

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Luka Vidmar

**Analiza ključnih determinant škodljivih
učinkov alkohola**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Luka Vidmar

Mentor: doc. dr. Franc Trček
Somentor: red. prof. dr. Igor Lukšič

**Analiza ključnih determinant škodljivih
učinkov alkohola**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2012

*Posebna zahvala
doc. dr. Francu Trčku, red. prof. Igorju Lukšiču,
doc. dr. Mitji Hafner-Finku, dr. Barbari Zemljic in
mag. Elizabeti Kirn za napotke in usmeritve
pri pisanju magistrskega dela.*

*Posebna zahvala gre tudi mojim staršem, ki so mi
omogočili študij in me vseskozi podpirali ter moji partnerki Anji
za potrpežljivost in razumevanje ob nastajanju magistrskega dela.*

IZJAVA O AVTORSTVU

Analiza ključnih determinant škodljivih učinkov alkohola

Alkohol ne povzroča le zasvojenosti, temveč je tudi razlog okoli 60 različnih vrst bolezni in stanj ter je odgovoren za 7,4 % vseh nezmožnosti in prezgodnjih smrti v EU (Anderson in Baumberg 2006A). Je tretji največji dejavnik tveganja za slabo zdravje v EU. Pred njim sta le tobak in visok krvni pritisk (Anderson in Baumberg 2006A). Skupni materialni stroški alkohola za EU so bili v letu 2003 ocenjeni na 125 mrd EUR, nematerialni pa med 150 in 760 mrd EUR (World Health Organization 2010).

V EU je ocenjena največja poraba alkohola in največ škodljivih učinkov alkohola na svetu (Rehn in drugi 2001). Vendar škodljivi učinki alkohola niso neposredno povezani s porabo alkohola, temveč so odraz kulture pitja in specifičnih kulturnih dejavnikov, ki se navezujejo na norme in pričakovanja glede uživanja alkohola (Peele in Brodsky 1996).

»Vsaka država v EU ima, pogosto zaradi zaščite javnega zdravja, več zakonov in drugih politik, ki alkohol obravnavajo drugače od drugega blaga, s katerim se trguje na njenem ozemlju« (Anderson in Baumberg 2006A, 5). Alkoholno politiko (v nadaljevanju: AP) definiramo kot »skupek ukrepov, ki imajo cilj izboljšanje zdravja in družbene škodo, ki jo povzroča alkohol« (World Health Organization 2010, 9). V Evropi so najmanj stroge AP značilne za južno Evropo in dele srednje in vzhodne Evrope, najstrožje AP pa za severno Evropo. Vendar zgolj prisotnost AP ni dovolj. Kljub splošni razširjenosti AP (večina držav ima programe za vsaj en vidik AP) namreč skoraj polovica držav EU nima akcijskega načrta ali usklajevalnega telesa za področje alkohola. Poleg tega mora biti AP »prilagojena kulturi posamezne družbe ter vključena v različne sektorje, ki lahko vplivajo na škodljive učinke alkohola« (World Health Organization 2010, 10). Zato morajo države oblikovati celovito in učinkovito alkoholno politiko.

Magistrsko delo obravnava ključne determinante škodljivih učinkov alkohola, alkoholno kontrolno politiko, neformalno alkoholno kontrolo, koncept celovite in učinkovite alkoholne politike itd. V naši raziskavi (kvalitativni primerjalni analizi QCA), smo raziskovali vpliv povprečne porabe alkohola, strogosti AP, vzorcev pitja, religije in življenjskega stila na škodljive učinke alkohola.

Ključne besede: alkohol, kultura pitja, alkoholna politika, poraba alkohola, družbeno-kulturni dejavniki, vzorci pitja, škodljivi učinki alkohola.

Analysis of key determinants of alcohol-related harm

Apart from being a drug of dependence, alcohol is a cause of some 60 different types of diseases and conditions and is responsible for 7.4 % of all ill-health and premature death in the EU (Anderson in Baumberg 2006A). This makes alcohol the 3rd leading risk factor, only behind tobacco and high blood pressure. The total tangible cost of alcohol to EU society in 2003 was estimated to be €125bn, the intangible costs were estimated to be between €150bn and €760bn (World Health Organization 2010).

The EU has the highest rate of alcohol consumption and alcohol-related harm in the world. The prevalence of alcohol-related harm is not directly related to average per capita consumption. Alcohol-related harm is associated with drinking culture and specific cultural factors, relating to norms and expectancies about drinking (Peele in Brodsky 1996).

»Every country in the EU has a number of laws and other policies that set alcohol apart from other goods traded in its territory, often for reasons of public health (Anderson in Baumberg 2006A, 5). »Alcohol policies are sets of measures aimed at minimizing ill health and social harm from the use of alcohol« (World Health Organization 2010, 9). The least strict policies are in southern and parts of central and eastern Europe, and the highest in northern Europe. Despite the ubiquity of alcohol policies, just under half the EU countries still do not have an action plan or coordinating body for alcohol. Even so, most countries have programmes for one aspect of alcohol policy. »But the presence of an alcohol policy, although important, is not enough. Policy needs to be sensitive to cultural values and to engage the many different sectors that have an impact on alcohol-related harm« (World Health Organization 2010, 10). Governments need to establish complete and effective alcohol policy.

The dissertation deals with key determinants of alcohol-related harm, alcohol control policies, informal alcohol control, concept of complete and effective alcohol policy, etc. In our study (Qualitative Comparative Analysis QCA) we focused on the impact of alcohol consumption, strictness of alcohol policies, drinking patterns, religion and lifestyle on alcohol-related harm.

Key words: alcohol, drinking culture, alcohol policy, alcohol consumption, social and cultural factors, drinking patterns, alcohol-related harm.

KAZALO

1 UVOD	11
2 ALKOHOL	14
2.1 Opredelitev alkohola	14
2.2 Klasifikacija alkoholnih pijač in njihov razvoj	14
3 PORABA ALKOHOLA IN ŠKODLJIVI UČINKI ALKOHOLA	18
3.1 Opredelitev porabe alkohola	18
3.1.1 Ocena registrirane porabe alkohola	18
3.1.2 Korigirana ocena registrirane porabe alkohola	19
3.2 Razvoj in trendi porabe alkohola v Evropi.....	22
3.3 Pozitivne posledice porabe alkohola in škodljivi učinki alkohola (v Evropi).....	23
3.3.1 Pozitivne posledice porabe alkohola (v Evropi).....	23
3.3.2 Škodljivi učinki alkohola (v Evropi).....	25
3.4 Determinante porabe in škodljivih učinkov alkohola (v Evropi).....	32
3.4.1 Religija	32
3.4.2 Kultura pitja alkoholnih pijač.....	33
3.4.2.1 Normalno in deviantno pitje alkoholnih pijač	35
3.4.2.2 Družbena teorija deviantnosti.....	38
3.4.2.3 Teorija stigmatizacije.....	40
3.4.2.4 4 tipi kulture pitja alkoholnih pijač	41
3.4.3 Akulturacija in vpliv globalizacije na kulturo pitja alkoholnih pijač.....	45
3.4.4 Simbolni pomen alkoholnih pijač.....	46
3.4.5 Vpliv enotnega trga EU, trgovinskih nazorov in poseganja države na porabo alkohola in škodljive učinke alkohola	47
3.4.6 Vpliv BDP, strukture zaposlenosti in demografskih sprememb na porabo alkohola in škodljive učinke alkohola	51
4 ALKOHOLNA POLITIKA (AP)	52
4.1 Opredelitev AP	52
4.2 Razvoj AP.....	53
4.2.1 AP v starem veku	53
4.2.2 AP od srednjega veka do konca 19. st.....	54
4.2.3 AP v 20. st.....	55
4.2.4 Aktualna AP v EU.....	57
4.2.5 AP v Sloveniji	59
4.3 Oblikovanje, implementacija, evalvacija in monitoring AP	61
4.4 Koncept celovite in učinkovite AP.....	62
4.5 Močan vpliv interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije na oblikovanje, izvajanje in evalvacijo AP	63
4.6 Strogost AP v EU-15.....	65
4.7 Evalvacija AP v EU-15	68
4.7.1 Večja učinkovitost neformalne kot formalne socialne kontrole ter dramatične razlike v neformalnih socialnih normah.....	68
4.7.2 Skandinavski vs. sredozemski model AP.....	70

4.7.3	Težavnost evalviranja AP.....	72
4.7.4	Skupine učinkovitih in neučinkovitih ukrepov znotraj AP v EU-15.....	74
4.8	Prednostna področja ukrepanja v okviru AP.....	79
5	EMPIRIČNI DEL.....	83
5.1	Metodologija raziskave.....	83
5.2	Hipoteze.....	87
5.3	Opredelitev in priprava spremenljivk.....	90
5.4	Rezultati.....	100
5.4.1	Vpliv izbranih dejavnikov na umrljivost zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev.....	100
5.4.2	Vpliv izbranih dejavnikov na prometne nesreče s smrtnim izidom.....	102
5.4.3	Preverjanje hipotez.....	105
6	SKLEP.....	107
7	LITERATURA.....	110

Seznam slik:

Slika 3.1:	Ocena registrirane porabe alkohola in korigirana ocena registrirane porabe alkohola v EU-15 in na Norveškem v letu 2004.....	20
Slika 3.2:	Odstopanje ocene registrirane povprečne porabe alkohola od njene korigirane ocene (v %) v EU-15 in na Norveškem v letu 2004.....	21
Slika 3.3:	Povprečna poraba alkohola (v L) v EU-15, Ameriki, Afriki, Vzhodnem Pacifiku in JV Aziji od leta 1961 do leta 2000.....	22
Slika 3.4:	Rezultati multikriterijske analize škodljivosti drog.....	26
Slika 3.5:	Stroški (v mrd EUR) zaradi škodljivih učinkov alkohola v EU-15 v letu 2003.....	27
Slika 3.6:	Učinki vzorca pitja alkoholnih pijač in povprečne porabe alkohola na posameznika.....	34
Slika 3.7:	Pogostost popivanja v EU-15 v zadnjih 12 mesecih v letu 2004.....	37
Slika 4.1:	Strogost AP v EU-15 (brez Luksemburga) in na Norveškem v letu 1950 in 2000.....	67
Slika 4.2:	Razmerje med strogostjo AP, porabo alkohola, alkoholno cirozo in zastrupitvami v EU-15 (brez Belgije, Luksemburga, Italije, Grčije in Irske) in na Norveškem v letu 2000.....	72
Slika 4.3:	Spremembe (v %) v strogosti AP, porabi alkohola in škodljivih učinkih alkohola v EU-15 (brez Nemčije, Belgije, Luksemburga, Italije, Grčije in Irske) in na Norveškem od leta 1990 do 2000.....	73
Slika 4.4:	Število prometnih nesreč s smrtnim izidom v EU od leta 1990 do leta 2010.....	75
Slika 4.5:	Trošarine na alkohol glede na cene ostalih dobrin v Evropi v letu 2003.....	76
Slika 5.1:	Vpliv neodvisnih spremenljivk na škodljive učinke alkohola.....	88
Slika 5.2:	Vpliv nevarnega vzorca pitja, hedonizma, povprečne porabe alkohola in strogosti AP na alkoholno cirozo jeter in zastrupitve.....	89
Slika 5.3:	Vpliv nevarnega vzorca pitja, protestantizma, povprečne porabe alkohola in strogosti AP na prometne nesreče s smrtnim izidom.....	90
Slika 5.4:	Vennov diagram s 4 pogoji in 11 državami.....	101
Slika 5.5:	Vennov diagram s 4 pogoji in 11 državami.....	103

Seznam tabel:

Tabela 2.1: Različne definicije enote (merice) alkohola po svetu	15
Tabela 3.1: Metodološki problemi, ki zmanjšujejo natančnost ocene povprečne porabe alkohola na prebivalca	19
Tabela 4.1: MLDA v EU-15 (brez Luksemburga) in na Norveškem v letu 2002	66
Tabela 4.2: Zgornja dovoljena meja BAC v EU-15	75
Tabela 5.1: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev na odraslih prebivalcih (15+) v 11 evropskih državah v letu 2005	92
Tabela 5.2: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi prometnih nesreč s smrtnim izidom na odraslih prebivalcih (15+) v 11 evropskih državah v letu 2005	93
Tabela 5.3: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri nevarnem vzorcu pitja alkoholnih pijač v 11 evropskih državah v letu 2005	94
Tabela 5.4: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri hedonizmu v 11 evropskih državah v letu 2002	95
Tabela 5.5: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri protestantizmu v 11 evropskih državah v letu 2005	97
Tabela 5.6: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri starostno standardizirani povprečni registrirani in neregistrirani porabi alkohola na odraslega prebivalca (15+) v 11 evropskih državah v letu 2005	98
Tabela 5.7: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri stopnji strogosti AP v 11 evropskih državah v letu 2000	99
Tabela 5.8: Pravilnostna tabela s 4 pogoji in odvisno spremenljivko alkoholna ciroza jeter in zastrupitve	100
Tabela 5.9: Izid 1 z ostanki	101
Tabela 5.10: Izid 0 z ostanki	102
Tabela 5.11: Pravilnostna tabela s 4 pogoji in odvisno spremenljivko prometne nesreče s smrtnim izidom	102
Tabela 5.12: Izid 1 z ostanki	104
Tabela 5.13: Izid 1 brez ostankov	104
Tabela 5.14: Izid 0 z ostanki	104
Tabela 5.15: Izid 0 brez ostankov	105

Seznam kratic:

- AA** ► društvo anonimnih alkoholikov (angl. »*Alcoholics Anonymous*«)
- AP** ► alkoholna politika (angl. »*Alcohol Policy*«)
- BAC** ► koncentracija alkohola v krvi (angl. »*Blood Alcohol Concentration*«)
- BDP** ► bruto domači proizvod
- DES** ► družbeno ekonomski status

- ECAS** ► Evropska primerjalna raziskava o alkoholu (angl. »*European Comparative Alcohol Study*«)
- ESPAD** ► Evropska raziskava o rabi alkohola in drugih drog med srednješolci (angl. »*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*«)
- EU** ► Evropska unija (angl. »*European Union*«)
- EU-10** ► Belgija, Francija, Zahodna Nemčija, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Danska, Irska, Velika Britanija in Grčija
- EU-15** ► EU-10 + Portugalska, Španija, Avstrija, Finska in Švedska
- EU-25** ► UE-15 + Ciper, Češka, Estonija, Madžarska, Latvija, Litva, Malta, Poljska, Slovaška in Slovenija
- EU-27** ► UE-25 + Bolgarija in Romunija
- EUROCARE** ► Evropska zveza za alkoholno politiko (angl. »*The European Alcohol Policy Alliance*«)
- FAS** ► fetalni alkoholni sindrom (angl. »*fetal alcohol syndrome*«).
- GATT** ► Splošni sporazum o carinah in trgovini (angl. »*General Agreement on Tariffs and Trade*«)
- GATS** ► Splošni sporazum o trgovini s storitvami (angl. »*General Agreement on Trade in Services*«)
- HBSC** ► Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (angl. »*Health Behaviour in School-aged Children*«).
- ICAP** ► Mednarodni center za alkoholne politike (angl. »*The International Center for Alcohol Policies*«)
- IVZ** ► Inštitut za varovanje zdravja RS
- MIO** ► milijon
- MLDA** ► uzakonjena starostna omejitev dostopnosti do alkohola (angl. »*minimum legal drinking age*«)
- MRD** ► milijarda
- NPO** ► nevladna organizacija (angl. »*not-for-profit organization*«)
- PAS** ► psihoaktivne substance
- QCA** ► kvalitativna primerjalna analiza (angl. »*Qualitative Comparative Analysis*«)
- WHO** ► Svetovna zdravstvena organizacija (angl. »*World Health Organization*«)

1 UVOD

»Vino ne opije človeka, temveč se človek opije sam«.

kitajski pregovor

Za alkohol, ki spremlja človeški rod preko 6000 let, ko so v Mezopotamiji odkrili pivo, ki po absolutni porabi vseh pijač na svetu zaseda tretje mesto, je značilna izrazita ambivalentnost (Rehm in drugi 2004). Na eni strani pomenijo trošarine na alkohol državam znaten priliv (25 mrd EUR v letu 2001 v EU-15), na drugi strani je alkohol tretji najpomembnejši dejavnik tveganja za kronične bolezni ter eden izmed največjih javnozdravstvenih problemov, ki povzroča ogromno socialno in ekonomsko breme (885 mrd EUR v letu 2003 v EU-15) (World Health Organization 2010; Suhrcke 2006). Za današnjo družbo, kjer smo priča svetovni gospodarski in finančni krizi, so negativne posledice alkohola še toliko bolj nevarne. Navkljub vsemu temu, je alkohol v EU dovoljena psihoaktivna substanca (v nadaljevanju: PAS), ki se jo lahko oglašuje (Anderson in Baumberg 2006).

Ena od dolžnosti držav je zaščita državljanov pred razvitjem njihovih (avto)destruktivnih navad, kamor sodi tudi deviantno uživanje alkohola (Edwards in drugi 1994). To družbeno odgovornost uresničuje politika EU z dopolnjevanjem nacionalnih ukrepov na področju škodljivih učinkov alkohola, države članice EU pa s svojimi alkoholnimi politikami (v nadaljevanju: AP). Prvi znani ukrepi AP v smislu alkoholne kontrolne politike so bili navedeni v Hammurabi-jevem zakoniku v 18. st. pr. n. št., kjer so prekomerno pitje alkoholnih pijač kaznovali z utopitvijo (Mandelbaum 1965). Danes so AP prisotne povsod v Evropi, nekatere so bolj in druge manj uspešne. Načelna lastnost vseh AP pa je izrazita kontroverznost, saj imajo AP zaradi različnih interesov konfliktne cilje. Tako alkoholni lobiji otežujejo implementacijo nekaterih ukrepov zoper škodljive učinke alkohola (npr. popolno prepoved oglaševanja alkohola), saj ti ukrepi vplivajo tudi na samo porabo alkohola.

