pamiętać, że już samo ograniczenie spożycia napojów alkoholowych, zmniejszy wielkie straty materialne, zdrowotne i społeczne ponoszone przez Naród, a także wyzwoli ogromne oszczędności kosztów finansowanych z budżetu państwa w innych obszarach.

21. Skuteczna realizacja Programu może doprowadzić do przewagi korzyści z umiarkowanego używania napojów alkoholowych nad stratami[98].

22. W wyniku tej zmiany polskość powinna się trwale kojarzyć z trzeźwością – abstynencją lub umiarem.

Drogowskaz społeczny:

Nie upijaj się!
Mniej jest lepiej!
A najlepiej wcale!

Warszawa, dnia 11 lutego 2018 r.,
we wspomnienie Najświętszej Maryi Panny z Lourdes

W roku jubileuszu stulecia odzyskania niepodległości przez Polskę, w trosce o trzeźwość, która jest fundamentem wolności osobistej i narodowej, jako dar i zadanie Narodowego Kongresu Trzeźwości, wszystkim Rodakom w kraju i za granicą ogłaszam Narodowy Program Trzeźwości.

+ Tadeusz Bronakowski

Bp Tadeusz Bronakowski
Przewodniczący Zespołu KEP
ds. Apostolstwa Trzeźwości

Warszawa, dnia 13 lutego 2018 r.,
w 51. Tygodniu Modlitw o Trzeźwość Narodu

Przypisy

[1] Szczególnie mocno widać to na przykładzie małych narodów i społeczności plemiennych (Azja, Ameryka, Australia, Grenlandia), które niekiedy po prostu zanikają z powodu skali endemicznych problemów alkoholowych. Bennett L.A., Ames G.M. (red.), *The American Experience with Alcohol. Contrasting Cultural Perspectives*, 1985, Springer.

[2] Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, 2009, Poznań, Media Rodzina, s. 60-78; Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, 2010, Warszawa, s. 19-38; Wojcieszek K., *Człowiek spotyka alkohol*, 2010, Kraków; Mitchell J. M., O'Neil J. P., Janabi M., Marks S.M., Jagust W. J. Fields H.L., *Alcohol Consumption Induces Endogenous Opioid Release in the Human Orbitofrontal Cortex and Nucleus Accumbens*, Science Translational Medicine, v. 4, nr 116, s. 116; Fromme K., D'Amico E., *Neurobiologiczne podstawy wpływu alkoholu na psychikę*, s. 519-561, w: Leonard K.E., Blane H.T. (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, tł. Agnieszka Basaj, Warszawa 2003, Wyd. PARPA, ss. 671; Maisto S.A., Galizio M., Connors G.J., *Uzależnienia. Zażywanie i nadużywanie*, Warszawa, 2000, Wyd. KARAN; Mellibruda J., *Tajemnice etoh*, Warszawa 1994, Wyd. PARPA.

[3] Koszt wyprodukowania półlitrowej butelki wódki to ok. 2 złotych.

[4] Na kontynencie europejskim pije się najwięcej alkoholu, rocznie „per capita" prawie dwa razy tyle, ile wynosi średnie spożycie

światowe. Patrz: *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, WHO.

[5] W Polsce w wieku XX średnie spożycie zmieniało się od 0,9 dcm³ (litra) „per capita" do 9,5 dcm³. Notuje się zarówno wzrosty, jak i wyraźne spadki spożycia (te ostatnie rzadziej, np. w okresie tzw. I „Solidarności").

[6] W Polsce szersze używanie wódki to historia ostatnich 500 lat. Zapewne jest to okres zbyt krótki, aby utrwalone obyczaje mogły działać w pełni ochronnie.

[7] Nutt D., King L., Philips L., Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *The Lancet*, vol. 376, nr 9752, s. 1558-1565, 6 November 2010.

[8] Cierpiałkowska L., *Psychologia*…, op. cit, s. 113-135; Wojcieszek K. (2016). Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu – przyczyny oraz możliwości zapobiegania. [w:] Gaś Z. (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin, Wyd. WSEiI, s. 129-146.

[9] W szczególności dotyczy to dzieci i młodzieży, kobiet, zwłaszcza w ciąży i podczas karmienia piersią oraz osób mających zwiększone obciążenie dziedziczne podatnością na uzależnienie.

