

EDUKACJA DOTYCZĄCA ALKOHOLU I JEJ SKUTECZNOŚĆ

Edukacja jest często używanym narzędziem w zapobieganiu problemom spowodowanym przez alkohol. Występuje w różnych formach i kontekstach, i jest dostosowana do szerokiej gamy wybranych odbiorców. Jakkolwiek istnieje wiele formalnych sposobów stosowania edukacji n.t. alkoholu, wiele wiedzy na ten temat zdobywa się w sposób nieformalny. „Można by twierdzić, że wiedza człowieka na temat alkoholu jest sumą doświadczeń zgromadzonych w sytuacjach związanych z alkoholem w ciągu całego życia”¹. Toczy się jednak znacząca debata nad tym, czy edukacja dotycząca alkoholu jest skutecznym sposobem zapobiegania problemom, które mogą zaistnieć na skutek pewnych wzorców picia i tego, czy można traktować je w izolacji od innej polityki i środków zapobiegawczych.

EDUKACJA, ŚWIADOMOŚĆ I ZMIANA SPOSOBÓW ZACHOWANIA

W najszerszym kontekście, edukacja dotycząca alkoholu ma na celu podniesienie świadomości na temat spraw odnoszących się do konsumpcji alkoholu. Wśród tych spraw znajduje się wpływ alkoholu na zdrowie czy zalecenia dotyczące ryzyka i korzyści dla pewnych grup ludzi². Drugą i bardziej szczegółową rolą edukacji dotyczącej alkoholu jest zmiana poszczególnych wzorców picia i sposobów zachowania, zwłaszcza tam, gdzie może pojawić się ryzyko lub szkoda. Ostatecznym celem takich przedsięwzięć jest zachęcenie do podejmowania odpowiedzialnych i pozytywnych wyborów oraz zniechęcenie do nieodpowiedzialnych i negatywnych zachowań. Ostatecznie edukacja ta powinna wyposażyć poszczególne osoby w umiejętności potrzebne do podejmowania świadomych decyzji o piciu alkoholu lub powstrzymaniu się od picia, i o tym jakie wzorce picia najprawdopodobniej uchronią je od krzywdy związanej ze spożyciem alkoholu.

Oprócz zasadniczych działań, edukacja dotycząca alkoholu może być kierowana do wybranych odbiorców. Stworzono wiele różnych sposobów aby dotrzeć do tych, którym szczególnie potrzebne są wskazówki i rady. Są to osoby z grup podwyższonego ryzyka, osoby, których wzorce picia czynią ich szczególnie podatnymi na krzywdę, tacy jak młodzież, kobiety w ciąży, populacje autochtonów, osoby z problemami związanymi z alkoholem i inni³. Podejmuje się również wyspecjalizowane działania, które mają na celu zwalczanie takich wzorców picia czy sposobów zachowania towarzyszących spożyciu alkoholu, do których powinno się zniechęcać. I tak na przykład, podejmuje się szczególne wysiłki aby zmniejszyć zjawisko „binge drinkign” (regularne picie w celu urznięcia się n.p. co piątek), upijania się, prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu.

Jednym z głównych pytań w kwestii edukacji na temat alkoholu jest to, kto powinien się tym zająć. Znaczącym źródłem edukacji i informacji na ten temat są rządy i organizacje quasi-rządowe⁴. Są to ponadto pracownicy służby zdrowia różnego szczebla, media, nauczyciele, organizacje pozarządowe i społeczne oraz grupy rzeczników. Wiele wysiłku w stworzenie i wprowadzenie programów edukacyjnych włożył sektor prywatny, a zwłaszcza przemysł napojów alkoholowych i organizacje oraz ciała z nim związane. Jednak wiele z tego, co można uważać za edukację związaną z alkoholem jest przekazywane przez kanały nieformalne. Kluczową rolę w rozwinięciu świadomości, poglądów i sposobów zachowania związanych ze spożyciem alkoholu odgrywają zwłaszcza członkowie rodziny i rówieśnicy⁵. Istnieją dowody na to, że życie towarzyskie i doświadczenia metodą prób i błędów, odgrywają ogromną rolę w kształtowaniu młodych ludzi, szczególnie w zakresie różnych zachowań ryzykownych, z piciem alkoholu włącznie⁶.

SPOSOBY PRZEKAZYWANIA WIEDZY NA TEMAT ALKOHOLU

Istnieją obiecujące sposoby przekazywania wiedzy na temat alkoholu. Należy jednak pamiętać, że ocena ich jest często trudnym zadaniem⁷. Wiele formalnych i zwłaszcza nieformalnych źródeł edukacji nie zostało jeszcze w pełni ocenionych, w tym wpływ rodziny, rówieśników, religii czy ogólnie mówiąc życia

towarzyskiego. Wśród tych, które poddano ocenie, wiele obciążonych jest błędem metodologicznym, co powoduje rozdzwięk pomiędzy wynikami a skutecznością⁸.

Należy mieć na uwadze fakt, że nie wszystkie formy edukacji dotyczącej alkoholu dążą do tego samego celu – informowanie społeczeństwa, budowanie świadomości poprzez przypomnianie i zmiana sposobów zachowania to trzy zupełnie inne cele i każdy z nich należy inaczej oceniać. Ważne jest, aby nie oceniać poszczególnych środków w izolacji, lecz raczej w kontekście innych przedsięwzięć, szerszych trendów i wpływów kulturowych.

Ogólnie mówiąc, sposoby edukacji można podzielić na dwie szerokie kategorie, z których każda zdefiniowana jest przez oczekiwany końcowy cel. Celem pierwszej kategorii jest osiągnięcie abstynencji po to, aby całkowicie wyeliminować zapotrzebowanie na alkohol. Druga kategoria ocenia abstynencję jako cel nierealistyczny i koncentruje się na minimalizacji potencjalnej krzywdy poprzez zachęcanie do stosowania się do odpowiedzialnych i mało ryzykownych wzorców picia.

Następną zasadniczą różnicą pomiędzy tymi formami edukacji jest sposób przekazywania informacji o alkoholu i jego piciu. Wiele sposobów przekazywania informacji można określić jako podawane odgórnie. Zasadniczo są to autorytatywne i z natury dydaktyczne sposoby, oparte na opiniach ekspertów, którzy dzielą się informacjami, stworzone na skutek interwencji politycznej lub legislacji, mające na celu osiągnięcie oczekiwanych rezultatów. Można je uważać za niespecyficzne co do określenia grupy docelowej, gdyż mają na celu populację jako całość. Do innych pasuje określenie „oddolne”, gdyż opierają się na aktywnym udziale tych, do których są kierowane, z naciskiem na świadomy wybór, uświadomienie konsekwencji i gotowość przyjęcia odpowiedzialności za siebie⁹. Te sposoby kierowane są do każdego indywidualnie i mają na celu zwiększenie świadomości i spowodowanie zmian w sposobach zachowania.

Powszechna edukacja na temat alkoholu

Informacje na temat alkoholu przekazywane są często jako wytyczne i rekomendacje dotyczące poziomu konsumpcji i wzorców picia. I tak na przykład, rządy i organizacje quasi-rządowe w poszczególnych krajach w różnych częściach świata wydają formalne wytyczne, które mają dostarczyć ogółowi wyważonych, popartych badaniami naukowymi informacji na temat alkoholu. Wytyczne te wskazują poziom spożycia alkoholu, który uważany jest za „bezpieczny” lub o „niskim poziomie ryzyka” i poziom, przy którym ryzyko się zwiększa. Inne informacje mogą dotyczyć różnego wpływu alkoholu na kobiety i mężczyzn (z wyjątkiem niektórych populacji), lub potencjalnego ryzyka związanego z pewnymi sytuacjami, takimi jak prowadzenie pojazdów, spożywanie alkoholu w miejscu pracy lub obsłudze ciężkiego sprzętu¹¹. Edukacja ta chce przypominać i podnosić świadomość o korzyściach i szkodach wynikających ze spożywania alkoholu wszystkim tym, do których jest kierowana.

O ile można kwestionować skuteczność takich dyrektyw w zmianach zachowań i zapobieganiu krzywdom¹², to uważa się, że istnieje moralny obowiązek publikowania ich po to, aby obywatele byli lepiej poinformowani o regułach rządzących ich własnym picciem¹³.