AP so pogosto omejene zgolj na kaznovalno politiko s ciljem zmanjševanja porabe alkohola, čeprav je dejanski vzrok škodljivih učinkov alkohola neustrezna kultura pitja

oz. neustrezne pivske navade. Škodljivih učinkov alkohola zato nikakor ne moremo enačiti s porabo alkohola, temveč ta problematika zahteva celostno obravnavo (Peele in Brodsky 1996). Nazoren primer predstavljajo sredozemske države, kjer je značilna največja poraba alkohola in najmanj škodljivih učinkov alkohola v EU ter skandinavske države, kjer je značilna najmanjša poraba alkohola in največ škodljivih učinkov alkohola v EU.

Namen magistrskega dela je preučitev ključnih determinant škodljivih učinkov alkohola - predvsem družbeno-kulturnih dejavnikov, alkoholne kontrolne politike in neformalne alkoholne kontrole. Za Evropo smo se odločili zato, ker je to središče svetovne industrije alkohola z največjo porabo alkohola in največ škodljivimi učinki alkohola na svetu (EUROCARE 2010; Rehn in drugi 2001).

Centralni del konceptualno-teoretičnega sklopa magistrskega dela sestavljajo 3 poglavja. V poglavju *Alkohol* bomo opredelili alkoholne pijače in njihov razvoj. V poglavju *Poraba alkohola in škodljivi učinki alkohola* sledi opredelitev ocene porabe alkohola in načina korigiranja le-te; razvoja in trendov porabe alkohola v Evropi; pozitivnih posledic porabe alkohola in škodljivih učinkov alkohola ter determinant porabe in škodljivih učinkov alkohola. Pri tem bomo izpostavili: pomen religije; kulture pitja alkoholnih pijač; akulturacije in vpliva globalizacije na kulturo pitja alkoholnih pijač; simbolni pomen alkoholnih pijač; vpliv enotnega trga EU, trgovinskih nazorov in poseganja države, bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju: BDP), strukture zaposlenosti in demografskih sprememb na porabo alkohola in škodljive učinke alkohola. V poglavju *Alkoholna politika (AP)* bomo opredelili razvoj AP; oblikovanje, implementacijo, evalvacijo in monitoring AP; koncept celovite in učinkovite AP; vpliv interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije na oblikovanje, izvajanje in evalvacijo AP; strogotost in evalvacijo AP v EU-15 ter prednostna področja ukrepanja v okviru AP.

V drugem, *Empiričnem delu* bomo na podlagi kvalitativne primerjalne analize QCA (angl. »*Qualitative Comparative Analysis*«), ki omogoča določitev pomembnih in izločitev nepomembnih dejavnikov (Ragin 2007), preverili, kako različne konfiguracije

dejavnikov privedejo pri različnih državah do različnih izidov. Pri tem bomo preizkusili generalno hipotezo, da je večja prisotnost škodljivih učinkov alkohola ob prisotnosti oz. odsotnosti določenih družbeno-kulturnih dejavnikov. Predvidevamo, da se bodo izbrani družbeno-kulturni dejavniki izkazali kot ključni za prisotnost škodljivih učinkov alkohola.

2 ALKOHOL

V tem poglavju bomo na kratko pojasnili izvor in vrste alkohola.

2.1 Opredelitev alkohola

Izraz alkohol je arabskega izvora (*al kohl* oz. الغول, al-ġuħl) in »pomeni fina, plemenita snov« (Bezeg 2003, 7). Alkoholov je več, vendar je edini, ki ga najdemo v pijačah etilni alkohol ali etanol (C_2H_5OH), drugi se uporabljajo kot pogonska goriva, čistilna sredstva, v kozmetiki, industriji itd. Etanol je majhna, v vodi topna molekula, ki se po zaužitju zelo dobro absorbira iz prebavnega trakta. Alkohol je bil uradno odkrit leta 700 pr. n. št. po zaslugi arabskega kemika Al-Jabir ibn Haijana, ki je z namenom zagotavljanja večne mladosti želel zvariti življenjski eliksir, a se mu je izcimila brezbarvna tekočina (čisti alkohol), ki je ljudi razveseljevala in jim pričarala dobro počutje (Čebašek-Travnik in drugi 1999). Prvi je uradno destilirал absolutni alkohol Johann Tobias Lowitz leta 1796, medtem ko so alkohol prvič sintetizirali leta 1826 (Kržan 2006). Čeprav ima alkohol od vseh PAS najširši krog uporabnikov - uživa ga 2 mrd ljudi, sledita mu tobak (1,3 mrd kadilcev) in nedovoljene droge (185 mio uživalcev drog) - je to poleg tobaka edina PAS, ki ni mednarodno regulirana v smislu nadzora nad prometom, saj ima status komercialnega blaga (World Health Organization 2011A; Ministrstvo za zdravje 2007). Za PAS je značilno, da lahko povzročajo fiziološke spremembe kot tudi spremembe v zavesti in stanju duha, so pogosto predmet zlorabe, napačne rabe in psihične ali telesne zasvojenosti ter pomenijo veliko nevarnost za posameznika in družbo. Učinek uživanja PAS je odvisen od interakcije med določeno snovjo in posameznikom, ki jo uživa ter načinom in kontekstom uživanja. Zato je opredelitev nevarnosti konkretne PAS v določenem okolju večdimenzionalna in mora upoštevati trenutno raven škode v tem okolju ter siceršnje posledice vključno z družbeno nevarnostjo, ki jo ta PAS povzroča.

2.2 Klasifikacija alkoholnih pijač in njihov razvoj

Alkoholne pijače so že tisočletja stalne spremljevalke človeka, zato ni presenetljivo, da so postale del ljudskih kultur. Vsebnost alkohola v alkoholni pijači merimo z odstotki

alkohola, sicer pa predstavljajo merilo alkohola standardne enote (merice) alkohola (angl. »*standard drink*«), katerih definicije se razlikujejo: npr. ena enota alkohola v Veliki Britaniji vsebuje 8g čistega alkohola, v Sloveniji 10g, v ZDA 14g itd. (glej Tabelo 2.1) (Nalijem.si 2010). Eno enoto alkohola naj bi sicer zaužili z 1 dl vina, 2,5 dl piva, 0,3 dl žgane pijače ali 2,5 dl mošta (International Center for Alcohol Policy 2011; Bajt 2010).

Tabela 2.1: Različne definicije enote (merice) alkohola po svetu.

Ena enota alkohola (v g alkohola)	Država
14,0	Portugalska, ZDA
13,6	Kanada
12,0	Danska, Italija, Južnoafriška republika
11,0	Finska
10,0	Slovenija, Avstralija, Francija, Madžarska, Irska, Nova Zelandija, Poljska in Španija
9,9	Nizozemska
8,0	Velika Britanija

Vir: Nalijem.si, 2010

V grobem razlikujemo 3 vrste alkoholnih pijač: »pivo, vino in žgane pijače« (Beccaria 2001, 734).

Pivo

Pivo (angl. »*beer*«) je najstarejša vrsta alkoholne pijače na svetu, ki naj bi izvirala iz Mezopotamije iz leta 4000 p. n. št. Nastane z varjenjem ter fermentiranjem škroba. Po absolutni porabi vseh pijač na svetu je pivo na 3. mestu (za vodo in čajem). V skupino piv spada široka paleta raznovrstnih izdelkov, od lahkih ali »brezalkoholnih« piv (od 0,5-2,5% čistega alkohola), do najbolj močnih piv (do 14% čistega alkohola) (Repe v Bezeg 2003). Večino piv pa ima vsebnost alkohola v razponu od 4 do 6%. Pivo se je hitro širilo med sosede Sumerce, Asirce, Babilonce, Perzijce in Egipčane. Po Evropi pa se je pivovarstvo začelo širiti s trgovanjem in koloniziranjem evropskih ozemelj s strani starih Grkov. Do srednjega veka so v Evropi pripravljali pivo v manjših, družinskih krogih, pri čemer so prve pivovarne delovale v samostanih (Peele in Brodsky 1996). Mnogi so pivu poskušali dodajati različne sestavine kot npr. cimet, dateljne in med. Šele v 9. st. so na ozemlju današnje Češke odkrili hmelj kot dodatek pivu. V 11. st. je pivo postalo tekoče

zlato, saj je služilo kot trgovsko blago za plačevanje davkov in prispevkov. V 13. in 14. st. so Čehi in Nemci že ustanavljali velike pivovarne, katerih produkte so tudi izvažali (Repe v Bezeg 2003).

Vino

Vino (angl. »*wine*«) je druga najstarejša vrsta alkoholne pijače na svetu, ki naj bi izvirala iz okolice Mezopotamije in Kaspijskega jezera iz leta 2700 do 2500 p. n. št. (Peele in Brodsky 1996). Nastane kot rezultat alkoholnega vrenja grozdnega soka oz. mošta. Običajno ima od 11 do 13% alkohola. Skupaj s trgovanjem se je vinska trta skupaj z izkušnjami pri pridobivanju vina širila iz srednje Azije v staro Grčijo, kjer je šlo za razcvet. Stari Grki so nato s trgovanjem in koloniziranjem evropskih ozemelj širili trto in kulturo pitja po Evropi (Šikovec v Bezeg 2003). »Kasneje so tudi Rimljani s svojo kolonizacijo pripomogli k širitvi vinske trte po Evropi. S propadom rimskega cesarstva je svoj padec doživelo tudi vinogradništvo. V Evropi so se ohranili le še redki vinogradi, toda z nastajanjem samostanov se je porodila potreba po vinu za verske obrede in posledično po vinogradih, zato so menihi te obnovili« (Simčič v Bezeg 2003, 8). Vino so začeli uporabljati tudi kot zdravilo (Peele in Brodsky 1996).

Žgane pijače

Žgane pijače (angl. »*spirits*«) imajo »najkrajšo tradicijo«, saj naj bi izvirale iz Kitajske (kjer so destilirali fermentiran riž) iz leta 1000 p. n. št. (Peele in Brodsky 1996). Nastanejo z vrenjem in nato destiliranjem (žganjekuha). Žgane pijače se precej razlikujejo v koncentraciji alkohola - destilati imajo 20% alkohola, običajno pa žgane pijače vsebujejo od 40 do 50% alkohola. Destilacija je prešla številne faze razvoja preden je postala sredstvo proizvodnje žganih pijač (Brown 1990). Sprva je služila za pridobivanje alkohola, ki so ga uporabljali za gorivo svetilk, razkužilo ran, za osnovo parfumov in kot hrano. V 9. in 10. st. so arabski znanstveniki veliko eksperimentirali na področju destilacije in alkohola. Njihove ugotovitve pa so se kmalu razširile po vsej Evropi (Peele in Brodsky 1996). V 16. in 17. st. je bila trgovina z destiliranimi pripravki iz grozdja že dobro razvita. Tedaj so začeli kolonialisti prenašati destilacijske veščine tudi v severno Ameriko, kasneje pa še v Avstralijo. »V zgodnjem 19. st. je bila izumljena

priprava za destilacijo, ki je omogočila hitrejšo in enostavnejšo žganjekuho« (Brown 1990, 11-12).

Sklepne misli

Paradoksalno je, da 2 najstarejši alkoholni pijači (pivo in vino) izvirata iz Mezopotamije (danes Irak in Sirija), kjer je uživanje alkohola prepovedano, saj gre za ortodoksni muslimanski državi. Hkrati je zanimivo, da je bil alkohol odkrit kar 1000 let pred iznajdbo pisave, ki prav tako izvira iz zibelke civilizacije Mezopotamije. O priljubljenosti alkohola je dovolj zgovoren podatek, da ga uživa kar 2 mrd ljudi po vsem svetu. Uživanje alkohola v Evropi je posledica družbenih norm in nedvomno del kolektivne evropske identitete ter je ne glede na siceršnjo kulturno heterogenost Evrope, »socialno in kulturno globoko ukoreninjeno v življenjski stil povprečnega Evropejca« (Ahlström-Laakso 1976, 119-120).

3 PORABA ALKOHOLA IN ŠKODLJIVI UČINKI ALKOHOLA

V tem poglavju bomo osvetlili pojma poraba alkohola in škodljivi učinki alkohola, ki se ju v družbi pogosto enači, čeprav nista niti soodvisna niti izključujoča (Peele in Brodsky 1996). Pojasnili bomo razvoj in trende porabe alkohola v Evropi, temeljne pozitivne posledice porabe alkohola in škodljive učinke alkohola, determinante porabe in škodljivih učinkov alkohola.

3.1 Opredelitev porabe alkohola

Pri navajanju uradnih statističnih podatkov o porabi alkohola gre zgolj za oceno porabe alkohola, saj povsem natančnih podatkov ni. Vzroke za to bomo navedli v nadaljevanju. Pri tem prihaja tudi do večjih odmikov od resnične porabe alkohola – npr. v Latinski Ameriki naj bi bile ocene ilegalnega (črnega) trga, uvoza in prodaje alkohola podcenjene za okoli 1/3 (World Health Organization 2000).

3.1.1 Ocena registrirane porabe alkohola

V idealnih pogojih bi porabo alkohola merili na podlagi ocen iz različnih poročil, pri katerih bi upoštevali relevantne družbeno-kulturne dejavnike, ki naj bi vplivali na porabo alkohola. Slednje zaradi pomanjkanja ustreznih podatkov največkrat ni možno, zato se običajno uporablja **oceno registrirane povprečne porabe alkohola na odraslega prebivalca** (angl. »*Adult (15+) per capita alcohol consumption*«), ki je definirana kot »povprečna količina (v L) čistega alkohola na odraslega prebivalca, zaužitega v enem letu (vključno z uvozom in izvozom pijač). »Izračuna se jo z naslednjo formulo« (Smart v World Health Organization 2000, 22):

$$\text{Povprečna poraba alk. na odr. preb. (15+)} = \frac{\text{proizvodnja alkohola} + \text{uvožen alkohol} - \text{izvožen alkohol}}{\text{število odraslih (15+)}}$$

Kot je razvidno iz formule, se v izogib podcenjevanju porabe alkohola na odraslega prebivalca v okoljih, kjer je delež mlajših od 15 let večji in obratno, namesto ocene

porabe alkohola na vse prebivalce, računa oceno porabe alkohola na odraslega prebivalca (World Health Organization 2000).

3.1.2 Korigirana ocena registrirane porabe alkohola

*Oceno registrirane povprečne porabe alkohola na odraslega prebivalca je zaradi številnih metodoloških problemov smiselno korigirati z **oceno neregistrirane povprečne porabe alkohola** (nelegalna proizvodnja alkohola; poraba alkohola na morju; tihotapljenje alkohola; nakup alkohola v brezcarinskih prodajalnah) in z **oceno ostalih »motečih« dejavnikov** (poraba alkohola s strani turistov; pretečen rok, razlitje; kupovanje na zalogo in variiranje alkoholne stopnje), ki temelji na oceni trga (World Health Organization 2000, 29) - glej Tabela 3.1.*

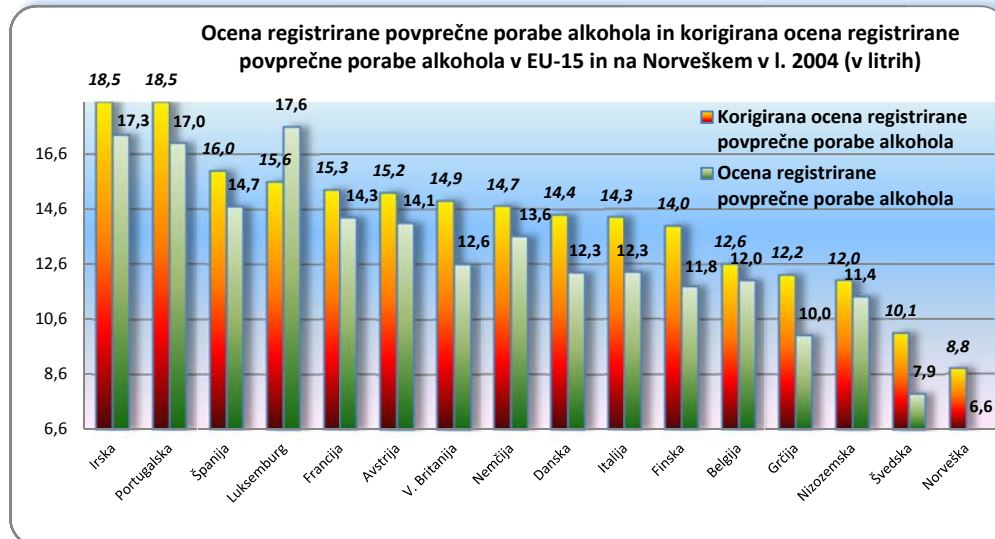
Tabela 3.1: Metodološki problemi, ki zmanjšujejo natančnost ocene povprečne porabe alkohola na prebivalca.

Dejavniki, ki zmanjšujejo natančnost ocene porabe alkohola	Posledica
Nelegalna proizvodnja alkohola	Lahko vodi k podcenjevanju ocene porabe alkohola na prebivalca (neregistrirana poraba alkohola)
Poraba alkohola na morju	
Tihotapljenje	
Kupovanje v brezcarinskih prodajalnah	
Poraba s strani turistov	Lahko vodi k pretiravanju pri oceni porabe alkohola na prebivalca
Pretečen rok uporabe, razlitje	
Kupovanje na zalogo	
Variiranje alkoholne stopnje	Lahko vodi k manjši natančnosti ocene porabe alkohola na prebivalca

Vir: World Health Organization 2000, 29.

Za ocenjevanje neregistrirane porabe alkohola in s tem podajanje bolj verodostojne ocene porabe alkohola se večinoma uporabljajo anketne raziskave na reprezentativnih vzorcih, čigar značilne težave so neodgovori in neresnični odgovori anketirancev (Leifman 2001). Razkorak med oceno povprečne registrirane porabe alkohola in korigirano oceno povprečne porabe alkohola, ki vključuje oceno neregistrirane povprečne porabe alkohola ter oceno ostalih »motečih« dejavnikov je v nekaterih državah precejšen (glej Sliki 3.1 in 3.2).