[10] Cao Y., Willet W.C., Rimm E.B., Stampfer M.J., Giovanucci E.L., (2015), Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *The BMJ* 2015; 351:h4238; http://doi.org/10.1136/bmj.h4238

[11] Spurling M.C., Vinson D.C. Alcohol-Related Injuries: Evidence for the Prevention Paradox. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3(1):47-52; Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* (Clinical research ed). 1981; v. 282 (6279), s. 1847-1851.

[12] Edwards G., *Alkohol. Tajemnicza substancja*, tł. A. Grzybek, Warszawa 2001, Wyd. Bauer-Weltbildt, ss. 263.

[13] III lub IV pozycja w zależności od klasyfikacji (WHO), w krajach średnio rozwiniętych pozycja nr 1. Dla osób w młodym wieku jest to główny i zasadniczy czynnik utraty życia. *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia WHO*, tł. Agnieszka Basaj, 2003, Warszawa, PARPA, s. 123-124; Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn T., Sempos C.T., Frick U., Jernigan D., Alcohol. In: WHO (ed.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors.* Geneva: WHO, 2004. Part: Alcohol.

[14] Aż 61,7% ludności świata powyżej 15 roku życia nie spożywało w ostatnim roku żadnego napoju alkoholowego – uznaje się ich za abstynentów. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, WHO, s. XIII.

[15] Różnice międzykulturowe w zakresie poziomu spożycia i jego form są bardzo znaczne, gdyż są kraje o rekordowo niskim spożyciu i inne o spożyciu bardzo wysokim. W samej Europie jest to rozpiętość kilkunastu razy między najniższym spożyciem (ok. 1 dcm^3 – Turcja), a najwyższym (ok. 16-18 dcm^3 – Mołdawia, Litwa).

[16] Nie ma tzw. absolutnie bezpiecznej dawki alkoholu etylowego. Są tylko dawki o względnie niższym ryzyku szkód.

[17] Głównie historie wdrażania ustaw prohibicyjnych w kilkudziesięciu krajach na początku XX stulecia jako doraźna odpowiedź na szkody alkoholowe.

[18] Dodatnie efekty działań w krajach skandynawskich (Szwecja, Islandia) czy w określonych społecznościach (Żydzi, muzułmanie). Wetoszka P., Czynniki kształtujące szwedzki rynek alkoholowy w warunkach zmian monopolu państwowego, *Alkoholizm i Narkomania*, 2016, v. 29, nr 4, s. 223-236; A. L. Kristjansson, I.D. Sigfusdottir, T. Thorlindson, M.J. Mann, J. Sigfusson, J.P. Allegrante, Population trends in smoking, alkohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014, *Addiction*, 2016, v. 111 (4), s. 645-652.

[19] W Polsce po odzyskaniu niepodległości rozważano uchwalenie pełnej prohibicji. Do uchwalenia odpowiedniej ustawy zabrakło tylko jednego poselskiego głosu.

[20] Hussong A, Bauer D. Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents. Journal of abnormal psychology. 2008; 117(1):63-78; Wojcieszek K. (2016). Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu – przyczyny oraz możliwości zapobiegania. [w:] Gaś Z. (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu*, Lublin, Wyd. WSEiI, s. 129-146.

[21] Patrz studium efektywności polityki społecznej: Anderson P. Baumberg B., *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia*

publicznego, Warszawa, 2007, ss. 322. Także studium projektu islandzkiego (Kristjansson, op. cit.).

[22] Oznacza to np. granicę maksymalnie 60 g czystego etanolu spożywanych przy jednej okazji przez mężczyznę, a 40 g przez kobietę i różnorodne inne ograniczenia sytuacyjne. Można to nazwać symbolicznym używaniem, bez masywnej zmiany postrzegania i emocji u konsumenta.

[23] *Global Status Report on Alcohol and Health, WHO, 2014*.

[24] Średnie wskaźniki są też efektem znacznej ilości osób umiarkowanych i abstynentów wobec grupy osób nadużywających. Dramatyczne wysokie wskaźniki dla kilkunastoprocentowej grupy konsumentów są w ten sposób ukryte we wskaźniku dla całego społeczeństwa. Niestety, zachowania tych nadmiernie pijących obarczają wszystkich.

[25] Dwukrotnie wyższe średnie roczne spożycie „per capita" w Polsce, niż średnia światowa (6,7 dcm^3 do 12,5 dcm^3 w badanej populacji). Global Status, op. cit. część regionalna z danymi poszczególnych krajów, dane na temat Polski na stronie 229.