Informacje dotyczące alkoholu są również przekazywane poprzez ogłoszenia publiczne i wezwania do odpowiedzialności. Ogłoszenia publiczne przekazywane są przez służbę zdrowia, ciała rządowe, organizacje pozarządowe i inne, i zwykle zawierają informacje na temat spożycia alkoholu lub wzorców picia. Jednym z rodzajów takiego przekazu są informacje w punktach sprzedaży, które koncentrują się na potencjalnej szkodzie związanej z nadużywaniem lub nieodpowiednim użyciem produktu. Wezwania do odpowiedzialności zwykle umieszczane są na reklamach alkoholu. Wezwania te zachęcają konsumentów do spożywania alkoholu w umiarkowany sposób i do odpowiedzialnych zachowań przy piciu.

Badania wykazują, że skuteczność tych anonsów jest różna. Można by argumentować, że nie są one skuteczne jeśli chodzi o zmianę zachowań¹⁴, lecz mogą być pozytywne w zwiększeniu świadomości i zrozumieniu zagadnień¹⁵. Z drugiej zaś strony można twierdzić, że takie środki mogą przynieść sukces i powinny być szerzej stosowane¹⁶. Wygląda na to, że ich wpływ zależy od grupy docelowej, np. o ile środki te mogą nie być zbyt przydatne w przypadku młodzieży, to istnieją dowody na to, że mogą być skuteczne w edukowaniu rodziców¹⁷.

Nalepki, które zawierają informacje i ostrzeżenia zdrowotne są jeszcze jednym narzędziem edukacji publicznej takim, które ustawowo musi być stosowane w wielu krajach¹⁸. Te nalepki mogą być naklejane na opakowaniu produktów alkoholowych, jak również na reklamach. Informacja na tych nalepkach może dotyczyć zawartości alkoholu w napoju lub ilości tzw. standardowych drinków / jednostek zawartych w opakowaniu¹⁹. Rozmiar standardowego drinka lub jednostki został zdefiniowany w wielu państwach, chociaż te definicje znacznie się różnią²⁰.

Inne naklejki ostrzegają konsumentów o potencjalnych złych skutkach dla zdrowia, wynikających z konsumpcji alkoholu, a jeszcze inne odnoszą się do spożywania alkoholu i prowadzenia pojazdów czy picia alkoholu w czasie ciąży. Dowody zebrane w kilku państwach sugerują, że faktyczna skuteczność takich ostrzeżeń zdrowotnych na naklejkach jest skromna. Wygląda jednak na to, że nalepki mają pewien wpływ na zwiększenie świadomości²¹, choć w zasadzie nie przekształca się to w zmianę zachowań²².

Edukacja dotycząca alkoholu skierowana do grup ryzyka

Działania stosowane w polityce alkoholowej często zawierają wskazówki jak dotrzeć do tzw. „grup ryzyka”. W tych grupach znajdują się osoby, które uważa się za szczególnie narażone na szkody wynikające z konsumpcji alkoholu – młodzież, osoby, których stan zdrowia wystawia ich na szczególne zagrożenie na skutki związane z alkoholem, autochtoni i inne marginalne grupy społeczne, osoby w podeszłym wieku, osoby z predyspozycją do uzależnień, kobiety w ciąży, których picie może wystawić nienarodzone dziecko na ryzyko²³. Podjęto specjalne kroki aby zwiększyć świadomość o skutkach konsumpcji alkoholu wśród tych grup i pomóc im w zmianie szkodliwych wzorców picia.

Młodzież

Zwiększenie świadomości wśród młodzieży na temat spraw związanych z alkoholem i zachęcanie do odpowiedzialności i wyborów zachowań o niskim poziomie ryzyka, jest jednym z głównych celów w edukacji alkoholowej. Te wysiłki można podzielić na dwie główne kategorie – (1) formalna edukacja dotycząca spraw związanych z alkoholem poprzez szkołę i inne kanały przekazu, - (2) nieformalna edukacja przekazywana poprzez obserwowanie życia towarzyskiego w rodzinie, wśród rówieśników i innych osób, które mogą mieć wpływ na rozwój młodzieży. Niektórych nowych sposobów nie można zaliczyć do żadnej z tych dwóch kategorii, np. Internet lub sposoby oparte o użytkowanie komputerów mogą połączyć formalne i nieformalne aspekty edukacji alkoholowej i mogą z dobrym skutkiem docierać do młodzieży²⁴.

Na poziomie szkół podstawowych i ponad podstawowych programy edukacyjne związane z oficjalnym programem nauczania są najbardziej popularnymi i najczęściej przerabianymi spośród wszystkich programów edukacji alkoholowej. W wielu państwach niektórzy młodzi ludzie rozpoczynają picie alkoholu w wieku 13, 14 lat, a niekiedy nawet wcześniej²⁵. Dlatego też czyni się starania aby zintegrować program dotyczący alkoholu z programem nauczania szkolnego. W zależności od kraju, spotyka się dwa podejścia do tej sprawy – albo zaleca się abstynencję do momentu osiągnięcia wieku, w którym legalnie wolno spożywać alkohol, albo przyjmuje się, że niektóre młodsze osoby będą spożywały alkohol, ale podejmuje się próby minimalizowania potencjalnych szkód wynikających z tego faktu.

Programy oparte o nauczanie szkolne zostały szeroko skrytykowane jako nieefektywne, szczególnie te, które zalecają abstynencję. Argumentem przeciw jest to, że abstynencja jest celem nieosiągalnym i nierealistycznym w świetle faktycznych zachowań młodzieży i faktu, że alkohol jest często podawany w domu przez rodziców z powodów kulturowych i/lub religijnych²⁶. Podobnie, w niektórych przypadkach, nierealistyczne może być opóźnienie inicjacji spożywania alkoholu do legalnego wieku, zwłaszcza, gdy bierze się pod uwagę odzwierciedlające kulturę picia w danym państwie różnice legalnego wieku spożywania alkoholu w różnych regionach świata²⁷. W szczególności tam, gdzie dozwolony wiek pozwalający na spożywanie alkoholu jest wysoki (np. 21 lat w USA), opóźnianie spożycia wszelkiego alkoholu dla wszystkich młodych ludzi stało się faktycznie nieosiągalne. Wśród niedociągnięć programów szkolnych jest to, że nauczyciele nie są odpowiednio przeszkoleni aby je wdrażać, innym problemem jest niedostateczna ilość czasu przeznaczanego w programie szkolnym na ten cel i brak rozsądnych, i wymiernych celów. Wiele z programów opartych o szkolną edukację zostało skrytykowanych za to, że są podawane ogólnie, opierają się na przekazach, których młodzież nie chce przyjąć do wiadomości, i nie przewidują bezpośredniego aktywnego udziału uczniów²⁸.

Istnieją jednak dowody na to, że niektóre szkolne programy mogą być skuteczne. Wygląda na to, że mogą one podnieść świadomość, a nawet zmienić zachowania, przynajmniej na krótko²⁹. Wstępnie zebrane materiały sugerują, że niektóre edukacyjne sposoby na zwalczanie nadużywania używek mogą być opłacalne z uwagi na to, że mogą zapobiec kosztom społecznym w przyszłości³⁰.

Jako całość, edukacja, która polega na zmniejszeniu potencjalnej krzywdy, może być przydatna do zwiększenia świadomości i zmiany zachowań młodzieży. W tym przypadku nacisk kładzie się na zachęcenie do odpowiedzialnego zachowania przy piciu i unikania ryzyka. Przykładem na to może być wspólne przedsięwzięcie australijskiego przemysłu napojów alkoholowych, instytucji zdrowia publicznego i organizatorów szkoleń pod nazwą „Rethinking Drinking: You’re in Control” (Ponownie przemyślane picie -kontrola w twoich rękach). Program ten adresowany jest do starszych uczniów i włącza rodziców oraz nauczycieli w prace nad inscenizacjami, planami zajęć, interaktywnymi metodami nauczania oraz w opracowanie materiałów komputerowych. Program ten, który został zaakceptowany przez władze oświatowe, wdrożono w ponad dwóch trzecich szkół ponad podstawowych wśród społeczności zamieszkujących Australię, w tym Aborygenów³¹.

Program ten był również przystosowany do użytku w innych częściach świata. Na Kostaryce prawie wszystkie publiczne szkoły ponad podstawowe przechodziły program pod nazwą „If it has alcohol, it’s not for me” („Jeśli zawiera alkohol, to nie jest dla mnie”), który opracowano na przykładzie australijskim³².