Slika 3.1: Ocena registrirane povprečne porabe alkohola in korigirana ocena registrirane povprečne porabe alkohola v EU-15 in na Norveškem v letu 2004.

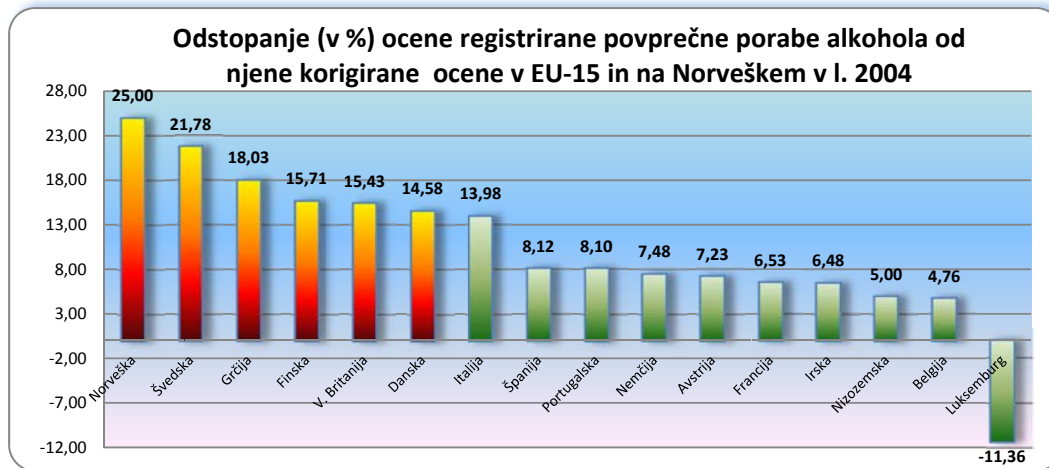


Vir: EURO CARE 2011, 11.

Iz Slike 3.1 je razvidno, da imata na podlagi korigirane ocene registrirane povprečne porabe alkohola v EU-15 in na Norveškem v letu 2004 največjo porabo Irska in Portugalska z 18,5L. Sledijo Španija (16L), Luksemburg (15,6L), Francija (15,3L), Avstrija (15,2L), Velika Britanija (14,9L), Nemčija (14,7L), Danska (14,4L), Italija (14,3L), Finska (14L), Belgija (12,6L), Grčija (12,2L), Nizozemska (12L), Švedska 10,1L in Norveška (8,8L).

Največje odstopanje med oceno in korigirano oceno registrirane porabe alkohola pa je značilno za Norveško (za 25%) in Švedsko (za 21,78%). Sledijo Grčija (18,03%), Finska (15,71%), Velika Britanija (15,43%), Danska (14,58%), Italija (13,98%), Španija (8,12%), Portugalska (8,10%), Nemčija (7,48%), Avstrija (7,23%), Francija (6,53%), Irska (6,48%), Nizozemska (5%) in Belgija (4,76%). Največja razlika v smislu negativnega odstopanja je v Luksemburgu (za 11,36%) predvsem zaradi porabe alkohola s strani turistov (glej Sliko 3.2).

Slika 3.2: Odstopanje ocene registrirane povprečne porabe alkohola in njene korigirane ocene (v %) v EU-15 in na Norveškem v letu 2004.



Vir: EURO CARE 2011, 11.

Tudi takšna ocena še ni povsem natančna in bi bilo potrebno za večjo verodostojnost le-te upoštevati še nekatere druge značilnosti obravnavanega okolja, kot npr. **oceno deležev abstinentov, prekomernih pivcev (angl. »excessive drinkers«) in alkoholikov** na podlagi naključnih vzorcev (World Health Organization 2000). Na oceno deležev abstinentov vplivajo različne definicije abstinence, ki med posameznimi državami in raziskavami precej variirajo. V Italiji npr. med abstinate uvrščajo tiste posameznike, ki so v zadnjih 3 mesecih zaužili manj kot eno enoto alkohola, medtem ko najpogosteje uporabljena definicija abstinence med abstinate uvršča tiste posameznike, ki v zadnjih 12 mesecih niso uživali alkohola, med življenjske abstinate pa tiste, ki nikoli v življenju niso uživali alkohola (World Health Organization 2000).

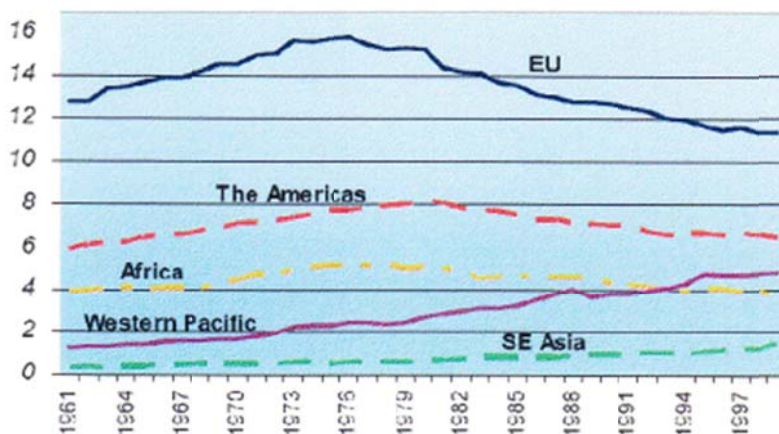
Med države z visokim deležem abstinentov sodijo predvsem države južne Evrope, kjer prevladuje poraba vina. V teh državah je visok tudi delež abstinentk - v Španiji 51% in na Portugalskem 48,8%. Za te države je značilna t. im. **»suha kultura pitja«** (angl. *»dry drinking culture«*), kjer predstavlja vino del prehrane, prekomerno pitje alkoholnih pijač pa družbeno nesprejemljivo dejanje. Med države z najmanjšim deležem abstinentov sodijo skandinavske države in Velika Britanija. Za te države je značilna t. im. **»mokra kultura pitja«** (angl. *»wet drinking culture«*) z veliko porabo žganih pijač in pogostim

popivanjem (angl. »*binge drinking*«). Tudi večina žensk v teh državah uživa alkohol. Izmed držav z »mokro kulturo pitja« ima najvišji delež abstinentov Švedska. Vzrok za to naj bi bil v bogati zgodovini švedskih gibanj za vzdržnost (angl. »*temperance movement*«). Pri analizi porabe alkohola je zelo pomemben tudi podatek o spolni strukturi neke države. Npr. v Mehiki so med težke pivce uvrstili 7% prebivalstva, kar po upoštevanju spolne strukture v Mehiki pomeni 14% moške in 0,6% ženske populacije (World Health Organization 2000).

3.2 Razvoj in trendi porabe alkohola v Evropi

»V Evropi prebivalci porabijo 2,5 krat več alkohola, kot je svetovno povprečje« (Anderson in Baumberg 2006, 77). 11L čistega alkohola, ki ga odrasla oseba v Evropi zaužije v povprečju na leto, pomeni precejšnje zmanjšanje porabe glede na vrhunec, ko je bila sredi 70-ih let 20. st. poraba ocenjena na 15L na odraslo osebo (glej Sliko 3.3).

Slika 3.3: Povprečna poraba alkohola (v L) v EU-15, Ameriki, Afriki, Vzhodnem Pacifiku in JV Aziji od leta 1961 do leta 2000.



Vir: Anderson in Baumberg 2006, 77.

Raven porabe alkohola se je med državami v EU v zadnjih 40 letih izenačevala, pri čemer je poraba med letoma 1960 in 1980 v srednji in severni Evropi porasla, v južni Evropi pa je dosledno padala (Hilton in Johnstone 1988). Povprečna poraba v EU-10 je sedaj bližje EU-15 kot kdaj koli prej, čeprav med državami EU-10 ostajajo precejšnje razlike

(Anderson in Baumberg 2006). Večina (85%) Evropejcev uživa alkohol, preostalih 15% je abstinentov; ob upoštevanju deleža abstinentov in neevidentirane porabe alkohola, poraba na uživalce alkohola doseže 15L letno – od tega se 44% zaužije kot pivo, 34% kot vino in 23% kot žgane pijače (Anderson in Baumberg 2006).

3.3 Pozitivne posledice porabe alkohola in škodljivi učinki alkohola (v Evropi)

3.3.1 Pozitivne posledice porabe alkohola (v Evropi)

Vpliv alkohola na evropsko gospodarstvo (trgovina z alkoholom, trošarine na alkohol in delovna mesta)

»Evropa ima osrednjo vlogo na svetovnem trgu proizvodnje alkohola, saj se v Evropi proizvede 25% svetovne proizvodnje vseh alkoholnih pijač in več kot 50% vina. EU je vključena v 70% svetovnega izvoza in malo manj kot v 50% svetovnega uvoza alkohola« (Anderson in Baumberg 2006A, 3). **Skupna trgovina z alkoholom prispeva okoli 9 mrd EUR k bilanci blagovnega prometa EU kot celote.** »Gospodarska vloga industrije alkoholnih pijač je pomembna v mnogih evropskih državah. **Trošarine na alkohol v državah EU-15 so leta 2001 prinesle v evropsko blagajno 25 mrd EUR brez prometnih davkov** ali drugih davkov, plačanih v dobavni verigi – pri tem se 1,5 mrd EUR vrne v dobavno verigo s skupno kmetijsko politiko« (Anderson in Baumberg 2006A, 3). Najvišje trošarine so na severu Evrope in najnižje na jugu Evrope. Zaradi razmeroma neprožnega povpraševanja po alkoholu so povprečne davčne stopnje mnogo boljši napovednik vladnih prihodkov od alkohola kot raven porabe alkohola v državi. »Alkohol je povezan tudi s številnimi delovnimi mesti – poleg številnih zaposlenih v strežbi, trgovinah, je več kot 750.000 delovnih mest vključenih v proces proizvodnje pijač (večinoma vina)« (Anderson in Baumberg 2006A, 3).

Hranljiva vrednost vina

Vinu so že od nekdaj pripisovali zdravilen učinek in je hkrati veljalo za del prehrane, kar je razvidno iz pogostokrat ničelnih stopenj trošarin na vino (Shrani.si 2011). V manjših

količinah naj bi vino koristilo kardiovaskularnemu sistemu. Meja med zmernim in prekomernim pitjem alkoholnih pijač ter zasvojenostjo z alkoholom, ki se razvije postopoma, je zelo tanka.

Ker gastronomski vidik spremlja tudi omamni, je težko določiti mejo, kdaj vino postane uničujoče. Znanstveniki so ugotovili, da koncentracija alkohola pod 8 g na 100 ml vina poveča izločanje želodčne kisline, nad to mejo pa že začenja kvariti želodčno sluznico. Res je, da vino vsebuje določene hranilne snovi, vitamine in minerale, vendar bi bilo nesmiselno svetovati pitje vina, ker raznolika in zdrava prehrana povsem zadosti potrebo po njih (Mohorič 2008, 5).

Rdeče vino kot antioksidant

Rdeče vino vsebuje polifenole, ki se nahajajo tudi v nekaterih vrstah sadja in zelenjave v lupini, pečkih in grozdnih pecljih. »V vinu se ohranijo zaradi alkohola, ki jih konzervira« (Shrani.si 2011, 4). Polifenoli so antioksidanti in preprečujejo nevarne reakcije ob pretvarjanju kisika v naših celicah, ko nastajajo prosti radikali, ki spodbujajo vrsto bolezni, zmanjšujejo odpornost organizma in staranje. »Nekateri polifenoli delujejo protivnetno, blažijo bolečine in redčijo kri ter upočasnijo razpadanje vitamina C« (Shrani.si 2011, 4).

»Francoski paradoks«

V Franciji se je vse do danes med ljudmi ohranilo skorajda sveto spoštovanje do vina, zaradi česar Francozi še vedno cenijo zdravilno moč vina (Mohorič 2008). O škodljivih učinkih alkohola (angl. »*alcohol-related harm*«) je pisal švicarski alkimist Paracelzij že v 16. st. Poudaril je, da je pri pitju vina vprašljiva količina. Prepričanje je obveljalo, vendar se je s spoznanjem »**francoskega paradoksa**« nekoliko spremenilo – pomembna je predvsem količina alkohola, ki jo zaužije posameznik ob enkratni priložnosti. Za francosko kuhinjo je značilna visoko kalorična hrana, ki jo Francozi redno uživajo ob rdečem vinu. Glede na vrsto prehrane in siceršnji prevladujoč nezdrav življenjski stil Francozov, so Francozi izpostavljeni množtvu dejavnikov tveganja za rakasta obolenja. Kljub temu Francozi paradoksalno v primerjavi z drugimi narodi občutno manj obolevajo

za rakom na debelem črevesu in imajo manj srčnih infarktov. Varovalo naj bi jih pravdeče vino, ki vsebuje polifenole, katerih druge alkoholne pijače nimajo. Po drugi strani se Američani več gibajo in uživajo prehranska dopolnila, vendar v večji meri umirajo zaradi omenjenih bolezni. Prehrana Američanov, ki jo spremljajo gazirane pijače, je bistveno drugačna od "francoske kuhinje" (Mohorič 2008).

3.3.2 Škodljivi učinki alkohola (v Evropi)

Škodljivi učinki alkohola so praviloma odvisni od načina uživanja alkohola in količine zaužitega alkohola. Škoda zaradi prekomernega uživanja alkohola sega vse od motenja nočnega miru, do resnejših posledic, kot so prizadetost zakonske zveze, zloraba otrok, kriminal, nasilje, umori itd. (Anderson in Baumberg 2006A).

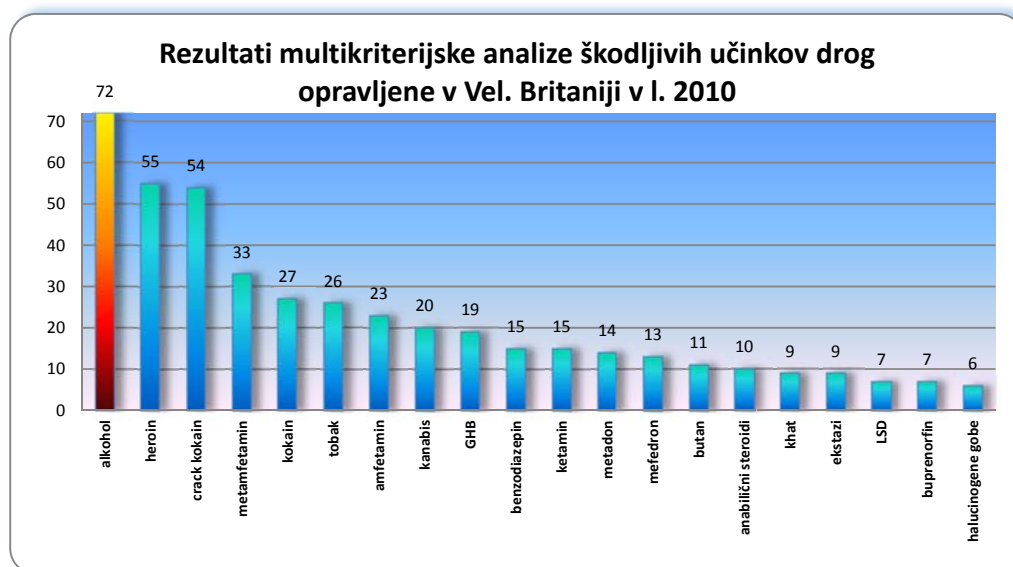
Poleg tega, da je alkohol droga, ki lahko povzroči zasvojenost, je tudi razlog za okoli 60 različnih vrst bolezni in stanj, vključno s poškodbami, duševnimi in vedenjskimi motnjami, stanji prebavil, rakom, boleznimi srca in ožilja, motnjami imunskega sistema, pljučnimi boleznimi, boleznimi kosti in mišic, reproduktivnimi motnjami in škodo pred rojstvom otroka, vključno s povečanim tveganjem za prezgodnji porod in nizko porodno težo. Nekatera stanja, kot so bolezen srčne mišice, sindrom akutne dihalne stiske in poškodba mišic, so lahko posledica trajnega prekomernega uživanja alkohola. Pogostost in obseg občasnega prekomernega pitja sta še posebej pomembna pri povečevanju tveganja za poškodbe in določene bolezni srca in ožilja (koronarna bolezen srca in možganska kap) (Anderson in Baumberg 2006A, 5-6).

Alkohol kot najnevarnejša droga na svetu

Britanski neodvisni komite za boj proti drogam (angl. »*Advisory Council on the Misuse of Drugs*« - ACMD) je leta 2010 na podlagi 16 kazalcev škodljivih učinkov alkohola (neposredni in posredni vzroki na smrtnost; neposredni in posredni vzroki na škodo; zasvojenost; neposredna in posredna škoda na delovanje možganov; izguba stika z realnostjo; vpliv na odnose; poškodbe; kriminal; okoljska škoda; vpliv na družino; mednarodna škoda; gospodarska in družbena škoda) izvedel multikriterijsko analizo škodljivosti 20 različnih vrst drog in ugotovil, da je gledano iz perspektive škode na

posameznika in družbo **alkohol (dosegel skupno 72 točk) najnevarnejša droga na svetu**, sledita mu heroin (55 točk) in crack kokain (54 točk) (glej Sliko 3.4).

Slika 3.4: Rezultati multikriterijske analize škodljivih učinkov drog.



Vir: Easton 2010.

Alkohol se je v raziskavi izkazal za v celoti gledano najbolj škodljivo drogo tudi zaradi široke uporabe (uživa ga 2 mrd ljudi) (Easton 2010). Omenjena raziskava je na tej lestvici skorajda izenačila škodljivost kokaina (27 točk) in tobaka (26 točk), medtem ko naj bi bila ekstazi (9 točk) in LSD (7 točk) med manj škodljivimi drogami (Easton 2010).