[26] Według danych z Raportu WHO 2014 dotyczących Polski, roczne spożycie czystego alkoholu w dcm^3/litrach na osobę od 15-tego roku życia. Jest to 19,8 dcm^3 wśród mężczyzn 15+ i 5,8 dcm^3 wśród kobiet 15+. Średnia europejska dla obu płci wynosi 10,9 dcm^3, czyli jest o 1,6 dcm^3 niższa, niż spożycie polskie. Lokuje nas to wśród europejskich „średniaków", ale w czołówce światowej. *Global Report. WHO 2014*, op. cit., s. 229.

[27] http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki

[28] Jeśli ograniczymy analizę do używających alkoholu mężczyzn 15+, to w Raporcie WHO 2014 znajdujemy aż 31,5 dcm³ czystego alkoholu etylowego na głowę rocznie polskiego pijącego mężczyzny. Zwróćmy uwagę, że tę średnią jeszcze obniża objęcie statystyką młodzieży w przedziale 15-18 lat! Zatem pełnoletni pijący mężczyźni w Polsce spożywają jeszcze więcej. Jest to gigantyczna ilość, porównywalna z rekordzistami światowymi i europejskimi (np. więcej, niż na Białorusi). Ogólną średnią obniżają nieco polskie kobiety. WHO Report 2014, s. 229, chociaż należy pamiętać, że i w tej grupie spożycie rośnie.

[29] Odsetek uzależnionych wśród osób 15+ wynosi wg Raportu WHO 4,4% w porównaniu do 4% średnio w Regionie Europejskim WHO. Jest to wysokie miejsce – tylko nieliczne kraje w tej konkurencji nas wyprzedzają, zresztą raczej z naszej części Europy. Podobnie tę sprawę opisuje raport RARHA z 2016, ujmując ją bardziej precyzyjnie i doskonale porównawczo na tle 19 państw.

[30] W 2015 roku wydano aż 336476 lokalnych zezwoleń na obrót napojami alkoholowymi, jak wynika ze sprawozdań gminnych nadsyłanych do PARPA (http://www.parpa.pl/images/file/zestawienia_statystyczne_2015.pdf).

[31] Odsetek sprzedawców naruszających prawo o zakazie sprzedaży napojów alkoholowych nieletnim wynosi w zależności od rodzaju badań między 35 a 85%. Teoretycznie znacząca część zezwoleń powinna być co roku cofana z tego powodu (a nie jest). Patrz: Wojcieszek K. *Chrońmy młodość*, Warszawa, 1997; Wojcieszek K., *Program profilaktyczny Szlaban*, 2005, Warszawa, PARPA.

[32] Pietruszka M., Aktywność producentów alkoholi w Polsce – piwowarzy, *Świat Problemów*, 2010, Nr 3(206), s. 34-36; M. Pie-

truszka, Jak o alkoholu mówi do konsumentów przemysł alkoholowy, *Świat Problemów*, 2010, Nr 10(213), s. 32-35.

[33] Przykładem są liczne nowelizacje ustawy o wychowaniu w trzeźwości, zwłaszcza historia zgody polskiego Parlamentu na picie napojów alkoholowych na stadionach piłkarskich czy zniesienie większości ograniczeń reklamowych. Jest to, jak się zdaje, jedna z częściej nowelizowanych ustaw.

[34] Zdarza się dłuższe oczekiwanie na miejsce w odpowiednim ośrodku, mała jest dostępność na wsiach, w miasteczkach i w niektórych regionach kraju. Występują ograniczenia transportowe i ograniczenia miejsc w wiodących ośrodkach.

[35] Procesy społeczno-gospodarcze związane z alkoholem dobrze ilustruje dr J. Moskalewicz w: Moskalewicz J., Żulewska-Sak J., Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce, *Przegląd Epidemiologiczny*, 2003, vol. 57, s. 713-123; a w zakresie zmian picia młodzieży: Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Zmiany w piciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984-1988-1992-1996, *Alkoholizm i Narkomania*, 1997, v. 2 (27), s. 179-195.