Bezpośrednim skutkiem wprowadzenia programu „Rethinking Drinking” jest przedsięwzięcie SHAHRP („School Health and Alcohol Harm Reduction Project” czyli „Przedsięwzięcie na rzecz zdrowia w szkole i zmniejszenia szkód związanych z alkoholem”) przeznaczone dla młodszych uczniów³³. Do programu tego również włączona jest szeroka grupa odbiorców i uczestników³⁴. Głównym celem SHAHRP jest zwiększenie umiejętności uczniów do rozpoznawania i radzenia sobie w ryzykownych sytuacjach związanych z pićm alkoholu i tym samym zmniejszenie możliwości powstania krzywdy. Wśród stosowanych środków jest picie pod nadzorem rodzica lub w obecności innej dorosłej osoby, zmniejszenie liczby drinków konsumowanych przy jednej okazji, umiejętność precyzyjnego określania zawartości tzw. standardowych drinków w różnych rodzajach napojów alkoholowych i umiejętność zmniejszenia wpływu zaistniałej już szkody (np. pierwsza pomoc i techniki komunikowania się). To przedsięwzięcie okazało się obiecujące jeśli chodzi o wpływ na kulturę picia wśród młodych ludzi³⁵, chociaż krytykowano sposób oceny i interpretacji wyników programu SHAHRP.

Innym podejściem do edukacji jest przekazywanie tzw. umiejętności życiowych³⁶, oparte na stworzeniu ponad kulturowego kontekstu dla promocji zdrowego stylu życia wśród dzieci (a także często wśród dorosłych³⁷). Programy takie koncentrują się na przekazywaniu całej gamy umiejętności związanych z

podejmowaniem decyzji, komunikowania się i kontrolowania emocji. Programy oparte na umiejętnościach życiowych mogą być adresowane do stylu życia jako takiego lub też koncentrować się na picciu alkoholu. Takie programy zostały szeroko zastosowane w wielu dziedzinach zdrowia publicznego, zwłaszcza w zakresie zachowań seksualnych i HIV/AIDS. Podobne podejście zastosowano wobec spraw związanych z alkoholem w wielu krajach rozwiniętych jak i rozwijających się.

Formalnie oceniono kilka z wprowadzonych do szkół programów ukierunkowanych na zdobywanie umiejętności życiowych. Wyniki oceny efektywności tych programów były różne³⁸. Na przykład w USA skąd pochodzi większość uzyskanych wyników, niektóre takie programy uzyskały słabe oceny³⁹, co wynikało z braku ścisłego regulaminu oceniania, jak również z niedociągnięć metodologicznych⁴⁰. Inne zaś, takie jak STATUS („Student Training through Urban Strategies Program”, czyli „Sztuka życia w mieście, program szkoleniowy dla uczniów”) lub ASTP („Alcohol Skills Training Program” czyli „Jak zachować się wobec alkoholu”) zostały pozytywnie ocenione⁴¹. Istnieją również dowody na to, że podobne programy dobrze działają także w innych krajach, takich jak np. Australia, Belgia czy Wielka Brytania⁴². Szkolenie w zakresie umiejętności życiowych mogą być skutecznym narzędziem w przeciwstawianiu się różnym zachowaniom i sytuacjom o wysokim stopniu ryzyka, do których zalicza się m.in. picie aby się urzącać⁴³. Takie wyniki badań mogą wskazywać na to, że polepszyły się umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach oraz umiejętność odmawiania, albo udało się zmienić świadomość istnienia krzywdy i norm w grupie rówieśniczej.

Edukacja oparta na przekazywaniu umiejętności życiowych może być szczególnie obiecująca w krajach rozwijających się i krajach w okresie przejściowym, a także w sytuacjach, gdzie przeważają takie czynniki społeczne jak bieda, wykluczenie ze społeczeństwa czy kruche struktury rodzinne. Wygląda na to, że szczególnie warta jest kontynuacji wczesna edukacja integrująca zagadnienia dotyczące alkoholu z innymi sprawami społecznymi i zdrowotnymi, prowadzona przy udziale rodziców, rówieśników i w oparciu o czynniki środowiskowe⁴⁴.

Edukacja alkoholowa wykracza daleko poza mury szkolne i inne formalne sposoby nauczania. Do edukacji alkoholowej należy zaliczyć styczność z alkoholem, jakiej w codziennym życiu doświadcza każdy człowiek w swoim konkretnym środowisku. Podejmując się oceniania efektywności poszczególnych sposobów edukacji nie wolno pominąć tak istotnych wpływów, gdyż kształtują one wiedzę na temat alkoholu, tworzą ramy społeczne do akceptowanych sposobów zachowań przy picciu i przekazują system wartości, który ostatecznie przetrwa przez całe dorosłe życie.

Przy podejmowaniu przez młodego człowieka decyzji o picciu czy niepicciu najbardziej wpływowa okazuje się rodzina⁴⁵, następnie decyduje wpływ rówieśników i przyjaciół⁴⁶. Wygląda na to, że reguła ta jest ponad kulturowa⁴⁷. Ważnym elementem edukacji jest życie towarzyskie, którego reguły, wartości i poglądy przenoszone są z rodziców na dzieci. Dzieci przyjmują je i włączają, tworząc swój własny wzorzec zachowania⁴⁸. Wartości i poglądy uzyskane w ten nieformalny sposób mogą stać się dobrą ochroną przed potencjalną krzywdą przez cały okres dojrzewania aż do dorosłości. Silne więzi pomiędzy rodzicami i ich dziećmi, dyscyplina w rodzinie, umiejętności komunikowania się, kontrola i nadzór jak również zaangażowanie rodziców mogą pozytywnie wpłynąć na decyzje związane z konsumpcją alkoholu, podejmowane przez młodzież⁴⁹. Tam, gdzie brak jest struktur rodzinnych i istnieje słabe wsparcie, gdzie stają się ważniejsze inne wpływy, istnieje większe niebezpieczeństwo pojawienia się negatywnych wzorców picia i związanych z tym problemów⁵⁰.

Aby umocnić rolę rodziny, można wprowadzić bardziej formalne podejścia wykorzystując istniejące nieformalne wpływy rodziców na rozwijanie się umiejętności ich dzieci. Istnieją różne programy, które mają na celu zachęcanie rodziny do spełniania swojej roli w kształtowaniu zachowań związanych z picciem. Niektóre z nich, takie jak SFP 10-14 („Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14” czyli „Program umacniania rodziny dla rodziców i młodzieży w wieku 10-14 lat”), okazały się być bardzo

obietujące⁵¹. Programy, które zawierają szkolenia behawioralne dla rodziców, szkolenia w zakresie umiejętności życia w rodzinie, edukację, wsparcie i doraźną terapię, wydają się na bardzo pomocne nawet wtedy gdy są stosowane w rodzinach z różnych środowisk kulturowych. Wykazano, że programy ukierunkowane na młode osoby wzmacniają wpływ programów rodzinnych⁵².

Istnieją dowody na to, że edukacja oparta o programy rodzinne może być warta nakładów, gdyż w przyszłości może zapobiec znacznym kosztom społecznym i ekonomicznym⁵³. Ale, mimo pozytywnych opinii, często zaniedbuje się wpływ rodziny w badaniach i zaleceniach związanych z edukacją i prewencją w zakresie alkoholu.

W kształtowaniu zachowań młodych ludzi związanych z piciem, tuż za wpływem rodziny, znajduje się znaczny wpływ rówieśników⁵⁴. Dobrymi i złymi zachowaniami młodych ludzi rządzi potrzeba akceptacji ze strony rówieśników. W oparciu o tę koncepcję rozwinięto sposób edukacji zwany the Social Norming Theory (czyli teoria dopasowywania się do tego, co uznaje się za normę). Pierwotnie teoria ta została opracowana w USA i polegała na zmianie stosunków i norm, które stanowiły otoczkę towarzyszącą picciu alkoholu, zwłaszcza na uniwersyteckich kampusach. Całość tej teorii zbudowana jest na przekonaniu, że na sposób picia młodych ludzi i ilość spożywanego przez nich alkoholu wpływa ich wyobrażenie o tym ile i jak piją ich rówieśnicy. Badania wykazały, że studenci raczej przesadzają w ocenie ilości alkoholu spożywanego przez ich rówieśników. Uświadomienie studentom ich mylnych ocen może pomóc zmienić sposób zachowania i zmniejszyć ilość spożywanego alkoholu⁵⁵.