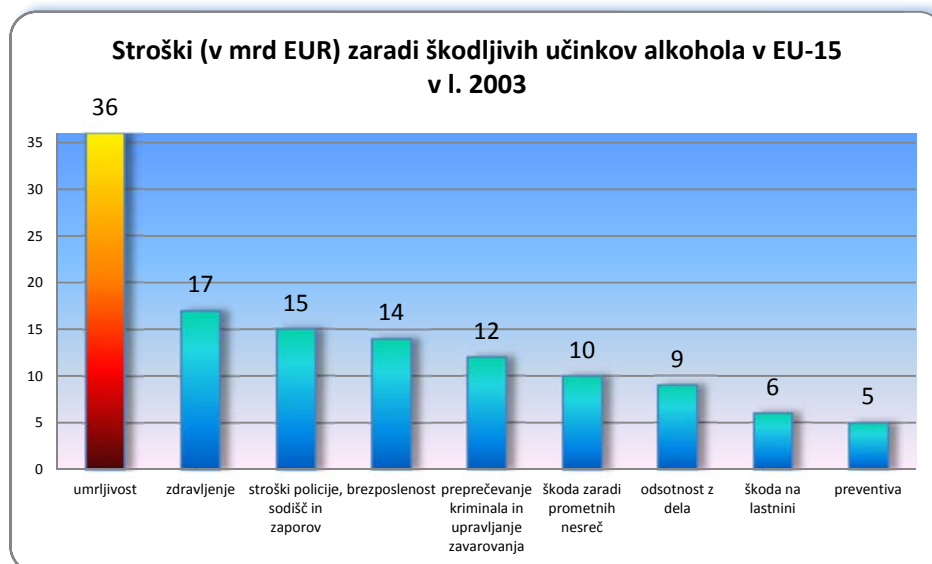
Materialni in nematerialni stroški alkohola

Za Evropo je značilna največja povprečna poraba alkohola in največ škodljivih učinkov alkohola na svetu. Skupni **materialni stroški** alkohola v EU v letu 2003 so bili ocenjeni na 125 mrd EUR, kar ustreza 1,3% BDP in je podobna vrednosti, ki so jo pred nedavnim ugotavljali za tobak (Anderson in Baumberg 2006A). »**Nematerialni stroški** prikazujejo vrednost, ki jo ljudje pripisujejo bolečini, trpljenju in izgubi življenja zaradi škodljivih učinkov alkohola na področju kriminala, socialnih zadev in zdravja, so bili leta 2003 ocenjeni na 270 mrd EUR, pri čemer znašajo ocene z drugimi načini vrednotenja iste škode med 150 in 760 mrd EUR« (Anderson in Baumberg 2006A, 3). Čeprav te ocene

upoštevajo različna področja človekovega življenja, na katere vpliva alkohol, obstajajo še mnoga neocenjena področja.

V EU-15 je bila škoda zaradi umrljivosti v letu 2003 ocenjena na 36 mrd EUR; zaradi kriminala na 33 mrd EUR (15 mrd EUR za policijo, sodišča in zapore; 12 mrd EUR za preprečevanje kriminala in upravljanje zavarovanja in 6 mrd EUR za škodo na lastnini); zaradi zdravljenja na 17 mrd EUR; zaradi brezposelnosti na 14 mrd EUR; zaradi prometnih nesreč na 10 mrd EUR; zaradi odsotnosti z dela na 9 mrd EUR in zaradi preventive na 5 mrd EUR (glej Sliko 3.5) (Anderson in Baumberg 2006A).

Slika 3.5: Stroški (v mrd EUR) zaradi škodljivih učinkov alkohola v EU-15 v letu 2003.



Vir: European Commission 2006.

Nematerialni stroški fizičnih ali psiholoških učinkov kriminala so bili ocenjeni na 9 do 37 mrd EUR. »Ocene obsega škode na delovnem mestu so zahtevnejše, čeprav naj bi v EU-15 alkohol negativno vplival na delo ali študij na skoraj 5% moških in 2% žensk, ki uživajo alkohol« (Anderson in Baumberg 2006A, 6). Na podlagi nacionalnih raziskav glede stroškov, so stroški izgubljene storilnosti zaradi alkohola pripisane odsotnosti z dela in brezposelnosti ocenjeni na 9 do 19 mrd EUR oz. 6 do 23 mrd EUR. Zmožnost za delo se namreč lahko zaradi alkohola bistveno zmanjša. »Akutna izpostavitve manjšim odmerkom alkohola ima za posledico motnje presoje, krajši reakcijski čas otežujejo

opravila s stroji, miselno delo ter delo v skupini. Kronično uživanje alkohola ima za posledico številna spremljajoča bolezenska stanja, ki zmanjšajo zmožnost za delo, povečajo število dni odsotnosti z dela in vodijo do prezgodnje upokojitve« (Kržan 2006, 22).

Vožnja pod vplivom alkohola

Prometne nesreče s smrtnim izidom sodijo med ključne škodljive učinke alkohola. Čeprav število le-teh upada, je bila škoda na lastnini zaradi vožnje pod vplivom alkohola v letu 2003 ocenjena na 10 mrd EUR (Anderson in Baumberg 2006A). Statistični podatki kažejo, da je »približno vsaka tretja smrtna žrtev prometnih nesreč v EU posledica uživanja alkohola, kar pomeni približno 17.000 smrtnih žrtev letno« (Ministrstvo za zdravje 2011, 1). Smrtne žrtve so samo vrh ledene gore; ocenjuje se, da se na vsako osebo, ki umre zaradi resnih poškodb sprejme v bolnišnico 20 oseb, dodatnih 70 jih potrebuje ambulantno zdravljenje, številne pa so trajno invalidne (Anderson in Baumberg 2006A). Posebej izpostavljeni tveganju za smrt v prometnih nesrečah so »mladostniki v starosti od 18 do 24 let (47%), medtem ko ocene kažejo, da sta dve tretjini udeležencev, ki vozijo pod vplivom alkohola, stari od 15 do 34 let, od tega večina (96%) moških« (Ministrstvo za zdravje 2011, 1).

Z naraščanjem koncentracije alkohola v krvi (angl. »*Blood Alcohol Concentration*« - v nadaljevanju: BAC) pri voznikih narašča verjetnost sodelovanja v prometni nesreči, saj alkohol zmanjša voznikove sposobnosti na vseh področjih zaznavanja. Le-te začnejo upadati že pri zelo nizki stopnji alkohola v krvi. Po zaužitju alkohola postane samokontrola šibkejša in napačno sklepanje večje. »Alkohol pri večjih koncentracijah bistveno poslabša voznikov reakcijski čas, sposobnost za pravilno presojo in pravilno odločitev, pri majhnih koncentracijah pa lahko deluje kot stimulans, ki prispeva k bolj tvegani in hitrejši vožnji« (Žlender v Škrila 2005, 537). Problema vožnje pod vplivom alkohola ne moremo enačiti z zasvojenostjo z alkoholom, čeprav se populaciji alkoholikov in pijanih voznikov mnogokrat prekrivata.

Zasvojenost z alkoholom (alkoholizem)

Kar 23 mio Evropejcev naj bi bilo zasvojenih z alkoholom, pri čemer naj bi nematerialni stroški za bolečine in trpljenja, ki ju ta zasvojenost povzroča družinskim članom, znašali okoli 68 mrd EUR (Anderson in Baumberg 2006A).

Zasvojenost z alkoholom je kronična bolezen in eden največjih izvorov človeškega trpljenja nasploh, saj ne prizadene le alkoholika, temveč tudi okolico, v kateri alkoholik živi in deluje. Alkoholik je oseba, ki dlje časa redno uživa prekomerne količine alkohola, s čimer škodi svojemu zdravju, socialno-ekonomskemu položaju in svoji okolici. Za alkoholika naj bi bilo značilna kompulzivnost in preveliko poželenje po alkoholu – za moškega več kot 14 enot/teden ali več kot 4 enote/ena priložnost in za žensko več kot 7 enot/teden ali več kot 3 enote/ena priložnosti. Dejavniki tveganja so: genski, psihološki, socialni in kulturni, starost, spol itd. Kar se tiče odkrivanja zasvojenosti z alkoholom je na voljo več različnih orodij, vendar je slednje zelo zahtevno, saj ni vedno opaziti razlike med osebo, ki pogosto pije in alkoholikom. Večina metod zajema izpolnjevanje in vrednotenje različnih vprašalnikov. Zaradi kompleksnosti alkoholizma je zdravljenje slednjega zelo težavno in mnogokrat neuspešno (Viva.si 2011).

Prezgodnje smrti, invalidnost, bolezni, poškodbe in nasilje

Alkohol je v Evropi kriv za 6,5% vseh smrti (11% smrti moških in 1,8% smrti žensk) in za 11,6% izgubljenih let zaradi nezmožnosti dela ali prezgodnjih smrti (17,3% pri moških in 4,4% pri ženskah), kar je največ na svetu (Anderson in Baumberg 2006A). Samo v EU povzroči alkohol okoli 195.000 smrti letno in je tretji največji dejavnik tveganja za slabo zdravje v EU, pred prekomerno težo in debelostjo ter za tobakom in visokim krvnim pritiskom.

Stroški zdravljenja, ki izhajajo iz prezgodnjih smrti, invalidnosti, bolezni, poškodb in nasilja, so ocenjeni na 17 mrd EUR. Ob tem potrošimo 5 mrd EUR za zdravljenje in preprečevanje alkoholizma. Izguba življenja se lahko oceni kot izgubljene produktivne možnosti (36 mrd EUR brez zdravstvenih koristi) ali v smislu nematerialne vrednosti

življenja samega (145–712 mrd EUR po obračunu zdravstvenih koristi). Alkohol ima precejšnjo vlogo pri razlikah v pričakovani življenjski dobi med državami EU. Zdravstveno breme alkohola povezano s spremembami v porabi alkohola je predvsem v smislu vedenja najhujših pivcev (10% pivcev, ki zaužije največ alkohola, običajno zaužije od 33% do 50% vsega porabljenega alkohola v neki državi) (Anderson in Baumberg 2006A, 7-8).

V sistemu zdravstvenega varstva EU so izdatki zaradi alkohola leta 2003 znašali 17 mrd EUR. Obstaja močna povezava med alkoholom in nasiljem (tj. 80% nasilnih kaznivih dejanj, ki jih v Estoniji storijo mladostniki, je povezanih z uživanjem alkohola). »Alkohol je eden izmed najpomembnejših dejavnikov tveganja nasilja v družini (tj. v Švici je bilo 33% storilcev in 9,5% žrtev nasilja v družini pod vplivom alkohola). Alkohol je dejavnik, ki ima vpliv na 40% vseh umorov po vsej EU. V EU do 20% otrok, ki so mlajši od 15 let, živi v gospodinjstvu, ki je prizadeto zaradi alkohola otrok« (EUROCARE 2010, 12).

Neenakosti

Leta 2005 je moško prebivalstvo v vzhodni Evropi, v starosti med 15 in 59 let, izgubilo povprečno 8,7 let, v primerjavi z moškimi v zahodni Evropi. K prekomerni umrljivosti v vzhodni Evropi najpomembneje prispevajo bolezni srca in ožilja (50%) ter poškodbe (20%). Alkohol in ponavljajoče se popivanje sta kot vzrok za bolezni srca in ožilja pomemben dejavnik tveganja za nesreče in poškodbe. Alkohol povzroča merljive neenakosti med državami članicami in tudi znotraj njih (EUROCARE 2010). Povzroči približno 90 dodatnih smrti na 100.000 moških in 60 dodatnih smrti na 100.000 žensk v EU-12 v primerjavi z EU-15. Tvegano uživanje alkohola je pogostejše v slabše stoječih družbeno ekonomskih skupinah, v katerih je umrljivost zaradi bolezni, ki so neposredno povezane z alkoholom, večja (EUROCARE 2010). Znotraj posameznih držav obstajajo različni vzroki za zdravstvene neenakosti, povezane z alkoholom, ki pa se lahko tudi spreminjajo (npr. ciroza v Franciji, nasilne smrti na Finskem).

Samomori in samopoškodbe

Samomor ni enoplasten in enoznačen pojav, temveč gre za zamotan preplet različnih dejavnikov. **Alkoholiki sodijo med samomorilno najbolj ranljive družbene kategorije**

(Leskošek 2000).

Samomor je glavni vzrok za prezgodnjo smrt v Evropi, v letu 2006 je v EU zaradi njega umrlo 59.000 ljudi, 45.000 moških in 14.000 žensk. Velik delež samomorov je povezanih z uporabo alkohola. Primerjave med posameznimi državami članicami EU kažejo, da je največ samomorov v severnih in vzhodnoevropskih državah, medtem ko se mediteranske države in Velika Britanija glede na stopnjo samomorilnosti uvrščajo najnižje. Treba je opozoriti tudi na pojavnost mladostniških samomorov, posebej ranljiva skupina prebivalstva pa so tudi starejši (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 4).

Alkohol in delovno mesto

Mednarodna organizacija dela ILO (angl. »*International Labour Organization*«) ocenjuje, da je v svetu do 5% delovne sile zasvojene z alkoholom, 25% pa jih prekomerno uživa alkohol in tvega zasvojenost (Ministrstvo za javno upravo 2011). »Posamezniki zaužijejo največ alkohola v letih, ko so delovno aktivni. Uživanje alkohola med delovno aktivnim prebivalstvom zmanjšuje produktivnost zaradi zmanjšanja učinkovitosti, nezmožnosti za delo, povečanja odsotnosti z dela in prezgodnje smrti. Približno 59 mrd EUR (tj. 47%) od 125 mrd EUR, skupnih socialnih izdatkov zaradi alkohola v EU nastane zaradi izgube produktivnosti« (EUROCARE 2010, 5).

Fetalni alkoholni sindrom (FAS)

»Uživanje alkohola med nosečnostjo lahko povzroči okvare ploda in motnje v razvoju. Pri nerojenem otroku lahko povzroči telesne in vedenjske motnje ter učne težave (tj. zmanjšanje intelektualnih sposobnosti, govorne motnje ter motnje prostorskega spomina in pomnjenja, razumevanja itd.)« (EUROCARE 2010, 4). Otroci alkoholičark imajo lahko fetalne učinke alkohola oz. od alkohola odvisne razvojne nepravilnosti. To se kaže kot nepravilnost obraza in lobanje, nepravilno delovanje centralnega živčnega sistema (motnje vida, sluha, govora), zastoj v rasti (med nosečnostjo in po rojstvu), zastoj v rasti itd. (Kržan 2006). »Fetalni alkoholni sindrom (angl. »*fetal alcohol syndrome*« - v nadaljevanju: FAS) je prirojena razvojna motnja, ki jo spremlja blažja ali hujša oblika duševne ali telesne prizadetosti. Od številnih drugih jo loči to, da jo lahko zanesljivo

preprečimo. Pravzaprav je odgovornost vsake nosečnice, da ne uživa alkohola in tako ne škoduje plodu« (Mandič 2007, 1).

3.4 Determinante porabe in škodljivih učinkov alkohola (v Evropi)

Na porabo in škodljive učinke alkohola vplivajo številni družbeno-kulturni dejavniki. Najbolj značilne smo izpostavili spodaj.

3.4.1 Religija

Religija kot družbeni pojav je pomemben del civilne družbe. Izražanje njenih stališč oz. pogledov (njen družbeni nauk) o konkretnih vprašanjih skozi njeno razvejano navzočnost in delovanje, ima v civilni družbi veliko težo (Pavičević 1980). Religija kot pomemben sogovornik in moralni glas iz civilne družbe ima vpliv na miselnost, moralo, vrednote, in razvoj civilne družbe kot tudi na obveščenost o konkretnih delovanjih v družbi. **Religija ima izredno močan vpliv tudi na področju uživanja alkohola.** Različne religije imajo različen odnos do alkohola, nekatere v njem (posebno v vinu) vidijo substanco z žlahtnim pomenom, druge ga prepovedujejo (Peele in Brodsky 1996).

Islam, hinduizem in budizem

Ne glede na to ali je alkoholna pijača pridelana iz grozdja, žit (in hmelja) ali z destilacijo sestavin z vsebnostjo sladkorja oz. škroba, vsaki od teh je v različnih odstotkih lasten etanol, ki v večjih količinah deluje na človekov organizem škodljivo. Ljudje v trenutkih opoja niso več sposobni povsem zbrano in preudarno razmišljati, zato lahko storijo dejanja, ki jih kasneje obžalujejo. Tega se zavedajo nekatere religije, zato svojim vernikom ne dovoljujejo uživanja alkohola (islam, hinduizem, budizem itd.) (Peele in Brodsky 1996): Muslimanom, ki prevladujejo v Aziji in Afriki prepoveduje uživanje sveta knjiga Koran; »Prepoved uživanja alkohola velja tudi v hinduizmu in budizmu, kjer ena izmed 5 prepovedi izrecno pravi: Ne pij opojnih pijač!« (Medved 1997, 26).

Kršćanstvo

Kršćanstvo je imelo v zgodovini ključno vlogo na širitev vinogradništva in vinske kulture. V stari zavezi so hvalili vino predvsem preroki, v novi zavezi pa evangelisti pripovedujejo o Kristusu, ki je svojo kri primerjal z vinom. **Biblija sporoča, da je vino namenjeno v dobro človeka, da ga razvedri in vzbudi upanje v boljše čase, kot je to naredil Kristus z daritvijo pri zadnji večerji** (Medved 1997).

Po padcu rimskega imperija je prišlo do upada gojenja vinske trte. Z nastajanjem samostanov v srednjem veku so nastale povečane potrebe po vinu (več verskih obredov), zato so začeli samostani in župnije gojiti svoje vinograde in pridelovati lastno vino. Menihi so sčasoma postali vinarški mojstri. Potreba po vinu za cerkvene obrede, primerna zemljišča, vinogradi, kleti, inteligenca s prostim časom – vse to je pripomoglo ustvariti pogoje za razvoj posebnosti, ki dajejo vinu mesto v umetnosti, znanosti in gospodarstvu (Simčič v Bezeg 2003, 12).