[36] Wskazuje na to wciąż nieznaczny zakres inicjatyw obywatelskich w sprawach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w stosunku do teoretycznych możliwości gwarantowanych przez polskie prawo. Zakres tej aktywności jest widoczny w treści sprawozdań rocznych PARPA opartych na cząstkowych sprawozdaniach gminnych. Nadal większość koordynatorów programów lokalnych to po prostu doraźnie powołani urzędnicy. Sprawozdania

z ostatnich kilkunastu lat są zamieszczane na stronie internetowej PARPA.

[37] Dobrze to ilustruje materiał porównawczy zawarty we wspomnianej już cennej publikacji: Moskalewicz J., Room R., Thorn B., (red.), *Comparative monitoring of alcohol epidemiology cross the EU*. RARHA Work Pacakge 4, 2017, Warszawa, PARPA.

[38] Proste porównanie sytuacji Włoch i Polski ujawnia tę różnicę. Patrz: badania RARHA i WHO Global Report 2014. Wnioski w obu raportach są podobne.

[39] Riley E.P., Infante A., Warren K.R.(2011). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview. *Neuropsychology Review*, 21, s. 73.

[40] Raport WHO 2014 podaje odsetki na poziomie 14,5% mężczyzn i 2,6% kobiet jako problemowo pijących w grupie 15 lat i więcej lat, zaś w odniesieniu do samego odsetka uzależnionych mamy odpowiednio 7,7% uzależnionych mężczyzn i 1,4% uzależnionych kobiet. Obydwa wskaźniki są na poziomie ok. 2 razy większym, niż średnia dla Regionu Europejskiego WHO.

[41] W Polsce, na podstawie badań naukowych, określono, iż 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców z problemami wynikającymi z picia („Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska"). Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. Odsetek ten waha się od 11% wśród dzieci do 4 r. ż. do prawie 15% w grupie wiekowej 13-17 lat.

[42] O znacznych rozmiarach zjawiska świadczy fakt, że w Polsce działa aktywnie kilkaset lokalnych grup samopomocowych osób współuzależnionych. Również odsetki kobiet hospitalizowanych w związku ze skutkami nadużywania alkoholu przez małżonka są wysokie i obejmują znaczną część przypadków ciężkich nerwic (szacunkowo ok. 40%). http://www.al-anon.org.pl/

[43] Sasal H.D., *Niebieskie Karty. Procedura interwencji wobec przemocy w rodzinie*, 2006, Warszawa, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 196.

[44] Bava S., Tapert S.F., Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drugs problems, *Neuropsychological Review*, 2010, 20(4), s. 398-413; McCambridge J., McAlaney J., Rowe R., Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies, http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000413.

[45] Analizy ekspertów europejskich (Anderson, Baumberg) wskazują, że koszty szkód przynajmniej dwukrotnie przekraczają wpływy w państwach europejskich, lecz jeśli dołączyć tzw. koszty ciągnione, to uzyskujemy współczynnik nawet… 10-krotny! Stąd apel, aby zredukować spożycie w Europie ze względów gospodarczych, gdyż aktualnie ten biznes ma charakter pasożytniczy. Anderson P. Baumberg B., *Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego*, Warszawa, 2007.

[46] Dla przykładu mało znana jest śmiertelna toksyczność alkoholu etylowego, sięgająca 1300 zgonów rocznie (2 miejsce wśród rodzajów zatruć w praktyce klinicznej). Patrz: Okłota M., Niemcunowicz-Janica A., Załuski J., Wardaszka Z., Ptaszyńska-Sarosiek I. *Ostre śmiertelne zatrucia etanolem w latach 1984-2004 w materiałach własnych Zakładu Medycyny Sądowej w Białym-*

stoku. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, 2009, LIX, 183-189; Marek P., Tomasik P.J., Kościelniak B., Sztefko K. *Analiza zatruć alkoholem na podstawie przyjęć do Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w latach 2007-2012.* Borgis – Nowa Pediatria 4/2013, s. 151-154. Jackowska T, Grzelczyk--Wielgórska M. *Ostre zatrucia jako przyczyna hospitalizacji dzieci i młodzieży w oddziale pediatrycznym – 9-letnia analiza*. Borgis – Postępy Nauk Medycznych 9/2014, s. 628-632.

[47] W oparciu o doświadczenia z USA i Islandii można stwierdzić, że kluczowe w implementacji wartościowych projektów profilaktycznych jest zdecydowane i stałe poparcie ze strony przedstawicieli lokalnych władz (decydentów), co zapewnia skuteczność działań w perspektywie kilku lat stosowania programów: Hawkins D.J., Catalano R.F., Arthur M.N., Promoting science – based prevention in communities, *Addictive Behaviours*, 2002, vol. 27 (6), s. 951-976; Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D., & Catalano, R.F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance use. *Journal of Adolescent Health*, 53, 15-22; Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbott R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2009, vol. 163 (9), s. 789-798.