Edukacja oparta o tę teorię w głównej mierze polega na intensywnych kampaniach informacyjnych przeprowadzanych na terenie kampusów uniwersyteckich, która ma na celu uświadomienie studentom ile alkoholu faktycznie spożywają (lub nie spożywają) ich rówieśnicy, i wyprowadzenie ich z błędnego mniemania na ten temat. W skład tego programu wchodzi informacje dotyczące faktycznie spożywanego przez studentów ilości alkoholu, statystyki odnośnie liczby studentów odczuwających negatywne skutki picia alkoholu oraz podstawowe informacje o alkoholu. Informacje te rozpowszechniane są poprzez reklamy w gazetkach szkolnych, na billboardach i na afiszach w akademikach, poprzez prezentacje i jako bezpośrednie informacje wymieniane pomiędzy studentami. Rezultaty uzyskane na dwóch amerykańskich uniwersytetach (Northern Illinois University i University of Arizona) gdzie bardzo szeroko zastosowano ten program, były bardzo zachęcające⁵⁶. Podobnie pozytywne wyniki uzyskano z zastosowania programu w innych miejscach⁵⁷.

Tak samo jak w przypadku każdego innego sposobu edukacji to podejście ma swoich krytyków, którzy nie zgadzają się z przesłaniem bądź z przekonaniem, które leży u podstaw programu, albo nie są przekonani co do wiarygodności uzyskanych wyników⁵⁸. Obecnie około 20% uczelni w USA włącza któryś z aspektów tego programu do swoich działań zapobiegawczych. W Wielkiej Brytanii zastosowano również taki sposób edukacji lecz w nieco innym kontekście⁵⁹.

Jest ważną rzeczą aby nie przeoczyć ważnego elementu jakim jest to, jak młodzi ludzie uczą się pić i jak uczą się wystawiać na ryzyko lub go unikać. Podobnie jak wielu innych zachowań, picia człowiek uczy się poprzez eksperymentowanie i metodą prób i błędów⁶⁰. Podejmowanie ryzyka jest nieodłącznym elementem dorastania i uczy nas czego szukać a czego unikać. Zaakceptowanie faktu, że młodzi ludzie prawdopodobnie będą eksperymentować z piciem i innymi sposobami zachowania mogłoby być pomocne w rozwinięciu takich sposobów edukacji, które by uczyniły ten okres przejściowy bardziej bezpiecznym.

Włączając w swe działania szkołę, rówieśników, rodziców a także szerzej rozumianą społeczność ostatni ze sposobów edukowania młodzieży na temat alkoholu stosuje różne strategie aby zwiększyć ich świadomość i zmienić zachowania. To podejście opiera się na kampaniach informacyjnych, uczeniu umiejętności życiowych, przeszkoleniu rodziców i na przodującej roli rówieśników. Chociaż takie kampanie są złożone,

pracochłonne i drogie, badania wykazują, że mogą one dawać pozytywne rezultaty odnośnie podejścia, wiedzy i zachowań związanych z piciem alkoholu taki jak kierowanie pojazdem⁶¹.

Projekt Northland wdrożony wśród kilku społeczności w USA jest przykładem takiego podejścia⁶². Celem tego projektu było przeciwdziałanie picciu lub opóźnienie rozpoczęcia picia wśród dzieci z wielu szkół podstawowych i ponad podstawowych. Poprzez edukację bezpośrednią i środowiskową działanie kierowane jest do rodzin, grup rówieśniczych, nauczycieli, przodujących przedsiębiorców i działaczy społecznych, rządów i środków przekazu. Jakkolwiek zasięg projektu Northland był ograniczony do kilku małych, wiejskich społeczności, z jego przebiegu można wywnioskować, że zintegrowane działania mogą być skuteczne. Szczególnie pozytywne rezultaty dała wiedza o alkoholu i włączenie w edukację na ten temat rodzin. Młodzież była mniej skłonna do picia i zanotowano zmiany w jej stosunku do alkoholu i opinii na ten temat⁶³. W dłuższym okresie czasu pozytywne skutki oddziaływania Projektu Northland na młodzież mogą być nie do utrzymania, a wręcz mogą osłabnąć jeśli nie podejmie się stałej interwencji obejmującej okres do osiągnięcia dojrzałości przez grupę objętą działaniem⁶⁴.

Inne grupy ryzyka

O ile duża część wysiłków związanych z edukacją alkoholową skierowana jest na młodzież, którą uważa się za grupę ryzyka, istnieją również inne grupy, dla których stworzono wyspecjalizowane programy, gdyż środki przewidziane dla społeczeństwa ogółem mogą być nieadekwatne do ich potrzeb.

Jedną z takich grup są kobiety ciężarne. Istnieją dowody, że pewne wzorce picia w czasie ciąży (n.p. chroniczne picie dużych ilości alkoholu czy picie w celu upicia się) mogą mieć niekorzystne skutki dla rozwijającego płodu. W celach zapobiegawczych i aby zwiększyć świadomość i zmienić potencjalnie szkodliwe zachowania rozwinięto specjalne metody edukacyjne dla kobiet w ciąży. Wśród tych metod jest przekazywanie informacji na temat alkoholu i ciąży poprzez wytyczne rządowe⁶⁵, pracowników służby zdrowia⁶⁶, kampanie w środkach masowego przekazu i na naklejkach ostrzegawczych naklejki⁶⁷. Badania wykazują jednak, że podniesienie ogólnej świadomości nie przekłada się skutecznie na zmianę sposobów zachowania niektórych kobiet w ciąży i ich podejścia do alkoholu w czasie ciąży⁶⁸.

Wygląda na to, że wyspecjalizowane działania są bardziej skuteczne. Kobiety ciężarne, które zalicza się do grupy wysokiego ryzyka (n.p. te, które w przeszłości nadużywały alkoholu lub mają już dzieci obciążone na skutek alkoholu) mogą być celem terapii i innych działań mających na celu przekazywanie informacji o związanych ze zdrowiem sposobach zachowania, m.in. o picciu alkoholu⁶⁹. Projekt „Wybory” (CHOICES – Changing High-risk alcOhol use and Increasing Effectiveness Study – Badania nad zwiększeniem efektywności zmian wprowadzanych w wysoce ryzykownych sposobach spożywania alkoholu), na przykład, ma na celu zmniejszenie częstotliwości występowania syndromu uzależnienia płodu od alkoholu (FAS – fetal alcohol syndrome) poprzez zwiększenie wiedzy na temat alkoholu i ciąży⁷⁰. To podejście wydaje się być odpowiednie w sytuacji, gdy w akcję edukacyjną włączy się osoby ważne dla ciężarnej, które mogą udzielić jej wsparcia⁷¹, a wiedza przekazywana jest w czasie indywidualnych spotkań z terapeutą a nie w sposób odgórny poprzez materiały pisane i inne przekazy⁷².

Do innych grup ryzyka zalicza się populacje autochtonów oraz środowiska ze szczególnie częstym występowaniem problemów alkoholowych. W USA i Kanadzie podjęto wysiłki edukacyjne ukierunkowane na grupy autochtonów. Podjęte wysiłki okazały się skuteczne gdyż zmniejszono częstotliwość występowania syndromu FAS wśród tych populacji⁷³, inny kierunek edukacji dotyczy wzorców picia i uświadamianiu skutków prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu. Wygląda na to, że efektywność takich działań zależy od ich kulturowej trafności i wagi jaką te środowiska przywiązują do prezentowanych spraw⁷⁴. Podobnie Australia z dobrym skutkiem zastosowała środki edukacyjne aby uporać się z nadużyciem alkoholu w środowiskach aborygenów i zmienić ich dotychczasowe ryzykowne zachowania zarówno wśród dorosłych jak i młodzieży⁷⁵.

Koncentrowanie się na specyficznych zachowaniach

Ostatni temat, który będzie rozpatrywany w tym raporcie to edukacja alkoholowa, która koncentruje się na poszczególnych sposobach zachowań z zamiarem zmiany ich w taki sposób, aby zmniejszyć ryzyko krzywdy i zachęcić do zaakceptowania pozytywnych wzorców picia.

Ważną sprawą związaną z realizacją tego tematu jest edukacji pracowników służby zdrowia, służb socjalnych, policji i innych. Włączenie do akcji tych profesjonalistów może skutecznie zwiększyć świadomość i wiedzę o alkoholu i może również wpłynąć na zmianę zachowania wśród ich podopiecznych⁷⁶.

Na przykład uświadomieni pracownicy służby zdrowia przeszkoleni w prowadzeniu działań terapeutycznych w zakresie zachowań związanych z piciem, posiadający umiejętność stosownej interwencji wobec osób, dla których picie stało się problemem okazują się skuteczni w różnych środowiskach i „zagrożonych” populacji⁷⁷. Nawet krótka, 20 minutowa indywidualna sesja, w czasie której człowiek jest uświadamiany o swoim picciu może mieć dramatycznie wpłynąć na sposób jego zachowania. Takie metody sprawdziły się w pracy z dorosłymi i z młodzieżą⁷⁸. O ile szczegółowa dyskusja nad tym tematem nie mieści się w ramach tego raportu, należy pamiętać, że aby umieć edukować innych na temat spraw związanych z odpowiedzialnym piciem i skutkach pewnych wzorców picia, szkoleni profesjonaliści muszą sami przejść stosowną edukację w tym zakresie.