Tudi v judaizmu ima vino pozitivno vlogo v smislu pomembnega dela prehrane ljudi. »Jahve obljublja Izraelcem, izvoljenemu ljudstvu, za zvestobo ob žitu in olju tudi vino« (Medved v Bezeg 2003, 12).

3.4.2 Kultura pitja alkoholnih pijač

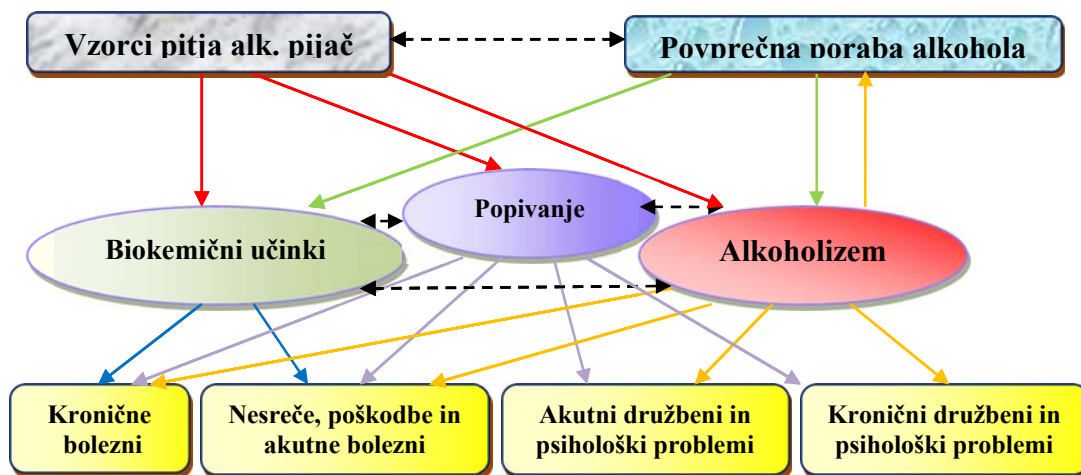
Ocena povprečne porabe alkohola na posameznika in trend porabe alkohola v neki družbi sta pomembna kazalca stanja na področju problematike alkohola, vendar nemalokrat zameglita elementarno vprašanje in ključni dejavnik škodljivih učinkov alkohola - prevladujočo kulturo pitja alkoholnih pijač oz. pивske navade v neki družbi. Pri tem je potrebna tudi ocena deleža abstinentov (angl. »*abstainers*«), prekomernih pivcev (angl. »*excessive drinkers*«) in alkoholikov (angl. »*alcoholics*«). Slednje je izjemno težko, saj dostikrat ni jasne ločnice med zmernimi in prekomernimi pivci. Prevladujoča kultura pitja alkoholnih pijač v neki družbi je temeljno izhodišče za škodljive učinke alkohola, zato bi morala AP največ pozornosti nameniti prav temu vprašanju (Rehm in drugi 2004).

Lahko rečemo, da se sever in jug Evrope po kulturi pitja alkoholnih pijač bistveno razlikujeta. V severnih in tudi osrednjih delih EU-15 večinoma pijejo žgano pijačo in pivo, v južni Evropi pa največ vino. V EU-15 se okoli 40% alkohola zaužije ob obrokih, pri čemer je v južni Evropi bistveno večja poraba alkohola ob obrokih kot drugje. »Medtem ko je vsakodnevno uživanje alkohola bolj značilno za jug kot za sever Evrope, je ne-vsakodnevno uživanje alkohola bolj običajno v severni in osrednji Evropi, v zadnjem času pa se predvidoma zaradi procesa globalizacije in akulturacije kaže znotraj EU-15 trend izenačevanja« (Anderson in Baumberg 2006A, 4).

Posledica različnih vzorcev pitja alkoholnih pijač in povprečne porabe alkohola

»Zdravstveni in družbeni učinki različnih vzorcev pitja alkoholnih pijač in povprečne porabe alkohola so večdimenzionalni in kompleksni« (Rehm in drugi 2004, 961-962). To kaže tudi spodnja slika (glej Sliko 3.6) iz katere je razvidno, da imajo vzorci pitja alkoholnih pijač vpliv na biokemične učinke alkohola, popivanje in alkoholizem, medtem ko **povprečna poraba alkohola nima vpliva na popivanje**, ki tako kot alkoholizem vpliva na: kronične bolezni; nesreče, poškodbe in akutne bolezni; akutne družbene in psihološke probleme ter kronične družbene in psihološke probleme. Razvidno je tudi, da biokemični učinki vplivajo na kronične bolezni, nesreče, poškodbe in akutne bolezni, ne pa tudi na akutne družbene in psihološke probleme ter na kronične družbene in psihološke probleme (Anderson in Baumberg 2006).

Slika 3.6: Učinki vzorca pitja alkoholnih pijač in povprečne porabe alkohola na posameznika.



Vir: Anderson in Baumberg 2006, 132.

3.4.2.1 Normalno in deviantno pitje alkoholnih pijač

Ne glede na to, da je alkohol dovoljena PAS, je lahko pitje alkoholnih pijač v različnih družbah in znotraj iste posamezne družbe normalno ali deviantno dejanje. Samo po sebi pitje alkoholnih pijač v veliki večini družb ni deviantno dejanje in je težko jasno opredeliti, kdaj prestopi mejo normalnosti (Peele in Brodsky 1996). Dostikrat namreč pitje alkoholnih pijač postane problem šele takrat, ko je povezan s kriminalnimi dejanji.

Čeprav med družbami obstajajo velike razlike v pravilih, normah in vrednotah, obstajajo pri večini družb in kultur pitja tudi podobnosti nenapisanih pravil. Gre za norme, ki definirajo deviantno pitje alkoholnih pijač (Rivers 1994). Te etikete manjšajo možnost škodljivih učinkov alkohola, saj legitimirajo obrambo osebne integritete in skupinskega statusa, na drugi strani pa lahko posameznika stigmatizirajo. Spodaj navajamo tipologijo, ki skuša pojasniti, kdaj je pitje alkoholnih pijač normalno (varno ali zmerno pitje - angl. »*safe or moderate drinking*«) in kdaj deviantno (problematično, prekomerno pitje - angl. »*problem or excessive drinking*« in alkoholizem), oz. kdaj je večja možnost, da pitje alkoholnih pijač povzroči stigmatizacijo«:

Normalno pitje

Posameznika, ki uživa alkohol na »normalen« način imenujemo »zmerni«, »uravnoteženi« pivec (angl. »*social, controlled drinker*«). Gre za način pitja alkoholnih pijač, ki posamezniku ne povzroča problemov in ni vzrok za stigmatizacijo. **»Značilno zanj je, da pije alkoholne pijače ob posebnih priložnostih, zaradi druženja, iz gostoljubnosti, iz običaja ter je pri uživanju alkohola zmožen samokontrole«** (Chafetz v Vidmar 2002, 26-27). Zmerni pivec pozna delovanje in učinke alkohola, zaveda se kdaj, kje in ob katerih okoliščinah je priporočljivo piti alkoholne pijače in kdaj ni. Takšno pitje alkoholnih pijač lahko imenujemo konstruktivno pitje alkoholnih pijač. Eden izmed najbolj škodljivih načinov pitja alkoholnih pijač in za zmerne piveca neznačilen, je popivanje. »Zmerni pivci alkohola ne povezujejo z osamljenostjo ali

čustveno razburjenostjo, temveč pijejo alkoholne pijače na splošno družbeno sprejemljiv način« (Chafetz v Vidmar 2002, 27).

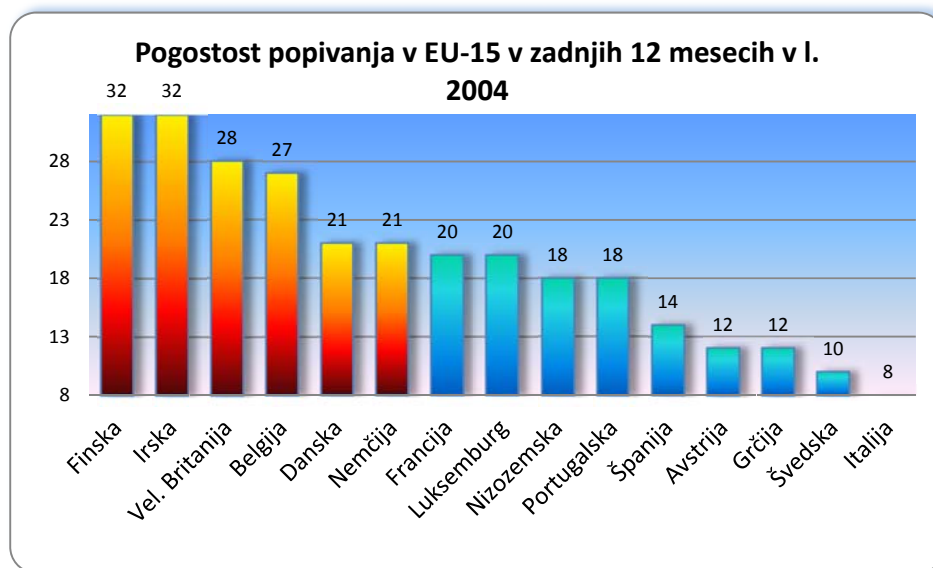
Deviantno pitje

Za okoli 80 mio prebivalcev EU, starejših od 15 let, kar je približno petina odrasle populacije v EU, je značilno popivanje vsaj enkrat tedensko (Hovnik Keršmanc 2010, 48). Posameznika, ki pije na takšen način imenujemo prekomerni, težki ali problematični pivcec (angl. »*excessive, heavy, problem, drinker*«). Vsi težki pivci niso tudi problematični pivci. **Problematično pitje** pogosto povzroča telesne in duševne težave ali družbeno škodo pivcem in osebam v okolici. »Takšno pitje alkoholnih pijač lahko vpliva na posameznikovo zaposlitev, medosebne odnose, varnost na cesti (vožnja pod vplivom alkohola), na novorojenčkovo zdravje (pitje alkoholnih pijač med nosečnostjo), itd. Posameznikova samokontrola nad pitjem alkoholnih pijač pri tovrstnem pitju odpove, saj ko posameznik začne piti, ne more nehati« (Chafetz v Vidmar 2002). Gre za simptomatsko pivsko vedenje (simptomatska odvisnost od alkohola).

»Specifični problemi, ki so povezani s problematičnim pitjem alkoholnih pijač so torej: pogosta pijanost, pogosto popivanje, številne začasne izgube spomina, tiho nagnjenje do pitja alkoholnih pijač, psihološka odvisnost od alkohola, problemi z bližnjimi, problemi na delovnem mestu, problemi s policijo, nesreče, zdravstvene in finančne težave in nasilje povezano s pitjem alkoholnih pijač« (Calahan v Vidmar 2002, 27). O **tveganem pitju** govorimo, ko iz načina pitja sklepamo na povečano tveganje za nastanek škodljivih posledic in o **škodljivem pitju**, ko pri pacientu že opazimo telesne (npr. na jetrih) ali duševne (npr. depresivna epizoda) okvare. Težko je reči, kdaj problematični pivcec postane alkoholik. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (angl. »*World Health Organization*« - v nadaljevanju: WHO) iz leta 1954, je **alkoholik** »prekomerni pivcec, čigar odvisnost od alkohola je dosegla takšno raven, da so že opazne duševne in telesne težave, težave pri medosebnih odnosih, družbenem in ekonomskem delovanju ali vsaj vidni znaki, ki vse to nakazujejo. Gre predvsem za to, da postane pitje alkoholnih pijač človekova primarna dejavnost, zato se pri njem vloga alkoholika spopada z drugimi vlogami« (Rivers 1994, 35).

Za deviantno pitje alkoholnih pijač veljajo pogosto ista načela, kot za druge oblike deviantnosti. Pri slehernem posamezniku je primarni vzrok deviantnega pitja alkoholnih pijač v njem samem (depresivnost, žalost, pesimizem, tesnoba itd.) (Clinard in Meier 2001). **Na deviantno pitje alkoholnih pijač pomembno vplivajo družbeno-kulturni dejavniki, kot npr. prevladujoča kultura pitja alkoholnih pijač, vpliv družine, sovrstnikov, zaposlitve itd.** Tudi pri uživanju alkohola obstajajo smernice, da bodo nekateri posamezniki pili več kot ostali, kdaj bo pitje alkoholnih pijač obravnavano kot deviantno, kdaj bo tolerirano in kdaj sankcionirano. Ali bo neko vedenje označeno za deviantno, pri čemer lahko dobi posameznik stigmatizacijo, naj bi bilo odvisno predvsem od: starosti, veroizpovedi, delovne aktivnosti, narodnosti itd. (Clinard in Meier 2001). V popivanju obstajajo v Evropi precejšnje razlike (glej Sliko 3.7).

Slika 3.7: Pogostost popivanja v EU-15 v zadnjih 12 mesecih v letu 2004.



Vir: EURO CARE 2011, 2.

Iz Slike 3.7 je razviden kontrast med severom in jugom Evrope, saj na severu Evrope popivajo bistveno večkrat kot na jugu Evrope. Največkrat se popiva na Finskem, Irskem, v Veliki Britaniji in Belgiji (od 27 do 32-krat letno); sledijo jim Danska, Nemčija, Francija, Luksemburg, Nizozemska in Portugalska (od 18 do 21-krat letno); najmanjkrat se popiva v Španiji, Avstriji, Grčiji, na Švedskem in v Italiji (od 8 do 14-krat letno).

V Evropi je okoli 23 mio Evropejcev (5% moških, 1% žensk) zasvojenih z alkoholom (Anderson in Baumberg 2006A). V vseh kulturah, ki so jih kdaj koli preučevali, več moških pije kot žensk, pijejo več od njih, pri njih pa je tudi večja verjetnost za bolj tvegano vedenje povezano s pitjem alkoholnih pijač. Absolutna razlika med spoloma naj bi se rahlo zmanjšala (Anderson in Baumberg 2006A). Vzorci v pivskem vedenju se razlikujejo tudi glede na družbeno-ekonomski status posameznika (v nadaljevanju: DES). Za to zapleteno sliko nekaterih vidikov pitja je značilno, da sta med tistimi, ki pijejo, popivanje in zasvojenost z alkoholom verjetnejša pri tistih z nižjim DES.

Ob odsotnosti analitičnih podatkov v nekem okolju se lahko kot indikator vzorca pitja uporablja stopnja umrljivosti zaradi ciroze jeter, ki je v kontekstu preučevanja škodljivih učinkov alkohola najpomembnejši zdravstveni kazalec. V večjih količinah pomeni alkohol za jetra čisti strup, zaradi česar celice jeter sčasoma odmrejo in je smrt ob nadaljnjem pitju alkoholnih pijač zelo verjetni izid (Cercone 1994). Naslednja pomembna kazalca prekomernega pitja, ki sta dostopna v nacionalnih statistikah umrljivosti, sta število prometnih nesreč s smrtnim izidom in število smrti povezanih s sindromom alkoholne odvisnosti (angl. »*alcohol dependence syndrome*«). Slednje je klinična klasifikacija alkoholizma sprejeta s strani Mednarodne statistične klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (angl. »*International Classification of Diseases - ICD-10*«). **Z analizo stopnje umrljivosti zaradi ciroze jeter ali alkoholizma, skupaj s številom prometnih nesreč s smrtnim izidom in povprečno porabo alkohola na prebivalca, je podana splošna slika škodljivih učinkov alkohola (Cercone 1994).**

3.4.2.2 Družbena teorija deviantnosti

Ker lahko pitje alkoholnih pijač predstavlja deviantno dejanje, ga lahko pojasnujemo z vidika družbene teorije deviantnosti. Deviantnost, ki je družbeno definirana, v vsakodnevem jeziku pomeni oddaljevanje od družbeno-kulturno sprejete poti in sestoji iz takšnih dejanj, ki ne sledijo normam in pričakovanjem določene družbene skupine. Lahko je pozitivno sankcionirana (nagrajena), negativno sankcionirana (kaznovana) ali

preprosto sprejeta brez sankcij (Haralambos in Holborn 2008). Lahko ima negativne posledice (npr. škodi stabilnosti družbe, oropa družbo pomembnih človeških in ekonomskih virov, oslabi človeško zaupanje v družbene norme in vrednote) in tudi pozitivne posledice (educira ljudi o tem, katero družbeno vedenje je sprejemljivo, krepi norme, vrednote skupine in zaupanje v njo in v njene standarde) (Kammeyer in drugi 1996). V praksi je področje preučevanja, ki ga pokriva sociologija deviantnosti, običajno omejeno na deviantnost, ki ima za posledico negativne sankcije. Tudi ameriški sociolog Marshall B. Clinard je predlagal, »da se pojem deviantnost rezervira za »tiste situacije, v katerih se vedenje odvija v smeri, ki je ne odobravamo, in to v takšni meri, da prestopi meje tolerance skupnosti« (Haralambos in Holborn 2008). Čeprav vsi sociologi ne bi sprejeli te definicije, pa vseeno opisuje področje, ki ga običajno pokrivajo raziskave o deviantnosti. Deviantno in normalno vedenje je običajno naučeno vedenje. Sociologi domnevajo, da večina deviantnih oseb ni nenormalnih ali bolnih. Enostavno so se prilagodili deviantnim normam in vrednotam ali sami subkulturi, ki je vplivala na njihovo socializacijo (Haralambos in Holborn 2008).