[48] Wskaźniki dotyczące zachowań alkoholowych dzieci i młodzieży są zawarte w wynikach badań HBSC, ESPAD i Badań Mokotowskich. Raporty z tych badań są szeroko dostępne, również w sieci. Są to tzw. badania podłużne (longitudinalne), co zwiększa ich znaczenie: Wolniewicz-Grzelak B., Zmiany w spożywaniu przez młodzież napojów alkoholowych. Badania mokotowskie

z lat 1984 i 1988, *Alkoholizm i Narkomania*, 1990, Zima, s. 113-132; Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Zmiany w piciu al- koholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984-1988-1992-1996, *Alkoholizm i Narkomania*, 1997, v. 2 (27), s. 179-195; Sierosławski J., *Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2011 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD*, IPiN, Warszawa 2011, s. 99. Prezentacja raportu: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=392582; Stępień E., Wojcieszek K., *Alkohol a polska młodzież. Raport 1994*, Warszawa 1995, Seria Alkohol i zdrowie nr 11, ss. 39. Ze wszystkich tych badań płyną pesymistyczne wnioski co do skali zachowań alkoholowych młodzieży (za wcześnie, za dużo, niebezpiecznie), chociaż obserwuje się również tzw. stabilizację trendu na przestrzeni ostatnich kilku lat, co prawda na zdecydowanie zbyt wysokim poziomie, osiągniętym na początku dekady lat 90-tych i utrzymywanym od tego czasu.

[49] Wzorem regulacji w USA, gdzie wiek 21 lat to bariera dostępności z uwagi na szkody rozwojowe. O szkodach np.: Squeglia L.M., Jacobus J., Tapert S.F., The influence of substance use on adolescent brain development, Clinical EEG *Neuroscience*, 2009, v. 40 (1), s. 31-38.

[50] Jest to cel niezwykle ważny, ale i trudny do osiągnięcia z powodu niskiego wieku inicjacji alkoholowej na poziomie 12,5 roku i rozpowszechnienia używania alkoholu wśród nastolatków. Mimo to doświadczenia Islandii i innych krajów pokazują realność wysiłków na rzecz znacznego ograniczania picia przez ludzi młodych.

[51] Chmielewski P., Wesela bezalkoholowe, czyli zmiana reguł instytucjonalnych w społeczności lokalnej (przyczynek do „teorii”

transformacji), s. 495-520 [w:] Krzemiński I., Raciborski J., (red.), *Oswajanie wielkiej zmiany*. Instytut Socjologii UW o polskiej transformacji, Warszawa 2007, Wyd. IFiS; Synajewska B., *Bezalkoholowe uroczystości rodzinne jako element wychowania w trzeźwości*, 2005, rkp. pracy mgr., Uniwersytet Łódzki, Wy- dział Pedagogiczny.

[52] Hawkins D.J., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alkohol and Rother drug problems In adolescence and Elary adulthood. Implications for substancje use prevention, *Psychological Bulletin*. 112(1), s. 64-105.

[53] Zagadnienie bardzo dobrze opisane w wielotomowej monografii M. Romaniuka (red.), *Sylwetki najwybitniejszych działaczy trzeźwościowych XIX i XX wieku*, Tomy I-IV (1994-2007), Warszawa, Michalineum/Parpa.

[54] Zasadnicze źródło, czyli Raport 2014 WHO, podaje bardzo wysokie odsetki abstynentów w Polsce, sięgające prawie 50% tych, którzy w ostatnim roku nie spożywali alkoholu wśród dorosłych (15+), tzw. abstynentów całożyciowych byłoby ok. 15% wśród mężczyzn, a druga grupa to osoby, które porzuciły picie, jeszcze większa. Dane te bywają kwestionowane, ale nawet gdyby je bardzo znacznie obniżyć, to i tak są to stosunkowo wysokie wskaźniki. Global Status Report on Alcohol and Health WHO 2014, część z kartami krajowymi, s. 229.