Szkodliwe wzorce picia można zwalczać w wielu miejscach i poprzez różne kanały dostępu. Dużo wiedzy na temat alkoholu jest przekazywana na przykład w miejscu pracy. Działania te koncentrują się w większości na problemie nadużycia alkoholu i szkodliwych wzorcach picia, które mogą wpłynąć na zdolność do pracy. Udowodniono, że bezpośrednie informowanie osób o skutkach picia i oszacowanie ich ryzyka może pozytywnie wpłynąć na ich zachowanie i motywować do korzystnych zmian⁷⁹.

Działania interwencyjne w szkołach i na uczelniach, omówione wcześniej, obejmowały również edukację na temat poszczególnych wzorców picia, co miało na celu zmianę zachowań i w konsekwencji zmniejszenie ryzyka krzywdy. W działaniach edukacyjnych na kampusach w USA skoncentrowano się głównie na zwalczaniu picia na umór. Wiele z tych działań już zostało uznanych za nieadekwatne⁸⁰, choć nie zostały do końca ocenione, istnieją jednak dowody, że edukacja może wpłynąć na zmniejszenie zjawiska picia na umór wśród braci studenckiej⁸¹.

Wiele z działań edukacyjnych, które mają na celu zmianę wzorców picia i zmniejszenie ryzyka krzywdy koncentruje się na obszarach takich jak m. in. prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu i odpowiedzialna gościnność. W obu tych obszarach osiągnięto obiecujące rezultaty i wszystko wskazuje na to, że mogą być polem do połączonych działań wielu różnych resortów, z których każdy zainteresowany jest w zmniejszeniu problemów związanych z alkoholem. Do grupy tej zaliczyć można władze lokalne i krajowe, organizacje pozarządowe, media, służba zdrowia, przemysł wyrobów alkoholowych, organizacje społeczne sponsorowane przez przemysł wyrobów alkoholowych, policja i inne.

Prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu

Problemy i potencjalne skutki prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu są bardzo popularnym tematem edukacyjnym w wielu krajach, również w krajach rozwijających się. Mało kto by uznał, że nie ma potrzeby zmniejszenia ilości osób poszkodowanych lub zabitych w wypadkach związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu i się nie zgodził z twierdzeniem, że oba te zajęcia nie idą w parze. Tak więc działania w tym kierunku cieszą się powszechnym poparciem.

Związana z tym tematem edukacja opiera się kampaniach informacyjnych w drukowanych lub elektronicznych środkach przekazu, bezpośrednim prezentowaniu wpływu alkoholu na zdolność prowadzenia pojazdu poprzez stosowanie symulatorów, edukację poprzez szkoły i konfrontacje z osobami, które przeżyły wypadek spowodowany przez pijanego kierowcę. Wiele z tych kampanii polega na przekazaniu informacji zniechęcających do prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu. Inne zaś mają na celu przekazanie informacji dotyczących legalnego poziomu alkoholu we krwi kierowcy i obowiązujących w danym państwie lub regionie przepisach prawnych z tym związanych.

Na całym świecie prowadzi się wiele takich kampanii przeciwko prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu. Jednym z przykładów jest prowadzona od 1995r.⁸² w Belgii kampania „Bob” (zdrobnienie imienia Robert), gdzie wybrany z towarzystwa dyżurny kierowca nazywany jest właśnie Bob. Program obejmuje popularyzowanie idei poprzez media masowe, zwiększenie liczby kontroli policyjnych ukierunkowanych na jazdę po pijanemu, oraz inicjatywy lokalne w pubach i barach. Co tydzień autobus Bob, udekorowany w kolory kampanii i wyposażony w symulator prowadzenia samochodu objeżdża lokalne imprezy. Przekazywane są również materiały informacyjne i przeprowadzane badania krwi na poziom alkoholu. Główne elementy kampanii „Bob” zostały udokumentowane w celu wdrożenia kampanii po nazwą „Euro-Bob” do innych krajów Europy, przy współpracy Komisji Europejskiej. Od roku 2001 kampania ta, w różnych wariantach, została wprowadzona w Danii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii i Portugalii, a podobne programy wdrażane są w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej.

W walce przeciw pijanym kierowcom kluczową rolę odgrywa współpraca pomiędzy agencjami transportowymi, policją, przemysłem napojów alkoholowych, służb miejskich i handlu. Działania te odbywają się w zgodzie z istniejącymi regulacjami prawnymi odnośnie wieku, od którego można legalnie spożywać alkohol oraz dopuszczalnego poziomu zawartości alkoholu we krwi, różnymi w różnych krajach. Egzekwowanie istniejącego prawa poprzez wyrывkowe sprawdzanie trzeźwości kierowców alkomatami, jest ważnym działaniem, które w połączeniu z edukacją, ma znaczący wpływ na zmniejszenie liczby wypadków związanych z alkoholem⁸³.

Wyniki ostatnich badań wskazują, że kampanie w środkach masowego przekazu mogą wpłynąć na zmniejszenie liczby wypadków związanych ze spożyciem alkoholu i częstotliwości przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu⁸⁴. Stwierdzono, że na skutek tych kampanii uległy zmniejszeniu koszty społeczne związane z obrażeniami, straty w produkcji, ból i cierpienie, oraz straty związane ze zniszczeniem mienia. Wygląda na to, że kampanie takie mogą osiągnąć pozytywne rezultaty niezależnie od tego, czy koncentrują się na prawnych konsekwencjach prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu czy też na negatywnych aspektach zdrowotnych lub społecznych. Należy jednak pamiętać, że wszystkie te kampanie prowadzone były równolegle z innymi działaniami prewencyjnymi, które mogły mieć swój udział w ich sukcesie.

Odpowiedzialna gościnność

Następnym popularnym i skutecznym kierunkiem jest działanie mające na celu zmianę zachowań osób sprzedających lub podających napoje alkoholowe. Zadaniem takich działań jest podwyższenie bezpieczeństwa w miejscach związanych ze spożyciem alkoholu. Wyniki edukacji w zakresie odpowiedzialnej gościnności są obiecujące. Edukacja ta ma na celu przeszkolenie kelnerów, barmanów i innych osób serwujących alkohol w zakresie potencjalnego ryzyka, wzorców picia i ich skutków, a także dostarcza im umiejętności niezbędnych do obchodzenia się z osobami pod wpływem alkoholu. Celem jest również nauczenie personelu serwującego alkohol o ich prawnej i społecznej odpowiedzialności, oraz skutecznej interwencji w momencie powstania problemu. Odpowiedzialna gościnność i szkolenie obsługi to w oczywisty sposób jest obszar, na którym przemysł napojów alkoholowych ma do odegrania swoją rolę. Istotnie, wiele organizacji pro-społecznych, związanych z przemysłem napojów alkoholowych na całym świecie, wdrożyły programy w tym zakresie.

Programy te różnią się w szczegółach, niektóre z nich koncentrują się na szkoleniu personelu w zakresie odpowiedzialności prawnej, podczas gdy inne kładą nacisk na umiejętność oceniania zaistniałej sytuacji i zmniejszania szkodliwych skutków. Programy takie zostały wdrożone w wielu krajach, lecz nie wszędzie dokonano ich oceny. Ogólnie rzecz biorąc, szkolenia personelu serwującego alkohol zostały przyjęte pozytywnie, szczególnie tam, gdzie poparte jest to egzekwowaniem prawa⁸⁵. Prowadzi to do zwiększenia świadomości, ale również zmniejsza przypadki picia dużych ilości alkoholu, liczbę pijanych gości i zmniejsza częstotliwość występowania wypadków na skutek prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu⁸⁶.

PODSUMOWANIE: CO DZIAŁA?

Jak staraliśmy się wykazać w tym raporcie, edukacja na temat alkoholu jest złożoną i wymagającą dziedziną. W jej skład wchodzi zarówno formalne środki edukacyjne jak i nieformalne wpływy, które razem kształtują stosunek do picia alkoholu i związanego z tym ryzyka, zachęcają do pewnych wzorców picia i odradzają korzystanie z innych. Ale, co ważniejsze, edukacja w zakresie alkoholu jest działaniem, które podobnie jak polityka czy środki prewencyjne, nie może być postrzegana czy wdrażana w izolacji, lecz zależna jest od szerszych poczynań.