Deviantno vedenje je lahko tudi normalni odgovor na pritiske, strese in frustracije, ki so jih povzročili pritiski in konflikti znotraj strukture družbe in samega družbenega življenja. **V praksi se sociologi v glavnem osredotočajo na naslednje vrste deviantnosti: alkoholizem, nezakonita uporaba drog, prostitucija, duševne bolezni, kriminaliteta in delinkvenca itd.** (Haralambos in Holborn 2008). Do sedaj nakazano pojmovanje deviantnosti se nanaša na tisto delovanje, ki ni v skladu z normami in pričakovanji članov določene družbe in z njihove strani izzove splošno obsodbo. Deviantnost je relativen pojem, saj so dejanja deviantna samo v razmerju do norm oz. standardov ali pravil posamezne družbe v določenem zgodovinskem obdobju. Deviantnost lahko opredelimo le v odnosu do posameznih standardov, ki pa niso stalni in absolutni (Haralambos in Holborn 2008).

Dejanje, ki je v neki družbi opredeljeno kot deviantno, je lahko v drugi družbi povsem normalno, saj je deviantnost kulturno pogojena, kultura pa se spreminja skozi čas in se razlikuje od družbe do družbe. Pa tudi znotraj posamezne družbe je lahko neko dejanje

enkrat deviantno in drugič normalno (Haralambos in Holborn 2008).

Za posameznikovo deviantnost naj bi bila po eni strani kriva družba oz. vpliv družbenih okoliščin, po drugi strani pa se pripisuje velik pomen interakciji med posamezniki. Kljub temu je opredelitev pojma deviantnosti dokaj enotna v smislu, da gre za delovanje, ki ni v skladu z normami in pričakovanji članov določene družbe in zato izzove splošno obsodbo članov družbe (Giddens 1993).

3.4.2.3 Teorija stigmatizacije

Izraz stigma sicer izhaja iz grščine in pomeni pečat ali znak, ki so ga vtisnili ali vrezali na sužnja, zločinca ali izdajalca, da bi ga prepoznali (in se ga izognili) na javnih prostorih. V sodobnem vsakdanjem jeziku stigma vedno pomeni zaznamovanost, vendar ne nujno tisto na telesu vidno, temveč bolj kot neki atribut nezaželenosti, zavrženosti (Flaker 2000). Stigma je interakcijski pojem, ki je posledica družbenih interakcij in nastopi takrat, ko nekdo ne izpolnjuje pričakovanj, ki jih imajo drugi do njega, ko namreč ni tisto, kar se zanj predpostavlja. Je oznaka, ki človeka razvrednoti ali tudi izobči. Gre za razkorak med navidezno in dejansko identiteto, za razkorak med tistim, kar na osnovi običnih stereotipov sklepamo, da bi posameznik moral biti in med tistim, kar se izkaže, da dejansko je (Flaker 2000).

Teorija stigmatizacije sodi pod mikrosociološko teoretično izhodišče, bolj natančno pod interakcionistični pogled, kjer ima velik pomen interakcija med posamezniki. Na podlagi tega pogleda etiketiranje nekega dejanja za deviantno dejanje lahko povzroči, da posameznik postane stigmatiziran. **»Tako lahko posameznik postane stigmatiziran tudi zaradi deviantnega uživanja alkohola, ki je povezano s posameznikovo nezmožnostjo samokontrole pri uživanju alkohola.** Goffman, ki je utemeljitelj pojma stigme, pravi, da le-ta združuje »določene telesne znake, ki imajo pridih nenavadnega in slabega in zato očrniijo moralni status stigmatiziranega« (Goffman 1963, 1). Generalno razlikuje 3 tipe stigme: deformacije telesa; karakterne hibe, ki se kažejo kot šibka volja; dominirajoča ali nenaravna nagnjenja kot so zasvojenosti (npr. zasvojenost z alkoholom)

(Božič 1991).

Alkoholiki in problematični pivci in spadajo pod drugi tip stigme (karakterne hibe) in imajo nekatere telesne značilnosti (neurejen videz, pogosta obrazna rdečica itd.) ter značilne vedenjske vzorce (agresivno in pijano vedenje, vožnja pod vplivom alkohola, povzročanje nereda itd.), ki sovpadajo s tovrstnim življenjskim stilom in so vzrok njihove stigmatizacije. Obravnavani so kot izredno negativen lik v družbi. Lahko jim rečemo kar **odpadniki družbe** (Clinard in Meier 2001). Na alkoholike in problematične pivce se pogosto gleda kot na posameznike s šibkim značajem. Zato so le-ti pogostokrat kategorizirani kot manjvredneži. To je opazno tudi pri ozdravljenih alkoholikih, ki se stežka vrnejo v okolje kot enakopravni člani družbe, saj se jih običajno vsi spominjajo le kot alkoholike. Izredno pomembno vlogo pri tem imajo klubi anonimnih alkoholikov (angl. »*Alcoholics Anonymous*« - v nadaljevanju: AA), ki pomagajo bivšim alkoholikom odvreči deviantno oznako (etiketo) in jo zamenjati z družbeno sprejemljivejšo etiketo »ozdravljeni alkoholik« (Clinard in Meier 2001).

3.4.2.4 4 tipi kulture pitja alkoholnih pijač

V antropološki literaturi se veliko govori o vplivu centralnega pogleda v določeni kulturi na izoblikovanje načinov vedenja ljudi, ki v tej kulturi živijo. Sem sodijo tudi vzorci pitja alkoholnih pijač in vedenje, ki je s tem povezano. Gre za družbeno-kulturne dejavnike, kot so družbena prepričanja, odnosi, norme itd., ki so povezane s pitjem alkoholnih pijač (Mandelbaum 1965). Vsaka družba ima določena pričakovanja o tem, kakšen je vpliv alkohola na vedenje ljudi. Posamezniki v procesu socializacije ta družbena pričakovanja internalizirajo. **Posledično naj bi prav družbeno-kulturni dejavniki igrali ključno vlogo pri škodljivih učinkih alkohola** (Heath 1987).

Poleg v magistrskem delu že navedene tipologije kulture pitja alkoholnih pijač (suha vs. mokra kultura), razlikujemo v grobem 4 različne kulture pitja alkoholnih pijač: »abstinenčno kulturo pitja alkoholnih pijač; ambivalentno kulturo pitja alkoholnih pijač; permisivno–integrirano kulturo pitja alkoholnih pijač in permisivno–disfunkcionalno

kulturo pitja alkoholnih pijač« (Bales v Vidmar 2002, 18). Te 4 kulture pitja alkoholnih pijač se ne razlikujejo med seboj le v različni porabi alkohola, temveč v različnih verovanjih, pričakovanjih in družbenih normah, ki se navezujejo na pitje alkoholnih pijač in njegove posledice.

Škodljive učinke alkohola torej ne moremo povezovati le s porabo alkohola in pri tem zanemarjati način in namen pitja alkoholnih pijač. Celo nasprotno - za države z nizko porabo alkohola (npr. skandinavske države) so praviloma bolj značilni škodljivi učinki alkohola kot za države z večjo porabo alkohola (npr. sredozemske države). To med drugim potrjuje tudi podatek, da je imela Portugalska leta 1991 najmanj registriranih klubov AA glede na število prebivalcev (0,6 skupin na mio prebivalcev) in Islandija največ registriranih klubov AA glede na število prebivalcev (800 skupin na mio prebivalcev). Če upoštevamo dejstvo, da je poraba alkohola na Portugalskem nadpovprečna in v Islandiji podpovprečna, je jasno, da je **pomembno vprašanje predvsem kako piti in ne koliko piti**¹. Škodljivi učinki alkohola so pogostokrat v obratnem sorazmerju s porabo alkohola (Heath 1987).

Abstinenčna kultura pitja alkoholnih pijač

Značilno za abstinenčno kulturo pitja alkoholnih pijač je (religiozno) načelo o popolni abstinenci glede uživanja alkohola (Rivers 1994). Ta kultura pitja alkoholnih pijač prevladuje v družbah islamske, hindujske in budistične vere, pa tudi pri nekaterih religioznih skupinah (npr. mormoni, adventisti, nekatere baptistične in metodistične religiozne skupine, binkoštna cerkva itd.). Družbe s tovrstno kulturo pitja alkoholnih pijač najdemo predvsem v severni Afriki, na Bližnjem vzhodu in v Indiji (Clinard in Meier 2001).

Ambivalentna kultura pitja alkoholnih pijač

Ambivalentna kultura pitja alkoholnih pijač je značilna za družbe z nekdanjaskim protestantizmom, z značilno močno samokontrolo in željo ali kar zahtevo po abstinenci,

¹Vpliv dveh pijač vsak dan v tednu je drugačen od vpliva 14-ih pijač v soboto zvečer. Podobno kot telo drugače prenese 5 na hitro popitih pijač brez hrane kot pa 5 v 6-ih urah popitih pijač ob večerji z zabavo (Campbell 1991).

glede uživanja alkohola. Danes so to večinoma protestantskih družbe: skandinavske države, Nemčija, ZDA, Velika Britanija, Kanada in Avstralija (Clinard in Meier 2001), kjer je še zdaj moč prisotno načelo o abstinenci glede pitja alkoholnih pijač. Posledično številni posamezniki znotraj te kulture pitja alkoholnih pijač nihajo med dvema skrajnostma (asketizem in hedonizem) (Rivers 1994). Ta ambivalentnost pri njih otežuje razvoj trdnih stališč, izoblikovanih norm in standardov glede pitja alkoholnih pijač, ki jih nadomeščajo negativna in nestalna prepričanja in pričakovanja. Rezultat tega je razmeroma nizka poraba alkohola, toda ekstremno, eksplozivno in nekontrolirano pitje alkoholnih pijač, obilo škodljivih učinkov alkohola in mnogo stigmatiziranih posameznikov (Clinard in Meier 2001).

Pri tej kulturi pitja je pitje alkoholnih pijač pogosto povezano z agresivnim in anti-socialnim vedenjem. Pogosto je samostojno pitje (angl. »*solitary drinking*«) nasproti pitja v družbi, pri čemer jim pitje predstavlja cilj in sredstvo razkazovanja moči. **Za to kulturo ni značilno vsakodnevno uživanje alkohola, temveč občasno, vendar takrat prekomerno pitje** (Clinard in Meier 2001). Slednje močno poveča splošno umrljivost v družbi in vpliv različnih dejavnikov za smrt. V tej kulturi so posamezniki obremenjeni s pitjem alkoholnih pijač. Le-to jim pogostokrat predstavlja le beg pred stresom in resničnostjo. V družbah z ambivalentnim, moralno obremenjenim odnosom do alkohola, je uživanje alkohola konstruktor idealnega sveta, ki je pogostokrat le cilj in je samemu sebi namen (Rivers 1994). Če povzamemo, so značilnosti ambivalentne kulture pitja alkoholnih pijač: močan družbeni pritisk, povezan s tem kako piti alkoholne pijače; nestalne ali neobstajajoče družbene sankcije zaradi pijanosti in drugih problemov povezanih s pitjem alkoholnih pijač; utilitarni cilji pitja alkoholnih pijač (pitje z namenom) in prisotna ambivalentna drža in občutki glede zmernega pitja alkoholnih pijač (Rivers 1994).

Permisivno-integrirana kultura pitja alkoholnih pijač

Permisivno-integrirana kultura pitja alkoholnih pijač je značilna za sredozemske države, Japonsko, Kitajsko in nekatere družbe v Južni Ameriki (Clinard in Meier 2001). Mednje sodijo tudi Židje. Pivsko vedenje v teh družbah je povezano z mirom in harmonijo.

Ljudje uživajo alkohol večinoma iz užitka, počasi in običajno ob hrani. Je del družabnosti in ne cilj. Zaradi tega je njihova BAC v povprečju precej drugačna, saj alkohola ne uživajo na tešče. Značilno je zgodnje, ritualizirano in kontrolirano pitje. Pijanost in kazniva dejanja storjena pod vplivom alkohola sta negativno ovrednotena in sankcionirana. Za družbe znotraj te kulture pitja alkoholnih pijač («Mediterska», »mokra») je značilno **zmerno pitje alkoholnih pijač, neobremenjenost s porabo alkohola ter malo škodljivih učinkov alkohola**. Alkohol predstavlja moralno nevtralni element normalnega življenja (Heath 1987). Za nekatere družbe znotraj permisivno-integrirane kulture pitja alkoholnih pijač je značilna pretirana permisivnost glede porabe alkohola (Clinard in Meier 2001). Tu je mišljena Francija in prebivalci v pokrajini Gamba (v Boliviji), kjer zmerno pitje že zamenjuje prekomerno pitje in tudi težave povezane s tem. Če povzamemo, so značilnosti permisivne-integrirane kulture pitja alkoholnih pijač: postopna socializacija otrok povezana s pitjem alkoholnih pijač; rahel družbeni pritisk, povezan s tem, kako piti alkoholne pijače; negativno sankcioniranje prekomernega pitja alkoholnih pijač; pozitivno sprejemanje zmernega ne-destruktivnega pitja alkoholnih pijač; dobro urejeni neformalni dogovori o navadah pitja alkoholnih pijač in neambivalentni občutki glede pitja alkoholnih pijač (Rivers 1994).

Permisivno-disfunkcionalna kultura pitja alkoholnih pijač

Permisivno-disfunkcionalna kultura pitja alkoholnih pijač je značilna za nekatere vzhodnoevropske in srednjeevropske države ter nekatere južnoameriške države. Za to kulturo pitja alkoholnih pijač je značilna **velika poraba alkohola in mnogo škodljivih učinkov alkohola**. Družbe znotraj te kulture pitja alkoholnih pijač pogostokrat neustrezno sankcionirajo oz. sploh ne sankcionirajo izgrediv in problemov povzročenih pod vplivom alkohola.

Povezava med tipom kulture pitja alkoholnih pijač ter zunanjo podobo in delovnim časom lokalov v Evropi

»Pitje alkoholnih pijač je v vseh kulturah v osnovi družbeno dejanje in večina družb ima okolja, posebej namenjena temu (gostilne, pivnice, bare, taverne itd.). Njihova primarna funkcija, gledano s strani strank, je socialna integracija - v lokalih je glasba, razne igre,

plesne točke itd., ki razvijajo pozitivno družbeno interakcijo, čut za vzajemnost, dajanje, itd.« (Gusfield v Vidmar 2002, 21). Praviloma v lokalih prevladuje splošna egalitarnost, saj ni pomembno kakšno družbeno vlogo imajo gostje. Razlike med lokali se odražajo tudi v zunanji podobi in obratovalnem času lokalov. V družbah s permisivno-integrirano kulturo pitja alkoholnih pijač so lokali večji in od daleč vidni, z velikimi okni in odprtimi prostori. V družbah z ambivalentno kulturo pitja alkoholnih pijač pa so lokali bolj »zaprtega tipa«, skrivnostni, z debelimi stenami in vrati in ne tako vabljeni (Campbell 1991). Poleg tega so za ambivalentno kulturo pitja alkoholnih pijač značilni »fiksni« zapiralni časi (npr. v Vel. Britaniji ob 23-ih). Tudi to je eden izmed vzrokov za hitro pitje in poulično nasilje (npr.: razbijanje izložb), saj se zabave končajo nemalokrat ravno takrat, ko so se šele dobro začele. Alkohol ima lahko tu vlogo nekakšnega »sprožilnega mehanizma«. **Zavrtili (psihično nestabilni, depresivni) ljudje postanejo zaradi alkohola bolj agresivni in impulzivni, zadovoljni ljudje pa še bolj razpoloženi.**

3.4.3 Akulturacija in vpliv globalizacije na kulturo pitja alkoholnih pijač

Svet postaja globalna celota v ekonomskem, komunikacijskem in informacijskem smislu; postaja manjši oz. so razdalje manj pomembne. Povečujeta se ekonomska povezanost in soodvisnost med državami (Prašnikar 2005). Globalizacija poleg gospodarstva posega tudi na politično, sociološko področje, odpira tudi druga vprašanja, med drugim tudi vprašanje kulturne različnosti. **Opređeljena je kot proces, ki zmanjšuje pomen geografskih razdalj, vzpostavlja mednarodne ekonomske, politične in družbeno-kulturne odnose.** Svet pojmuje kot eno tržnico. Lahko jo opredelimo tudi kot proces, ki širi in pogloblja ne le mednarodno menjavo blaga in storitev, ampak tudi investicije in posega tudi na druga področja (kultura, tehnologija). Na pojem globalizacija lahko navežemo tudi pojem akulturacije, ki pomeni »**prilagoditev novemu (kulturnemu) okolju v smislu spremembe kulture pitja alkoholnih pijač in je lahko vzrok spremembe že utečenih vzorcev obnašanja, prepričanj in pričakovanj glede pitja alkoholnih pijač v družbi**« (Cottino 1995, 160).

Zgodovinska in aktualna dejstva pričajo o tem, da sprejetje »tujih« pijač pogosto vključuje tudi sprejetje pripadajočih vzorcev pitja, prepričanj in vedenj tujih kultur. Gre za svojevrstno »okužbo«. V družbe s permisivno-integrirano kulturo pitja alkoholnih pijač se npr. pogosto »vsiljuje« ambivalentna kultura pitja. To se lahko manifestira pri naraščanju škodljivih učinkov alkohola, saj se spreminjajo prepričanja in vedenja povezana s pitjem alkoholnih pijač. V Španiji, Franciji in Italiji je značilen vpliv nekaterih ambivalentnih, severnih kultur. Nasprotno pa naraščanje popularnosti vina v ambivalentnih kulturah pitja alkoholnih pijač, kjer pijejo predvsem pivo in žgane pijače, žal ne prinaša bolj harmoničnega odnosa do alkohola, značilnega za dežele, kjer pijejo vino. Te kulture so na tovrstne (tuje) vplive tako rekoč imune (Cottino 1995, 160-161).