[55] Hawkins D.J., Catalano R.F., Miller J.Y., Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention, *Psychological Bulletin*, 1992, v.112, nr 1, s. 64-105; Malczewski A. (2017). Polska młodzież a substancje psychoaktywne, *Świat*

Problemów, nr 4 (291), s. 15-19; Rew L., Wong Y.J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent. Health,* 38 (4), s. 433-442.

[56] Dokładne sprawozdania w roczniku „*Apostoł Trzeźwości*".

[57] Przegląd działalności w periodyku KWC „*Eleuteria*".

[58] Dane podawane przez różne źródła różnią się, ale w sprawozdaniu PARPA za 2015 roku znajdujemy informacje o 1980 aktywnych grupach AA, 504 grupach Al.-Anon, 80 grupach Alateen, 200 grupach DDA oraz o 506 stowarzyszeniach abstynenckich i 317 klubach abstynenta. Te dane odnoszą się do osób mających różne problemy alkoholowe, a nie obejmują znacznej grupy dobrowolnych abstynentów, również zrzeszonych w KWC. http://www.parpa.pl/images/file/zestawienia_statystyczne_2015.pdf

[59] Kaczmarczyk I., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć?* Warszawa 2008, Wyd. Eneteia, ss. 306.

[60] 23 kwietnia 1920 roku pierwszy Sejm Rzeczypospolitej uchwalił ustawę regulującą obrót alkoholem. Dopuszczała ona nawet lokalną prohibicję na życzenie mieszkańców danej gminy i dość dobrze regulowała wiele zagadnień praktycznych. Inicjatorką ustawy była poseł Moczydłowska.

[61] Wydawane przez PARPA sprawozdania roczne i rekomendacje, np. *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku*, Warszawa 2009, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 81 i w latach kolejnych. Patrz też: Grzelak S. [red.], (2015). *Va-*

demecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Warszawa, Wyd. ORE.

[62] Oczywiście jest to subiektywna ocena autora projektu Narodowego Programu Trzeźwości.

[63] Przykładem jest manipulacja prawem przy okazji zawodów piłkarskich Euro, gdy w końcu przyjęto obecność piwa na stadionach po początkowym odrzuceniu tej zmiany. Jeszcze poważniejsze konsekwencje miało zrezygnowanie z zakazu reklamy alkoholu, który to zakaz nie tak dawno obowiązywał. Smith L., Foxcroft D.R., The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies, *British Medical C. Public Health*, 2009, v. 9, s. 9-51.

[64] Wagenaar A.C., Salois M.J., Kauro K.A. (2009). Effects of beverage alkohol price and tax levels on drinking. A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies, *Addiction*, 104, no 4, s. 179-190.

[65] Fijałkowska S., Tomaszewska I., Problemy alkoholowe w profesjonalnej armii, *Świat Problemów*, 2010, nr 6 (209), s. 34-37; Wojcieszek K. *Profilaktyka problemów alkoholowych w warunkach profesjonalnej służby wojskowej. W poszukiwaniu rozwiązań*, Warszawa 2010, Wyd. Dep. Wych. i Prom. Wojsk. MON, ss. 95; Wojcieszek K., *Korekta – program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*, Warszawa 1999, Wyd. I, MON, ss. 35.

[66] Rzącki J., Cierpliwość, wytrwałość, pokora, *Świat Problemów*, 2007, nr 2-3, (169-170), s. 39-41.

[67] Wojcieszek K., Czy jesteśmy im coś winni? Rzecz o profilaktyce szkolnej, *Czasopismo internetowe ORE Trendy*, 2013, nr 4, s. 66-72; Węgrzecka-Giluń J. (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa 2010, Wyd. Fundacji Etoh, ss. 168.

[68] Wojcieszek K., Rodzice i dzieci w rodzinach alkoholowych – studium antropologiczno-profilaktyczne. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2003, nr 1, cz. II, t. VII, s. 65-75; Ryś M., *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa 2007, Wyd. PWN, ss. 238. (zwł. s. 118-139); Wojcieszek K., *Nasze dzieci w dżungli życia. Jak pomóc im przetrwać?* Kraków, 2016, Wyd. Rubikon; Sakowska J., *Szkoła dla rodziców i wychowawców*, Warszawa 1999, Wyd. CMPPP, ss. 128; Karasowska A., *Profilaktyka na co dzień. Alkohol w życiu nastolatków*, Warszawa 2005, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 96; Karasowska A., *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*, Warszawa 2006, Wyd. PARPAMEDIA, ss. 147.