Najważniejszym pytaniem związanym z edukacją alkoholową pozostaje to, czy jest skuteczna czy nie. Jak to jasno wynika z dyskusji wokół tego tematu, odpowiedź najprawdopodobniej będzie brzmiała „To zależy”. Podczas gdy niektóre środki edukacji alkoholowej uznano za bardzo skuteczne, inne okazały się mniej przydatne. Niektóre z nich pomogły zmienić zachowania i zwiększyć świadomość, inne zaś nie odniosły takich sukcesów.

Jednak z badań nad efektywnością edukacji alkoholowej można wyciągnąć pewne wnioski. Przede wszystkim wygląda na to, że bardziej skuteczne jest podejmowanie ściśle określonych działań niż stosowanie ogólnych metod. Ważne jest aby ściśle określić grupę docelową i dobrać odpowiednie metody działania. Czy to w przypadku stosowania polityki alkoholowej czy środków prewencyjnych, aby osiągnąć silne oddziaływanie należy wziąć pod uwagę aspekt kulturowy danej grupy i dobrać adekwatne metody.

Po drugie, cel poszczególnych działań musi być jasno zdefiniowanych tak, aby można było ocenić ich efektywność. Może być rzeczą nierealną aby spodziewać się na przykład, aby program zaprojektowany w celu zwiększenia świadomości był skuteczny w przypadku zmiany zachowań. Po trzecie, kompleksowa interwencja wydaje się być bardziej skuteczna niż pojedyncze działania, a korzyści z połączonych działań różnych grup zapewniają jej sukces. Programy powinny być z natury kompleksowe i nie należy zbyt wcześnie dokonywać ich oceny, gdyż integracja wymaga czasu. Ostatecznie, programy edukacyjne na temat alkoholu powinny być realistyczne i odzwierciedlać potrzeby tych, dla których zostały stworzone, powinny mieć mierzalne cele, a kryteria oceny powinny być wbudowane w program.

Istnieją również dowody na to, że edukacja alkoholowa nie powinna być rozpatrywana i oceniana w izolacji. W ocenie skuteczności działań często odgrywają ważną rolę wpływy zewnętrzne, których nie da się ocenić. Wyniki są również w dużym stopniu zależne od stosowanych wraz z wdrażaniem programów edukacyjnych innych działań w zakresie polityki i prewencji. Podobnie, panujący klimat polityczny i trendy towarzyszące konsumpcji alkoholu są kluczowymi czynnikami w ocenie tego, czy poszczególne działania są potrzebne, adekwatne i postrzegane jako sukces.

Polityka alkoholowa jest w widoczny sposób bardziej skuteczna gdy jest ściśle ukierunkowana i wtedy, gdy kilka wyspecjalizowanych działań można z sukcesem połączyć. Żadne pojedyncze działanie samo w sobie nie będzie w stanie wpłynąć na zmianę oblicza problemu i podejścia do alkoholu. Edukacja alkoholowa w tym aspekcie się nie różni. Sukces polityki alkoholowej opiera się na możliwości zintegrowania wielu

elementów, jej elastyczności i realistycznego podejścia. Edukacja alkoholowa jest częścią większej całości, w skład której wchodzi działania legislacyjne, egzekucja prawa i inne działania polityczne i prewencyjne.

PRZYPISY

¹ Plant, M., & Plant, M. (1997). In M. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: Minimising the harm. What works?* (pp. 193-210). London, United Kingdom: Free Association Books, p.195.

² International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2003). *ICAP reports 14: International drinking guidelines*. Washington, D.C.: Author.

³ Perkins, H.W. (Ed.). (2003). *Social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; Alcohol Concern (2002). *Alcohol and teenage pregnancy*. London, UK: Author; Hankin, J.R. (2002). *Alcohol Research and Health*, 26(1), 58-65; International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2001). *ICAP reports 10: Alcohol and "special populations." Biological vulnerability*. Washington, DC: Author; Copans, S. et al. (2000). In J. Kinney (Ed.), *Loosening the grip: Handbook of alcohol information* (pp. 358-433). Boston, MA: McGraw-Hill.

⁴ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2003). *ICAP reports 14: International drinking guidelines*. Washington, D.C.: Author.

⁵ Houghton, E., & Roche, A.M. (Eds.). (2001). *Learning about drinking*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

⁶ Hellandsjo Bu, E.T. et al. (2002). *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 74-80; Plant, M. (2001). In E. Houghton & A.M. Roche (Eds.), *Learning about drinking* (pp. 129-146). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

⁷ Holmila, M. (2003). *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 20 (English suppl.), 81-90; Carmona, M.G. et al. (1998). *Guide for evaluating prevention effectiveness*. CSAP Technical Report Series. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.

⁸ Foxcroft, D.R. et al. (2003). *Addiction*, 98(4), 397-411; Gorman, D.M. (2003). *Psychiatric Services*, 54(8), 1087-1089; Gorman, D.M. (2002). *International Journal of Drug Policy*, 13(1), 21-26; Midford, R., & McBride, N. (2001). In N. Heather, T.J. Peters, & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 785-804). Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd; White, D., & Pitts, M. (1998). *Addiction*, 93(10), 1475-1487; Foxcroft, D.R., et al. (1997). *Addiction*, 92(5), 531-537; Gorman, D.M. (1996). *Addiction Research*, 4(2), 191-210; Hansen, D.W. (1993). *Alcohol Health and Research World*, 17(1), 54-60; Schaps, E. et al. (1981). *Journal of Drug Issues*, 11, 17-43.

⁹ Centre for Addiction and Mental Health (1999). *Alcohol and drug prevention programs for youth: What works?* Toronto, Canada: Author; Marlatt, G.A. (Ed.). (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York, NY: The Guilford Press.

¹⁰ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2003). *ICAP reports 14: International drinking guidelines*. Washington, DC: Author; Stockwell, T. (2001). *Drug and Alcohol Review*, 20(1), 121-129.

¹¹ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2003). *ICAP reports 13: Alcohol and the workplace*. Washington, DC: Author.

¹² Babor, T. et al., 2003. *Alcohol; no ordinary commodity*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

¹³ Plant, M., & Plant, M. (1997). In M. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: Minimising the harm. What works?* (pp. 193-210). London, United Kingdom: Free Association Books.

¹⁴ Wechsler, H., et al. (2003). *Journal of Studies on Alcohol*, 64(4), 484-494; Austin, E.W. et al. (1999). *Journal of Health Communication*, 4(3), 195-210; Slater, M.D. (1999). *JADE: Journal of Alcohol and Drug Education*, 44(3), 68-81.

¹⁵ Clapp, J.D. et al. (2003). *Journal of Studies on Alcohol*, 64(3), 409-414; Pinkleton, B.E. et al. (2001). *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 45(4), 575-597; Gotthofer, A.R. (2000). *Dissertation Abstracts International*, 60(9), 3185A.

¹⁶ Babor, T. et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; Perkins, H.W. (Ed.). (2003). *Social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; Bauerle, J. (2002). *American Journal of Health Promotion*, 16(6), 366; Saffer, H. (2002). *Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 14), 173-181.

¹⁷ Honik, R. et al. (2002). *Evaluation of the National Youth Anti-Drug Media Campaign: Fourth semi-annual report of findings*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA).

¹⁸ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (1997). *ICAP reports 3: Health warning labels*. Washington, D.C.: Author.

¹⁹ Stockwell, T., & Single, E. (1997). In M. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: Minimising the harm. What works?* (pp. 85-104). New York, NY: Free Association Books Ltd.; Cutler, B.D., & Thomas, E.G. (1994). *Health Marketing Quarterly*, 11(3/4), 9-25; Stockwell, T., & Lemmens, P. (1994). *Addiction*, 89(12), 1703-1706.

²⁰ International Center for Alcohol Policies (1998). *ICAP reports 5: What is a "standard drink"?* Washington, DC: Author.

²¹ Agostinelli, G., & Grube, J.W. (2002). *Alcohol Research & Health*, 26(1), 15-21; Greenfield, T. K. et al. (1999). *Psychology & Marketing*, 16(3), 261-282; Greenfield, T.K., & Kaskutas, L.A. (1998). *Applied Behavioral Science Review*, 6(1), 39-68; Kaskutas, L.A., & Greenfield, T.K. (1997). *American Journal of Health Promotion*, 11(3), 183-193; Hankin, J.R. et al. (1996). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(3), 440-444.