3.4.4 Simbolni pomen alkoholnih pijač

Alkoholne pijače imajo v vseh kulturah značaj močnega in mnogostranskega simboličnega sredstva. Večina alkoholnih pijač, razen nekaterih socialno nevtralnih, ima tudi socialni pomen in sporočilo. Alkoholna pijača je lahko sredstvo za identifikacijo, saj izbira alkoholne pijače pogostokrat ni le stvar osebnega okusa². Tudi zaporedje pri pitju je pomembno³ (Cottino 1995). Alkoholne pijače dostikrat nastopajo v vlogi »konstrukta idealnega sveta«⁴. Gre za to, da skušajo ljudje z vrsto pijače pokazati, kaj bi radi bili in ne tisto, kar mislijo, da so (Heath 1995). Izbira pijače je lahko tudi odraz pripadnosti neki skupini, lahko predstavlja neko generacijo, razred, pleme, subkulturo ali narod s pripadajočimi vrednotami, verovanji in prepričanji. »Nekatere alkoholne pijače so postale simboli nacionalne identitete⁵, kažejo nacionalni značaj, kulturo in način življenja⁶«

²Peneče vino je v številnih zahodnih kulturah sinonim za praznovanje. Sekt v posameznih avstrijskih deželah pijejo le v formalnih okoliščinah. Ob shodih in družabnih srečanjih pijejo žgane pijače itd. Vino se običajno pije ob dnevnem obroku, medtem ko je pivo namenjeno neformalnim, sproščenim okoliščinam (Cottino 1995).

³V Franciji popijejo pred obrokom aperitiv, med obrokom svetlo in kasneje še rdeče vino. Po končanem obroku pa še brandy (Cottino 1995).

⁴Npr. na Norveškem je značilno, da v lokalih ljudje spreobrnejo svojo manjvrednost ali z drugimi besedami si skonstruirajo svoj idealni svet (Oldenburg v Vidmar 2002, 22).

⁵Guinness za Irce, tequila za Mehičane, ouzo za Grke itd. (Hupkens v Vidmar 2002, 22).

⁶Za Škote, ki živijo visoko v gorah predstavlja whisky tradicionalne vrednote, kot so egalitarizem, plemenitost in močtatost (Hupkens v Vidmar 2002, 22).

(Hupkens in drugi v Vidmar 2002, 22). Sprejemanje ali zavračanje nacionalnih, lokalnih ali tradicionalnih alkoholnih pijač lahko spremljajo močne emocije, posebno na področjih, kjer je prisotna akulturacija. »Izbira pijače po starosti se dostikrat kaže v tem, da starejši pijejo vino in mladi pivo« (McDonald v Vidmar 2002, 23). Zanimiv primer simbolnega pomena piva je učinek prvega popitega vrčka piva na Irskem - fant se prelevi v moškega šele takrat, ko prvič spiye pivo s starejšimi možmi. Do poroke se od njega pričakuje, da se bo družil le s prijatelji (moškega spola).

3.4.5 Vpliv enotnega trga EU, trgovinskih nazorov in poseganja države na porabo alkohola in škodljive učinke alkohola

Države z namenom povečanja dinamike trgovanja skušajo oživeti mednarodno poslovanje, predvsem izvoz, in s tem vplivati na povečano rast BDP. Zato se odločajo za različne vrste povezovanja.

*Stopnje povezovanja med državami so različno intenzivne: **prostotrgovinski sporazumi**, ko članice ukinejo carine v medsebojnem trgovanju in samostojno urejajo carinsko tarifo do tretjih držav; **carinska unija** je nadaljnja stopnja, kjer države članice odpravijo tudi necarinske omejitve v medsebojnem trgovanju in poenotijo carinsko tarifo do tretjih držav; **skupni trg**, kjer so poleg carinskih ovir za prost pretok blaga odpravljene tudi ovire za pretok kapitala, delovne sile, storitev; **ekonomska unija** kot najvišja faza integracije, kjer sta poenoteni tudi davčna politika in monetarna politika, dejavniki proizvodnje so popolnoma gibljivi (Makovec Brenčič v Prevc 2008, 26).*

Mednarodno gospodarsko povezovanje je ključnega pomena za povečanje mednarodne menjave in s tem za povečano rast BDP. Države se povezujejo z namenom zmanjševanja ovir za medsebojno trgovanje, da bi lažje uveljavljale svoje konkurenčne prednosti in tako krepile svoj konkurenčni položaj v globalnem svetu. Vključevanje držav v mednarodno menjavo je za sleherno državo življenjskega pomena. »Razlika med domačim in tujimi trgi je vse manjša, saj je svetovno gospodarsko okolje vedno bolj globalno, dinamično in soodvisno. Velik je pomen mednarodne menjave, njen vpliv na

narodno gospodarstvo kot tudi pomen zunanjetrgovinske politike, carinski predpisi itd.« (Prevc 2008, 8).

Izpostavljeni smo spremembam, pravzaprav so spremembe stalnica - spreminjajo se tuja okolja, udeleženci, aktivnosti, kar morajo države zaznati in v različnih pogledih ustrezno reagirati. Eden izmed doslej največjih dosežkov EU je **enotni trg EU** (odpravljene so vse mejne kontrole v EU, skupaj s carinskimi kontrolami oseb). Ne glede na to, da ta še nima značaj enotnega gospodarskega območja, saj za nekatere gospodarske sektorje (javne storitve) še vedno veljajo nacionalni zakoni (obdavčenje in socialno varstvo sta večinoma še v pristojnosti posameznih držav EU), podpira vrsta povezanih politik, ki jih je EU uveljavila skozi leta in zagotavljajo, da ima čim več podjetij in potrošnikov korist od liberalizacije trga (Evropska unija 2011). Pomemben učinek na AP je v praksi pokazalo **trgovinsko pravo EU**. Večina primerov, povezanih z alkoholom, izvira iz pravila »nacionalne obravnave« obdavčenja, kar pomeni, da države ne smejo – neposredno ali posredno – v prid domačemu blagu zapostavljati tistega blaga, ki prihaja iz drugih držav EU. Vendar države ves čas želijo ščititi svoje gospodarstvo pred »škodljivimi« tujimi vplivi. »Zaščita domačega gospodarstva s carinami in drugimi omejitvami je bila v zgodovini še posebej intenzivna« (Prevc 2008, 10).

Skozi st. se je razvilo več teorij o koristnosti mednarodne menjave. Spodaj so navedeni svetovno-trgovinski nazori, ki zrcalijo pogled na mednarodno trgovino:

Merkantilizem

»Država, ki več proda, ima več zlata, zato merkantilisti zagovarjajo ugodno trgovinsko bilanco. Vendar so zanemarili dejstvo, da samo kopičenje denarja, zlata, še ne pomeni blaginje in višjega standarda za ljudi« (Samuelson v Prevc, 2008, 11). Merkantilizem je bila splošna ekonomska doktrina in praksa v času prehoda fevdalizma v zgodnje oblike kapitalizma od 16. do 18. st. Načela merkantilizma so: bogastvo države je denar oz. so samo tiste dobrine, ki se lahko spremenijo v denar; proizvodnja dobrin je pogoj za ustvarjanje bogastva in zato jo je treba razvijati, zato država podpira razvoj manufaktur; neposredni izvor bogastva je trgovina, ki izdelke spreminja v denar; vsaka trgovina ni

izvor bogastva, ampak samo zunanja trgovina, ki povečuje količino zlata v državi (Samuelson v Prevc 2008).

Protekcijonizem v smislu uvoznih carin in subvencij

»Vsaka država, ki je želela razvijati svojo lastno industrijo, je morala v začetku voditi protekcijonistično trgovinsko politiko. Protekcijonizem se je torej razvil iz nujnosti zaščite manj razvitih gospodarstev« (Prevc 2008, 12). Najbolj razširjen ukrep protekcijonizma je carina kot poseben uvozni, redkeje izvozni davek. Poleg nje so protekcijonistični ukrepi še prepovedi, kvote, povračilni ukrepi, ki bolj ali manj ostro omejujejo uvoz, in razne premije, subvencije na izvozni strani (Prevc 2008). Protekcijonizem naj bi bil le začasen ukrep za zdravljenje in oživljanje razvijajočih se gospodarstev, saj naj bi ga prej ali slej nadomestil liberalizem, ki je po mnenju večine teoretikov normalno stanje v mednarodni menjavi. Vendar protekcijonizem ni stvar preteklosti, saj se protekcijonistični ukrepi uporabljajo tudi danes - npr. **EU nameni letno 1,5 mrd EUR za subvencije za proizvodnjo vina** (Prevc 2008). **»Velikokrat so tovrstni ukrepi rezultat lobiranja«** (Prevc 2008, 12). Gospodarska praksa je pokazala, da tržni sistem poleg velikih koristi prinaša tudi brezposelnost, gospodarske krize, padec cen, onesnaževanje, skrajno bogastvo in skrajno revščino. Zato ni države na svetu, ki ne bi posegala, posredovala v gospodarstvu. Prepletanje svetovno trgovinskih nazorov, posebej liberalizma in protekcijonizma, čutimo tudi danes.

Liberalizem v smislu liberalizacije mednarodne trgovine

Na prodajo alkoholnih proizvodov močno vpliva ekonomski liberalizem oz. svobodno delovanje trga brez večjega poseganja države v gospodarstvo. Slednji je teoretično idealen, široko sprejet model, ki ga bolj ali manj tudi danes zagovarja veliko ekonomistov. Osnovna ideologija liberalnega kapitalizma je **svobodna trgovina**, za katero je značilno: prosto delovanje ekonomskih zakonov, svoboda zasebne pobude, privatna lastnina proizvodjalnih sredstev, svobodna konkurenca tudi v zunanji trgovini itd. Tem načelom daje država institucionalni, pravni okvir za normalno delovanje. Na področju alkohola je liberalizem pomemben v smislu **Splošnega dogovora o carinah in trgovini** (angl. *»General Agreement on Tariff and Trade«* - v nadaljevanju: GATT).

*Ena glavnih idej liberalistične doktrine je, da lahko posameznik svobodno deluje in ravna tako, kot se sam odloči, dokler pri tem ne vpliva in onemogoča svobode drugega. Takšna svoboda naj bi človeku pripadala tudi, ko se odloča za nakup alkoholnih izdelkov in njihovo porabo. Država ne sme narediti ničesar več kot čim popolneje in racionalneje informirati o vsakem izdelku, nadzorovati njegovo proizvodnjo in kakovost ter pomagati tistim, ki si to želijo, ali pa jih ta družbena svoboda ogroža. **Po tej logiki javnozdravstvena politika ne sme postavljati norm o tem, kaj je zdravo življenje, temveč lahko le informira državljane o tveganjih uporabe škodljivih dobrin, odločitve pa sprejema vsak posameznik v okviru lastne odgovornosti** (Sulkunen v Kljajič 2005, 41).*

Alkohol je takšne vrste dobrina, da lahko njegova neustrezna poraba ogroža svobodo drugih ljudi, zato je država upravičena in celo dolžna posegati na področje porabe z različnimi ukrepi. Ne more sicer odločati o ravnanju posameznika, ki škoduje samo sebi, še manj je pravilo primerno v kompleksni industrijski družbi in v državi blaginje. »Upravičenost takšnih posegov pojasnjujejo različni strokovnjaki za ekonomijo, psihologijo in medicino. Bentham pravi, da je takšno ukrepanje upravičeno, če država s posredovanjem poveča blaginjo skupnosti« (Dunning v Kljajič 2005, 41). Človek nima že od rojstva izoblikovanih okusov in preferenc. Nanj močno vplivajo proizvajalci, različne oglaševalske akcije in drugi oglaševalski prijemi, kot so spreminjanje privlačne embalaže, promocijske akcije itd. Ena izmed dolžnosti države je, da zaščiti svoje državljane pred razvitjem samodestruktivnih okusov in navad. Mladi so na tem področju še posebno občutljivi zaradi ranljivosti v času razvoja identitete.

*Doktrina, ki še posebno upravičuje nadzor države, se imenuje **paternalizem**. Zdravstveni paternalizem je znotraj te doktrine še nekoliko bolj neposreden: zdravje je najpomembnejša vrednota v smislu, da posameznik ne sme ogrožati svojega zdravja na račun neke druge vrednote; posamezniki imajo moralno obveznost živeti na zdrav način; država ima pravico oz. moralno obveznost, da zagotovi, da njeni državljani živijo po tej zdravstveni paradigmi, četudi si ne želijo ali sami niso sposobni* (Dunning v Kljajič 2005, 41-42).

3.4.6 Vpliv BDP, strukture zaposlenosti in demografskih sprememb na porabo alkohola in škodljive učinke alkohola

Do leta 2004 je bila EU geografsko precej heterogena skupnost. S širitvijo je postala geografsko bolj homogena, v smislu zgodovinskega ozadja, kulturnih, ekonomskih in socialnih okoliščin pa bolj heterogena skupnost. Navedene razlike med članicami EU so različno vplivale na njihove AP, porabo alkohola, vzorce pitja alkoholnih pijač in škodljive učinke alkohola (Karlsson in Simpura 2001). Evropske države so nasploh še vedno homogene v primerjavi z ostalim svetom. So nedvomno bolj ali manj države blaginje z urejenim primarnim zdravstvenim varstvom, socialno varnostjo in šolskim sistemom. Zato v različnih poročilih držav st. urbanizacije, višina BDP, struktura zaposlenosti in demografske spremembe niso posebej poudarjene. Te države so si precej podobne tudi glede razvitosti gospodarstva. Portugalska, ki ima npr. od teh držav najnižji BDP, v svetovnem merilu še vedno sodi med premožnejše države (Karlsson in Simpura 2001).

Sklepne misli

V Evropi je povprečna poraba alkohola na prebivalca največja na svetu, ne glede na njen upad v zadnjih letih (Anderson in Baumberg 2006). Pri tem se po ocenah porabe alkohola kot tudi po škodljivih učinkih alkohola severna in južna Evropa bistveno razlikujeta. Za sever Evrope je značilna majhna poraba alkohola in obilo škodljivih učinkov alkohola, za jug Evrope pa obilna poraba alkohola in malo škodljivih učinkov alkohola. Vzrok je v različni kulturi pitja alkoholnih pijač (Peele in Brodsky 1996). Za severno Evropo je značilno občasno uživanje alkohola (predvsem žganih pijač) in popivanje, za južno Evropo pa pogosto, vendar zmerno uživanje alkohola (predvsem vina) ob obrokih in v družbi (Rehm in drugi 2004). Pozitivne posledice porabe alkohola (trgovina z alkoholom, trošarine na alkohol, delovna mesta, hranljiva vrednost vina itd.) pridejo do izraza predvsem v državah z ustrežno kulturo pitja alkoholnih pijač, medtem ko so škodljivi učinki alkohola (enormni stroški, zasvojenost z alkoholom, ciroza jeter, prometne nesreče s smrtnim izidom itd.) bolj značilni za države z neustrezno kulturo pitja alkoholnih pijač (Peele in Brodsky 1996).

4 ALKOHOLNA POLITIKA (AP)

V tem poglavju bomo pojasnili pojme formalna in neformalna socialna kontrola ter AP, ki zajema oba predhodno navedena pojma. Izpostavili bomo 2 značilna modela AP, učinkovite in neučinkovite ukrepe AP, težave pri evalvaciji AP in prednostna področja ukrepanja v okviru AP.

4.1 Opredelitev AP

Predpise oz. ukrepe na področju preprečevanja škodljivih učinkov alkohola so v 30-ih letih prejšnjega st. imenovali **sistemi kontrole alkoholnih pijač** (angl. »*Alcoholic beverage control systems*«) (Room 1987; Room 1993; Room 1999). Kasneje je Bruun definiral **alkoholno kontrolno politiko** kot »skupino zakonskih, ekonomskih in naravnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznikovo dostopnost do alkohola« (Bruun in drugi 1975, 12; Lehto 1995, 5). Posledično se alkoholne kontrolne politike navezujejo na strategije in ukrepe, ki jih diktira država in imajo vpliv na dostopnost do alkohola. »Navedena Bruunova definicija alkoholne kontrolne politike zaobide neformalno alkoholno kontrolo, saj ne vključuje vzgoje o načinu uživanja alkohola, informiranja o škodljivih učinkih alkohola in nadzora oglaševanja alkoholnih pijač, pač pa se omejuje le na ukrepe za omejitev dostopnosti do alkohola« (Sulkunen 1978, 191). Edwards je razširil Bruunovo definicijo alkoholne kontrolne politike in termin alkoholna kontrolna politika nadomestil s terminom **alkoholna politika - AP** (angl. »*alcohol policy*«), ki vključuje obdavčevanje alkohola, zakonodajo s tega področja, kontrolo dostopnosti do alkohola, izobraževanje, informiranje itd. (Edwards in drugi 1994). Ne glede na to, da je Edwardsova definicija širša od Bruunove, se tudi ta še vedno navezuje le na predpise oblasti in ne vključuje neformalne alkoholne kontrole.

AP je končno definiral širše Babor in sicer kot kot »politiko, ki varuje narodovo zdravje pred škodljivimi učinki alkohola na državni in meddržavni ravni. Deluje s pomočjo ukrepov, kot so izobraževanje, zdravljenje, zmanjševanje porabe alkohola, nadzor nad izvajanjem zakonov itd.« (Babor v Čebašek-Travnik 2006, 25). **Zato danes AP razumemo precej široko in sicer kot »niz ukrepov s ciljem minimiziranja škodljivih**

učinkov alkohola« (Babor in drugi 2003). Pri tem mora biti osnovni namen AP skrb za javno zdravje in nadzor nad trgovino ter porabo alkohola v nasprotju s protekcionističnimi ukrepi do alkoholne industrije (Babor in drugi 2003). Ob sklicevanju na celokupnost nacionalnih ukrepov kot odgovorov na škodljive učinke alkohola se uporablja termin **preventivna AP**.

4.2 Razvoj AP

Alkohol spremlja človeštvo že od prazgodovinskih časov. O alkoholu, predvsem vinu, so pisali in ga opevali umetniki, filozofi še iz časov antičnih kultur Egipčanov, Grkov in Rimljanov. Omenjeno je v Svetem pismu stare in nove zaveze. Alkohol ima že od nekdaj pomembno vlogo v religiji, medicini in kulturi. Zaradi njegove ambivalentne narave so ga v preteklosti večkrat strogo regulirali (Vrečar 2003).