[69] Rustecka-Krawczyk A., *Program Wzmacniania Rodziny*, Remedium 2009, nr 12, s. 7-8; Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I –III*, Warszawa 2011, Wyd. IPiN, ss. 101; Sakowska J., *Szkoła dla rodziców i wychowawców*, Warszawa 1999, Wyd. CMPPP, ss. 128; Spoth R.L., Redmont C., Trudeau L., Shin C., Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs, *Psychology and Addicctive Beahviours*, 2001, v. 16, s. 129-134.

[70] Rew L., Wong Y.J.(2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent*. Health, 38 (4), s. 433-442.

[71] Sloboda Z., *State of art of prevention research in the United States*, s. 31-44, w: Evaluating Drug Prevention in the European Union, Luxembourg 1998, EMCDDA Scientific Monograph Series nr 2, ss. 144; Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, 2003, Warszawa, Wyd. Scholar, ss. 299.

[72] Bobrowski K., Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież a używanie substancji psychoaktywnych, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2003, v. VII, 1, s. 91-104.

[73] Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa 2006, Wyd. IPZ, ss. 419.

[74] Grzelak S. [red.], (2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*. Warszawa, Wyd. ORE.

[75] Stąd mówiło się wśród specjalistów o *„polskim modelu rozwiązywania problemów alkoholowych*".

[76] Anderson, Baumberg, *Alkohol*…, op. Cit.

[77] Na kluczową rolę elit wskazują zarówno doświadczenia w USA, jak i na Islandii. Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbot R.D., Fagan A.A., Catalano R.F., Results of a type 2 translational research trial to prezent ado- lescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2009, v. 163 (9), s. 789-798; Romanowsky Z., Islandia ma

świetny sposób na walkę z uzależnieniem. Czy ktoś zwraca na to uwagę?, *Portal Aletheia*, 15.02.2017, https://pl.aleteia.org/2017/02/15/islandia-ma-swietny-sposob-na-walke-z--uzaleznieniem-czy-ktos-zwraca-na-to-uwage/; Perry C.L., Williams C. L., Komro K.A., Veblen – Mortenson S., Stigler M., Munson K.A., Farbakhsh K., Jones R.M., Forster J.L., Pro- ject Northland: long term outcomes of community action to reduce adolescent alkohol use, *Health Education Research*, 2002, v. 17 (1), s. 117-132.

[78] Być może zasadne byłoby nawet wpisanie odpowiedniego artykułu do Konstytucji RP.

[79] Kristjansson A.L., Sigfusdottir I.D., Thorlindson T., Mann M.J., Sigfusson J., Allegrante J.P., Population trends in smoking, alkohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014, *Addiction*, 2016, v. 111 (4), s. 645-652; Romanowsky Z., Islandia ma świetny sposób na walkę z uzależnieniem. Czy ktoś zwraca na to uwagę?, *Portal Aletheia*, 15.02.2017, https://pl.aleteia.org/2017/02/15/islandia-ma-swietny-sposob--na-walke-z-uzaleznieniem-czy-ktos-zwraca-na-to-uwage/.

[80] Pietruszka M., Aktywność producentów napojów alkoholowych na poziomie Unii Europejskiej, *Świat Problemów*, 2010, Nr 1 (204), s. 32-35; Pietruszka M., Aktywność producentów alkoholi w Polsce – piwowarzy, *Świat Problemów*, 2010, Nr 3(206), s. 34-36; M. Pietruszka, Jak o alkoholu mówi do konsumentów przemysł alkoholowy, *Świat Problemów*, 2010, Nr 10(213), ss. 32-35.

[81] Lelonek-Kuleta B., Współczesna kultura a zachowania nałogowe, *Świat Problemów*, 2012, Nr 4(231), s. 5-9.

[82] Gaś Z., *Profilaktyka w szkole*, Warszawa 2006, WSiP, ss. 240; Wojcieszek K., *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych*, 2013, Kraków, Wyd. Rubikon.

[83] Kulbacki P., *Ziarno pszenicy. Kilka myśli o wyzwoleniu człowieka*, 2002, Poznań, Wyd. Jerozolima, ss. 92.