- ²² MacKinnon, D.P. *et al.* (2001). *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 221-227; Stockley, C.S. (2001). *International Journal of Drug Policy*, 12(2), 153-166; Hankin, J.R. *et al.* (1993). *Journal of Public Policy and Marketing*, 12(1), 10-18.
- ²³ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2004). *What drives underage drinking? An international analysis*. Washington, DC: Author; Daugherty, M. *et al.* (2002). In W.R. Miller & C.M. Weisner, (Eds.), *Changing substance abuse through health and social systems* (pp. 225-239). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2001). *ICAP reports 10: Alcohol and "special populations." Biological vulnerability*. Washington, DC: Author; Copans, S. *et al.* (2000). In J. Kinney (Ed.), *Loosening the grip: Handbook of alcohol information* (pp.358-433). Boston, MA: McGraw-Hill.
- ²⁴ Reis, J. & Riley, W. (2002). *Health Education*, 102(3), 124-132.
- ²⁵ Smart, R.G., & Ogborne, A.C. (2000). *Addictive Behaviors*, 25(3), 455-460.
- ²⁶ Milgram, G. (2001). In E. Houghton & A. Roche (Eds.), *Learning about drinking* (pp. 85-101). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge; Room, R. (2000). In J. Topa (Ed.), *European Symposium on Community Action to Prevent Alcohol Problems*. Porto, Portugal: Centro Regional de Alcoologia do Porto (CD-ROM); Centre for Addiction and Mental Health (1999). *Alcohol and drug prevention programs for youth: What works?* Toronto, Canada: Author; Paglia, A., & Room, R. (1999). *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 3-50; Hanson, D. (1996). *Alcohol education: What we must do*. Westport, CT: Praeger;
- ²⁷ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2002). *ICAP reports 4 (Revised): Drinking age limits*. Washington, DC: Author.
- ²⁸ Centre for Addiction and Mental Health (1999). *Alcohol and drug prevention programs for youth: What works?* Toronto, Canada: Author; Marlatt, G.A. (Ed.). (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York, NY: The Guilford Press; Somers J.M. (1996). *Dissertation Abstracts International*, 56(12), 7056B.
- ²⁹ Kanof, M.E. (2003). *Youth illicit drug use prevention: DARE long-term evaluations and federal efforts to identify effective programs*. Washington, DC: General Accounting Office.
- ³⁰ Caulkins, J. P. *et al.* (2004). *Drug and Alcohol Review*, 23(1), 79-87; Flisher, A.J. *et al.* (2002). In W.R. Miller & C.M. Weisner (Eds.), *Changing substance abuse through health and social systems* (pp. 171-182). New York, NY: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- ³¹ <http://www.dest.gov.au/schools/drugeducation/rethinkingdrinking.htm>
- ³² <http://www.mideplan.go.cr/odt/Plan%20Nacional/Capital%20Humano/Educacion/calidad.htm> ; Worldwide Brewing Alliance (2003). *Global social responsibility initiatives*. London: Author.
- ³³ <http://www.edfac.unimelb.edu.au/EPM/YRC/projects/>
- ³⁴ McBride, N. *et al.* (2004). *Addiction*, 99(3), 278-291; McBride, N. *et al.* (2003). *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 263-276; McBride, N. *et al.* (2000). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(1), 54-59.
- ³⁵ McBride, N. *et al.* (2004). *Addiction*, 99(3), 278-291; McBride, N. *et al.* (2003). *Drug and Alcohol Review*, 22(3), 263-276.
- ³⁶ Botvin, G.J. *et al.* (2003). *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 1-17; International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2000). *Life Skills Education in South Africa and Botswana*. Washington, D.C.: Author; Botvin, G.J. *et al.* (1995). *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 273(14), 1106-1112.
- ³⁷ Wald, H.P. *et al.* (1999). In R.T. Ammerman, P.J. Ott, & R.E. Tarter (Eds.), *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse* (pp. 369-381). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ³⁸ Foxcroft, D.R. *et al.* (2003). *Addiction*, 98(4), 397-411; Gorman, D.M. (2002). *International Journal of Drug Policy*, 13(1), 21-26; Plant, M., & Plant, M. (1999). *International Journal of Drug Policy*, 10(5), 385-401.
- ³⁹ Kanof, M.E. (2003). *Youth illicit drug use prevention: D.A.R.E. long term-evaluations and federal efforts to identify effective programs*. Washington, DC: United States General Accounting Office (GAO); Burke, M.R. (2002). *Federal Probation*, 66(2), 66-71; Brown, J.H. (2001). *Journal of Drug Education*, 31(1), 83-122.
- ⁴⁰ Gorman, D.M. (2003). *Psychiatric Services*, 54(8), 1087-1089; Gorman, D.M. (2002). *International Journal of Drug Policy*, 13(1), 21-26.
- ⁴¹ Burke, M.R. (2002). *Federal Probation*, 66(2), 66-71; Miller, E.T. *et al.* (2001). In P.M. Monti, S.M. Colby, & T.A. O'Leary (Eds.), *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (pp. 183-215). New York, NY: Guilford Publications, Inc.; Fromme, K. *et al.* (1994). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 143-154.
- ⁴² Godfrey, C. *et al.* (2002). *Drug education approaches in primary schools*. West Melbourne, Australia: Drug Info Clearinghouse; Lloyd, C. *et al.* (2000). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(2), 109-126; Bils, L. (1999). *Alcoologie*, 21(HS), 187-192.
- ⁴³ Eisen, M. *et al.* (2003). *Addictive Behaviors*, 28(5), 883-897.
- ⁴⁴ Marlatt, G.A. *et al.* (2003). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(8), 1327-1329; International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2000). *Life skills education in South Africa and Botswana*. Washington, D.C.: Author; Godfrey, C. *et al.* (2002). *Drug education approaches in primary schools*. West Melbourne, Australia: Drug Info Clearinghouse; Spoth, R.L. *et al.* (2002). *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 219-228.
- ⁴⁵ Allen, D. (2003) *Journal of Substance Use*, 8(1), 47-54; Bjarnason, T. *et al.* (2003). *Journal of Studies on Alcohol*, 64(2), 200-208; Duncan, S.C. *et al.* (2003). *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 2(2), 17-33; Miller, P., & Plant, M. (2003). *Journal of Substance Use*, 8(1), 19-26; Sanchez-Sosa, J.J., & Poldrugo, F. (2001). In E Houghton & A.M. Roche (Eds.), *Learning about drinking* (pp.57-83). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge; Akers, R.L. (1985). *Deviant behavior: A social learning approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- ⁴⁶ Andrews, J.A. *et al.* (2002). *Health Psychology*, 21(4), 349-357; Barnow, S. *et al.* (2002). *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 305-315; Geckova, A. & Van Dijk, J.P. (2001). *Studia Psychologica*, 43(2), 113-123; Houghton, E. & Roche, A.M. (2001). *Learning about drinking*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