[84] Śledzianowski J., Alkoholizm w świetle chrześcijańskich zasad moralnych, ss. 350-375, s. 360, [w:] Bejze B. (red.), *Odrodzenie jest możliwe*, Warszawa, 1988, Wyd. SS Loretanek.; Ślipko T., *Zarys etyki ogólnej*, 1974, Kraków, Wyd. WAM.

[85] Ostatnie raporty (np. prof. Szukalskiego) mówią o wzroście liczby rozwodów w Polsce: Szukalski P., *Małżeństwo: początek i koniec*, 2013, Łódź, Wyd. UŁ; Szukalski P., Rozwody we współczesnej Polsce – zróżnicowanie regionalne, *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny* 2016, Nr 1, 1-6.

[86] Kozłowska A., *Znaczenie relacji rodzinnych dla pozytywnego rozwoju dziecka. Diagnoza i terapia*, 2000, Warszawa, Wyd. CMPPP, ss. 115.

[87] Ostaszewski K., Zimmerman M., The effects of cumulative risk and protective factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency, 2006, *American Journal of Community Psychology*, v. 38, s. 237-249. Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., 2009. *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka,* Warszawa, Wyd. IpiN; Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., 2011. *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowy-*

mi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-III, 2011, Warszawa, IPiN.

[88] W praktyce oznacza to równoległe prowadzenie programów profilaktycznych z młodzieżą i interwencję wobec sprzedawców napojów alkoholowych. Zbyt często rezygnuje się z elementu kontroli rynku, skupiając się wyłącznie na edukacji młodzieży.

[89] Efektem znacznego spożycia napojów alkoholowych podczas juwenaliów bywały nawet wypadki śmiertelne bawiących się studentów.

[90] Dobre skutki więziennego programu terapeutycznego „*Atlantis*" zachęcają do wzmacniania tego systemu.

[91] Jay J., Jay D., *Miłość przede wszystkim. Metoda interwencji w terapii uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych*, tł. Zuzanna Bosacka, 2008, Poznań, Media Rodzina of Poznań, s. 244; Miller W.R., Rollnick S., *Motivational interviewing: preparing people for change*, New York 2002, Second Edition, Guilford Press, ss. 428.

[92] Wojcieszek K., Dostępność jako podstawowy powód używania substancji psychoaktywnych, s. 33-43 [w:] Jędrzejko M., (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, 2009, Pułtusk/Warszawa, Wyd. ASPRA – JR/Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Fundacja Pedagogium, ss. 166. Patrz również: Anderson, Baumberg, *Alkohol…* , op. cit., s. 189-263.

[93] Funkcjonowały takie w ramach poprzednich Programów i często przynosiły dobre skutki.

[94] Ten zakres świetnie ilustrują badania zamieszczone w cytowanym raporcie Moskalewicza i wsp. z 2017 roku „*Comparative monitoring…*", można zastosować wykorzystane tam wskaźniki.

[95] Użycie terminu „narkotyk" jest związane z samym charakterem alkoholu etylowego, z jego sedatywnością, ale też z percepcją używania substancji psychoaktywnych przez polskie społeczeństwo. Jest znamienne, że wielu środków boimy się zacznie bardziej, niż „oswojonego" kulturowo alkoholu. Wśród ekspertów trwają dyskusje, czy używać tego terminu w odniesieniu do alkoholu etylowego, ale w polityce społecznej instytucje międzynarodowe zalecają integrację programów na polu wszystkich substancji psychoaktywnych.

[96] Obecnie proponuje się model *continuum* uzależniania się i częściowo zastępuje terminy „*picie ryzykowne*" i „*picie szkodliwe*" terminami „*uzależnienie w stopniu lekkim i średnim*" (DSM V). Takie podejście mówi nam o tym, że ryzyko alkoholowe ma charakter ciągły i zaczyna się od stosunkowo małych dawek (np. ryzyko zapadania na raka piersi u kobiet). Konsumenci powinni umieć oceniać stopień ryzyka danego zachowania.

[97] Uważa się, że jest też zbyt duża w Europie (patrz: *Global Report WHO 2014*, op. cit.). Takie jest stanowisko organizacji *Eurocare*.

[98] Taki model konsumpcji stosują narody, które dawniej zapoznały się z napojami alkoholowymi i miały czas na wypracowanie konstruktywnych reguł, jest to tzw. model śródziemnomorski albo „południowy". Nie oznacza to, że te społeczności są pozbawione strat alkoholowych, ale straty te są znacznie mniejsze, niż w aktualnym modelu polskim.