- ⁴⁷ Hellandsjo Bu, E.T. *et al.* (2002). *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 74-80; Halmi, A., & Golik-Gruber, V. (2002). *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions*, 38(1-2), 41-55.
- ⁴⁸ Sanchez-Sosa, J.J., & Poldrugo, F. (2001). In E. Houghton & A.M. Roche (Eds.), *Learning about drinking* (pp.57-83). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge; Sroufe, L.A. *et al.* (1996). *Child development: Its nature and course*. New York, NY: McGraw-Hill.
- ⁴⁹ Brower, K.J. & Carey, T.L. (2003). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(8), 1365-1367; Bry, B.H. *et al.* (1998). In R.S. Ashery, E.B. Robertson, & K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions* (pp. 103-129). NIDA Research Monograph No. 177. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA); Etz, K.E. *et al.* (1998). In R.S. Ashery, E.B. Robertson, & K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions* (pp. 1-11). NIDA Research Monograph No. 177. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA); Costa, F.M. *et al.* (1999). *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 480-490; Jessor, R. (Ed.). (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- ⁵⁰ Foxcroft, D.R., & Lowe, G. (1997). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 4(3), 215-229.
- ⁵¹ Foxcroft, D.R. *et al.* (2003). *Addiction*, 98(4), 397-411; Kumpfer, K.L. *et al.* (2003). *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 1759-1787; Spoth, R. *et al.* (1999). *Journal of Studies on Alcohol*, 13(Suppl.), 103-111; Ashery, R.S. *et al.* (Eds.). (1998). *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- ⁵² Kumpfer, K.L. *et al.* (2003). *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 1759-1787; Kumpfer, K.L. *et al.* (2002). *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4S), S65-S71.
- ⁵³ Spoth, R.L. *et al.* (2002). *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 219-228.
- ⁵⁴ Beccaria, F. *et al.* (2003). *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 20(English Suppl.), 110-115.
- ⁵⁵ Mattern, J.L. & Neighbors, C. (2004). *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4), 489-493; Lilja, J. *et al.* (2003). *Substance Use and Misuse*, 38(10), 1491-1530; Perkins, H.W. (Ed.). *Social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; Perkins, H.W., & Craig, D.W. (2002). *A multifaceted social norms approach to high-risk drinking: Lessons from Hobart and William Smith Colleges*. Newton, MA: Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention.
- ⁵⁶ Johannessen, K., & Glider, P. (2003). In H.W. Perkins (Ed.), *Social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians* (pp. 65-82). San Francisco, CA: Jossey-Bass; Johannessen, K. (2002). *Social Norms Theory*. ICAP Invited Opinion. Retrieved December 3, 2004, from http://www.icap.org/invited/opinion_johannessen.html.
- ⁵⁷ Perkins, H.W. (Ed.). *Social norms approach to prevention school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors and clinicians*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; Bauerle, J. (2002). *American Journal of Health Promotion*, 16(6), 366.
- ⁵⁸ Clapp, J.D. *et al.* (2003). *Journal of Studies on Alcohol*, 64(3), 409-414; Wechsler, H. *et al.* (2003). *Journal of Studies on Alcohol*, 64(4), 484-494; Granfield, R. (2002). *Journal of Alcohol and Drug Education*, 47(2), 18-31; Smith, B. (2002). *Social Norms Theory*. ICAP Invited Opinion. Retrieved December 3, 2004, from http://www.icap.org/invited/opinion_smith.html.
- ⁵⁹ Hancock, J. *et al.* (1999). *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 34(1), 101-102.
- ⁶⁰ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2004). *What drives underage drinking? An international analysis*. Washington, DC: Author; Plant, M. (2001). In E. Houghton & A.M. Roche (Eds.), *Learning about drinking* (pp.129-146). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge; Lindberg, L.D. *et al.* (2000). *Teen risk-taking: Statistical portrait*. Washington, DC: Urban Institute; Finken, L.L. (1997). *Dissertation Abstracts International*, 57(8), 5358-B-5359-B; Fossey, E. *et al.* (1996). In L. Harrison (Ed.), *Alcohol problems in the community* (pp. 52-75). London, United Kingdom: Routledge.
- ⁶¹ Holder, H.D. *et al.* (2000). *JAMA: Journal of American Medical Association*, 284(18), 2341-2347; Wagenaar, A.C. *et al.* (2000). *Addiction*, 95(2), 209-217; Williams, C. & Perry, C. (1998). *Alcohol Health and Research World*, 22(2), 107-116.
- ⁶² Perry, C.L. *et al.* (1996). *American Journal of Public Health*, 86(7), 956-965; Perry, C.L. *et al.* (1993). *Health Education Research: Theory and Practice*, 8(1), 125-136.
- ⁶³ Williams, C. *et al.* (1999). *Journal of Studies on Alcohol*, 13(Suppl.), 112-124.
- ⁶⁴ Perry, C.L. *et al.* (2002). *Health Education Research*, 17(1), 117-132; Perry, C.L. *et al.* (1996). *American Journal of Public Health*, 86(7), 956-965.
- ⁶⁵ International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2003). *ICAP reports 14: International drinking guidelines*. Washington, DC: Author; International Center for Alcohol Policies (ICAP). (1999). *ICAP reports 6: Government policies on alcohol and pregnancy*. Washington, DC: Author.
- ⁶⁶ Loop, K.Q., & Nettleman, M.D. (2002). *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 136-138.
- ⁶⁷ Hankin, J.R. (2002). *Alcohol Research and Health*, 26(1), 58-65.
- ⁶⁸ Kesmodel, U., & Kesmodel, P.S. (2002). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1553-1560; Andersen, A.M. *et al.* (2001). *Ugeskr Laeger*, 163(11), 1561-1565.
- ⁶⁹ Andrusis, D., & Hopkins, S. (2001). *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(1), 181-198; Drinkard, C.R. *et al.* (2001). *American Journal of Managed Care*, 7(4), 377-386.
- ⁷⁰ Floyd, R.L. *et al.* (1999). *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 8(6), 733-736.
- ⁷¹ Abela, M.B. (2000). *Dissertation Abstracts International*, 61(3), 1667B; Allard-Hendren, R. (2000). *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(3), 159-162.
- ⁷² Calabro, K. *et al.* (1996). *Patient Education and Counseling*, 29(3), 301-309.

- ⁷³ Westphal, L.L. (2000). *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 9(3), 38-48; Williams, R.J. & Gloster, S.P. (1999). *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), 833-836.
- ⁷⁴ Moran, J. & Reaman, J.A. (2002). *Journal of Primary Prevention*, 22(3), 201-233; Okamoto, S.K. et al. (2001). *Journal of Alcohol and Drug Education*, 47(1), 45-59; National Resource Center on Native American Aging (2001). *Motor vehicle crashes involving rural Native American elders*. Grand Forks, ND: National Resource Center on Native American Aging at the University of North Dakota.
- ⁷⁵ Sheehan, M. et al. (1995). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2(3), 259-273; Hazlehurst, K.-M. (1986). *Journal of Drug Issues*, 16(2), 209-220.
- ⁷⁶ Weintraub, T.A. et al. (2003). *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 101-105; D'Onofrio, G. (2002). *Substance Abuse*, 23(2), 125; Giannetti, V.J. et al. (2002). *Journal of Health and Social Policy*, 15(1), 45-58; Kaner, E.F.S. et al. (2001). *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 621-627.
- ⁷⁷ Beich, A. et al. (2003). *BMJ: British Medical Journal*, 327(7414), 536-540; Fleming, M.F. (2003). In M. Galanter, (Ed.), *Recent developments in alcoholism: Volume 16. Research on alcoholism treatment* (pp. 375-390). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; Patton, R. & Touquet, R. (2003). *BMJ: British Medical Journal*, 326(7384), 337; Chang, G. (2002). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(1), 1-7; Seppa, K. (2002). *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift (Nordic Studies on Alcohol and Drugs)*, 20 (English Suppl.), 91-96.
- ⁷⁸ Kypri, K. et al. (2002). *Alcohol and Alcoholism*, 37(5), 457-464; Kypri, K. et al. (2002). *Alcohol and Alcoholism*, 37(5), 465-467; Murphy, J.G. et al. (2001). *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 373-379; Dimeff, L.A. et al. (1999). *Brief Alcohol Intervention and Screening for College Students (BASICS): A harm reduction approach*. New York, NY: Guilford Press.
- ⁷⁹ Lapham, S.C. et al. (2003). *Alcohol and Alcoholism*, 38(2), 176-182; Hurtado, S.L. (2002). *Effectiveness of an alcohol abuse secondary prevention program among Marine Corps aviation personnel*. San Diego, CA: Naval Health Research Center.
- ⁸⁰ Glassman, T. (2002). *Journal of American College Health*, 51(3), 143-144.
- ⁸¹ Donohue B. et al. (2004). *Journal of Alcohol and Drug Education*, 48, 13-33; Eisen, M. et al. (2003). *Addictive Behaviors*, 28(5), 883-897; Ziemelis, A. et al. (2002). *Journal of American College Health*, 50(5), 238-252.
- ⁸² "Euro Bob" European designated driver campaign against drinking and driving, 2001-2002 (2002, December). Final Report. Directorate-General for Energy and Transport, European Commission. Retrieved on December 3, 2004, from http://europa.eu.int/comm/transport/road/roadsafety/behaviour/campaigns/doc/eurobob_2001_2002.pdf
- ⁸³ Baum, S. (1999). *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 32(3), 247-261.
- ⁸⁴ Elder et al. (2004). *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 57-65; Morrison, D.S. et al. (2003). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5), 327-333; McCammon, K. (2001). *Annals of Emergency Medicine*, 38(4), 415-422.
- ⁸⁵ Stockwell, T. (1997). In R. Homel (Ed.), *Crime Prevention Studies: Vol. 7. Policing for prevention: Reducing crime, public intoxication and injury* (pp. 7-33). Monsey, NY: Criminal Justice Press; Babor et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- ⁸⁶ Graham, K. (2000). *Contemporary Drug Problems*, 27(3), 593-668; Babor, T. et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.