4.2.1 AP v starem veku

Vpliv grške kolonizacije in širitve rimskega imperija

Proizvodnja vina in vinogradništvo sta se zelo razmahnila z razvojem kmetijstva in odkritjem vinske trte. Že takrat so poznali prve prepovedi in omejitve na področju alkoholnih pijač. »Najstarejši znani zakonik, ki med drugim vsebuje pivska navodila, je Hamurabijev zakonik iz 18. st. pr. n. š., ki govori o tem, da smejo vinski trgovci prodajati vino samo po določeni tarifi. Kasneje so svečeniki v starem Egiptu izdali vrsto predpisov zoper prekomerno pitje alkoholnih pijač« (Heath v Vrečar 2003, 2). Znano je tudi, da je egipčanski kralj Ptolemej XI. v zadnjem st. pr. n. š. uvedel kaznovanje opitih oseb. Več zapisov govori tudi o socialnih problemih, s katerimi so se soočali Egipčani zaradi opitosti (Vrečar 2003). V stari Grčiji je bilo vinogradništvo zelo razširjeno od 1600 do 1200 let pr. n. š. in je predstavljalo eno najpomembnejših panog. Grki so ob kolonizaciji ozemelj v Sredozemlju prenašali tudi kulturo pitja alkoholnih pijač. V zgodnjem Rimu je bilo vino velika redkost; moški so smeli piti šele po 35 letu starosti, ženske pa sploh ne. Romulus, ustanovitelj Rima je izdal zakon, po katerem so prekršek kaznovali celo s smrtno kaznijo. Vino si je v Rimu utrlo pot na dvor šele za časa cesarja Julija Cezarja. S

širitvijo rimskega imperija se je vinogradništvo močno razmahnilo, s padcem rimskega cesarstva pa popolnoma usahnilo (Vallee v Vrečar 2003, 3).

4.2.2 AP od srednjega veka do konca 19. st.

Vpliv cerkve, alkohol kot sredstvo zoper kugo in prohibicija v Massachusettsu v l. 1638

Vinogradništvo je ponovno oživila katoliška cerkev in samostani, saj je imelo vino pomembno vlogo pri različnih verskih obredih že od stare Babilonije naprej. »Krščanstvo je prispevalo k širjenju vinogradništva celo tam, kjer podnebje za to ni ugodno. Vinogradništvo, ki je predstavljalo bogastvo sončnega Sredozemlja, se je polagoma širilo po vsej srednjeveški Evropi in doseglo skrajno severno klimatsko mejo, po 16. st. pa se je s kolonizacijo začelo širiti po vsem svetu« (Semič v Vrečar 2003, 3). Portugalci so zanesli trto na Japonsko in v Brazilijo, Španci v Južno in Srednjo Ameriko ter v Kalifornijo. **V srednjem veku so bili menihi prvi strokovno podkovani pivovarji;** pivo so izdelovali po receptih, ki so jih zapisovali v meniške knjige. »Z evropsko kolonizacijo se je širil tudi izvoz alkoholnih pijač« (Jernigan v Vrečar 2003, 3).

Do bistvene spremembe v načinu in obsegu porabe alkohola v zahodni civilizaciji je prišlo šele z razvojem postopka destilacije alkohola in proizvodnje žganih pijač (Vrečar 2003). Od 14. st. naprej je bilo znano kuhanje žganih pijač iz fermentiranega žita, ki se je posebej razširilo v deželah Severne Evrope, ki so morale vino uvažati, saj pri njih ni uspevala vinska trta. Sprva so likerje izdelovali lekarnarji in samostani. Kmalu so gostilničarji začeli sami kuhati žgane pijače in tako poskrbeli, da so bile v Evropi v 15. in 16. st. le-te vedno bolj priljubljene. **Zdravniki so jih celo priporočali, ker so mislili, da so močne alkoholne pijače uspešno sredstvo zoper kugo in da daljšajo življenje** (Vrečar 2003). Zaradi tega so žgane pijače pridobile silno veljavo in se z neznansko hitrostjo širile po vsem svetu. Tako je pijančevanje v Evropi od poznega srednjega veka dalje prodrlo v vse družbene sloje. »Oblasti so skušale zaustaviti ta razvoj z visokimi davki na alkohol, s policijskimi predpisi glede točenja alkoholnih pijač in s hudimi kaznimi za popivanje, vendar pri tem niso imele dosti uspeha« (Vrečar 2003, 4).

Današnja razširjenost škodljivih učinkov alkohola lahko pripišemo razcvetu proizvodnje žganih pijač, ki so po zaključku strašanske kuge, ekonomskega izboljšanja in naraščajoče urbanizacije ter industrializacije postajale del pivskih navad prebivalstva (Vrečar 2003). V 18. st. je v Angliji zaradi odprave monopola nad proizvodnjo žganih pijač in zaradi nizke cene ter dostopnosti močnih žganih pijač, predvsem pretihotapljenega gina iz Nizozemske in domače proizvodnje izbruhnila "epidemija gina". »Spremembe, ki jih je povzročila industrijska revolucija, so vplivale tudi na delavce, ki so jim taverne postale mesto družabnih srečanj. Vse revnejši nižji sloji so ceneno omamo takoj vzeli za svojo, kar je pripeljalo do enormnega porasta alkoholizma in kriminala« (Westermeyer v Vrečar 2003, 4).

Konec 18. st. je zaživela domača destilacija. Amerika je sprejela vrsto zakonov, ki so urejali področje alkoholnih pijač, in se pri njihovem oblikovanju naslonila na cerkvene predpise. **»Že leta 1638 so v Massachusettsu zaradi kvarnega vpliva na ljudi alkoholne pijače popolnoma prepovedali**, vendar so prepoved kmalu nadomestili z bolj donosnimi davki na alkohol, izdajanjem licenc za točenje in uvedbo kazni za prekrške v zvezi z alkoholom« (Vrečar 2003, 5). Zasvojenost z alkoholom so začeli obravnavati kot bolezen in prvič je stopil v uporabo izraz "alkoholizem". V tistem času so se ameriške kolonije odcepile od Anglije in obdavčile proizvodnjo žganih pijač – to je leta 1794 pripeljalo do upora kmetov, ki so se ukvarjali z žganjekuho (angl. *»Whiskey Rebellion«*). Upor je bil sicer zatrt, vseeno pa so bili žganjarji dalj časa rešeni vseh davkov (Vrečar 2003).

4.2.3 AP v 20. st.

3 neuspešne prohibicije alkohola (Rusija, ZDA in Finska) in škodljivi učinki alkohola kot eden največjih javnozdravstvenih problemov

Ruski car Nikolaj II. je leta 1914 uvedel prohibicijo alkohola, kar je nova boljševiška vlada odpravila šele leta 1924. V ZDA je bil leta **1917 sprejet protialkoholni 18. amandma k ameriški ustavi, ki je uvedel popolno nacionalno prohibicijo alkohola** - prepovedal je uvoz, izvoz, transport, prodajanje in proizvodnjo alkoholnih pijač.

Posledice prohibicije v ZDA so bile katastrofalne. Namesto do razcveta moralnih vrednot je prišlo do razcveta vsega, kar naj bi prohibicija ustavila: iz skladišč so izginjale zasežene zaloge alkohola; zdravniki so pričeli bogateti z izdajanjem receptov za zdravila, ki so vsebovala alkohol; ubitih je bilo precej vladnih uslužbencev, ki naj bi zagotavljali nadzor nad izvajanjem protialkoholnih predpisov; povprečna starost pivcev se je znižala; razvil se je organiziran kriminal, ki je sčasoma prevzel nadzor nad večino ilegalne proizvodnje alkohola v ZDA. Vse to, v kombinaciji s pritiski industrije, poslovnih, politikov, padcem borze in vsesplošno gospodarsko krizo, je leta 1933 privedlo do sprejetja 21. amandmaja, ki je 18. razveljavil; država si je zopet zagotovila pravico do pobiranja alkoholnih davkov ter ustvarila prepotrebna delovna mesta s ponovno oživiljeno alkoholno industrijo (Heath v Vrečar 2003, 5).

Iz ZDA se je protialkoholno gibanje hitro razširilo po vsej Evropi (predvsem v anglosaških deželah) in tudi drugod po svetu. Začela se je agitacija proti alkoholni proizvodnji in alkoholni trgovini. V Nemčiji so se sprva bojevali proti žganjepitju in so kot substitut priporočali pivo, ker pa se poraba alkohola in škodljivi učinki alkohola niso zmanjšali, se je boj razširil na vse opojne pijače (Vrečar 2003). S prohibicijo so se resno spogledovali tudi v skandinavskih državah. **Po desetletni prepovedi alkohola, ki se ni posrečila, je Finska leta 1930** spremenila zakonodajo in ustanovila državno podjetje Alko z monopolom nad prodajo alkoholnih pijač z več kot 4,7% vsebnostjo alkohola. »Leta 1920 je o prohibiciji glasoval tudi švedski parlament, vendar je bil predlog zavrnjen« (Mrkun v Vrečar 2003, 6). Velikemu razcvetu alkoholne industrije pred 1. svetovno vojno je med obema vojnama sledil padec proizvodnje. Sesule so se mnoge pivovarne in destilarne, nekatere so propadle zaradi pomanjkanja surovin, največ pa je storila gospodarska kriza v tridesetih letih.

V obdobju med svetovnima vojnoma so se začele oblikovati tudi številne organizacije abstinentov. »Leta 1935 je bil ustanovljen prvi klub AA, ki je zasnovan na principu medsebojne pomoči pri ohranjanju treznosti. AA je postalo svetovno gibanje. Po 2. svetovni vojni se je začela poraba alkohola neizmerno večati, razmahnil se je alkoholni imperij, hkrati se je pojavila prava »eksplozija« zasvojenosti z alkoholom« (Vrečar 2003,

6).

4.2.4 Aktualna AP v EU

Danes je alkohol v večini držav dovoljena in vsem dostopna droga. Ljudje so alkoholu naklonjeni, za večino ljudi v sodobni družbi je pitje alkoholnih pijač nepogrešljiv del družabnega življenja, tradicije in obredov, države pa imajo močne ekonomske interese (interes kapitala), povezane s proizvodnjo in potrošnjo alkoholnih pijač. Področje alkoholnih pijač je vse bolj strogo regulirano, tudi v državah, kjer je bila AP nekoč bolj izjema kot pravilo. Z nastankom različnih mednarodnih organizacij (predvsem WHO, ki je leta 1983 razglasila škodljive učinke alkohola za poglavitno svetovno javnozdravstveno skrb in opredelila alkohol kot resen dejavnik tveganja za človekovo zdravje, blaginjo in življenje) je AP postala vse izrazitejša in pomembnejša.

*EU je v skladu s **Pogodbo ES** pristojna in odgovorna za reševanje problemov na področju javnega zdravja, kamor sodi tudi škodljivo in nevarno uživanje alkohola, z dopolnjevanjem nacionalnih ukrepov na tem področju. Tudi Evropsko sodišče je večkrat potrdilo, da je boj proti škodljivim učinkom alkohola pomemben in utemeljen cilj javnega zdravja. Svet EU je leta 2001 sprejel **Priporočilo glede uživanja alkohola pri mladih, zlasti otrocih in mladostnikih**, s katerim je Evropsko komisijo pozval k opazovanju, ocenjevanju in spremljanju razvoja in sprejetih ukrepov ter k pripravi poročila o potrebi po nadaljnjih ukrepih. Svet EU je v Sklepih z dne 5. junija 2001 Evropsko komisijo pozval k predložitvi predlogov za obsežno strategijo Skupnosti, ki bo kot dopolnitev nacionalnih politik namenjena zmanjševanju škodljivih učinkov alkohola. Ta poziv je bil ponovljen v **Sklepih Sveta EU glede alkohola in mladih** iz junija 2004 (Ministrstvo za zdravje 2007, 14).*

Na AP ima večji učinek trgovinsko pravo EU kot GATT in Splošni sporazum o trgovini s storitvami GATS (angl. »*General Agreement on Trade in Services*«). S tem mislimo predvsem na pravila »nacionalne obravnave« obdavčenja, kar pomeni, da države ne smejo – neposredno ali posredno – v prid domačemu blagu zapostavljati tistega, ki

prihaja iz drugih držav EU.

Vodilna mednarodna organizacija na področju preprečevanja škodljivih učinkov alkohola je WHO, katere evropski urad (angl. »*The Regional Office for Europe of the WHO*« - v nadaljevanju: Evropski regionalni urad WHO) je uvedel številne pobude za zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola. »Te vključujejo **Okvirno AP za evropsko regijo, Evropsko listino o alkoholu** in dve ministrski konferenci, na katerih so potrdili potrebo po razvoju AP, ki ne bi bila odvisna od poslovnih ali gospodarskih interesov« (Anderson in Baumberg 2006A, 10). EU sama ne more sprejemati zakonov za zavarovanje človekovega zdravja, zato pa upoštevajo skrb za zdravje nekatere politike (npr. določba o oglaševanju alkohola v **Direktivi o televiziji brez meja**). Sicer pa »EU pokriva področje alkohola z »mehkim pravom« v obliki neobvezujočih resolucij in priporočil, ki pozivajo države članice k določenemu ravnanju« (Anderson in Baumberg 2006A, 10). Evropski regionalni urad WHO je leta 2001 na podlagi Evropske listine o alkoholu iz leta 1995, pripravil **Deklaracijo o mladih in alkoholu**, ki določa temeljne smernice in cilje za promocijo in zaščito zdravja in dobrega počutja za vse ljudi v regiji. Deklaracija usmerja pozornost v zaščito otrok in mladih pred pritiski, ki vplivajo na pitje alkoholnih pijač, ter neposrednimi in posrednimi škodljivimi posledicami uživanja alkohola (Inštitut za varovanje zdravja RS 2009).

Evropski akcijskih načrt na področju alkohola (angl. »The European Alcohol Action Plan«) za obdobje 2000-2005, ki je bil potrjen na 49. zasedanju Evropskega regionalnega urada WHO v Firencah septembra 1999 je imel naslednje cilje: občutno razširiti ozaveščanje; zagotoviti izobraževanje in izgraditi zadostno podporo za takšne javnozdravstvene politike, ki preprečujejo škodljive učinke alkohola; zmanjšati tveganja za probleme zaradi alkohola na domu, delovnem mestu, skupnosti in pivskem okolju; zmanjšati širino in intenzivnost škode, ki nastane zaradi alkohola, kot npr. smrti, nesreče, nasilje, zloraba in zanemarjanje otrok in družinske krize; zagotoviti dostopno in učinkovito zdravljenje za ljudi s tveganim in škodljivim načinom uživanja alkohola in odvisnike od alkohola; zagotoviti večjo zaščito otrok, mladih in tistih, ki ne pijejo alkohola pred pritiski, ki vplivajo na pitje alkoholnih pijač (Ministrstvo za zdravje

2008, 12).

4.2.5 AP v Sloveniji

Alkohol v Sloveniji sodi med ključne javno zdravstvene probleme, pri čemer Slovenija »bolj kot po povprečni porabi alkohola odstopa v negativnem smislu od povprečja EU po škodljivih učinkih alkohola« (Bajt v Žoldoš 2009, 16). Slovenija tako kot ostale države članice EU skuša slediti **Evropskemu akcijskemu programu za varnost v cestnem prometu**, ki poudarja potrebo po skladni zakonodaji v vseh državah članicah. Registrirana poraba čistega alkohola se v Sloveniji počasi zmanjšuje. Največ alkohola zaužijemo z vinom, povečuje pa se delež alkohola, zaužitega z žganimi pijačami. »S porabo 8,8 L na osebo smo bili leta 2005 pod povprečjem držav EU« (Kovše in Nadrag v Žoldoš 2009, 16). Zaskrbljujoči pa so naslednji statistični podatki: vedno manj je tistih mladostnikov, ki še nikoli niso uživali alkoholnih pijač; približno četrtnina vseh smrti pri mladih od 15. do 29. leta starosti je povezana z alkoholom (prometne nesreče, samomori idr.) itd. »V prihodnjih letih je zato potrebno izboljšati nadzor tega pomembnega javno zdravstvenega problema tudi z boljšim povezovanjem med različnimi resorji in strokami tudi na lokalni ravni. Dodatno pozornost bo treba nameniti aktivnostim, ki so usmerjene v preprečevanje škodljivih učinkov alkohola med mladimi in v prometu« (Ministrstvo za zdravje 2007, 4).

Poleg popolne prepovedi oglaševanja alkoholnih pijač bo potrebno zagotoviti tudi to, da bodo potencialni partnerji, predvsem zdravstveni delavci in nevladne organizacije (angl. »*not-for-profit organization*« - v nadaljevanju: NPO), lahko bolj učinkovito sodelovali pri zmanjševanju škodljivih učinkov alkohola. **V pripravi je akcijski načrt, s katerim bo država skušala spodbuditi nastanek širše civilne pobude ali koalicije na tem področju z namenom zagovorništva učinkovitejših ukrepov za omejitev škodljivih učinkov alkohola, zlasti med mladimi** (Ministrstvo za zdravje 2007). Z vstopom v EU so se za Slovenijo možnosti za obvladovanje tega problema izboljšale predvsem z vidika pretoka informacij, izmenjave izkušenj in opozarjanja na problem, ki kljub razlikam med državami zahteva podobne rešitve.

Poraba alkohola in zasvojenost z alkoholom

Če upoštevamo v Sloveniji zgolj prebivalce, starejše od 15 let, je bila poraba alkohola v letu 2005 10,3 L na prebivalca (v letu 2004 13,7 L). Delež čistega alkohola popitega z vinom je 49,7%, pivom 40,1% in žganimi pijačami 10,1%. Natančnejši obseg neregistrirane proizvodnje alkohola sicer ni znan, vendar je ocenjen na 5 do 7 L čistega alkohola na leto na prebivalca, starejšega od 15 let (Ministrstvo za zdravje 2011A, 1).

Zdravljenje zasvojenosti z alkoholom ima kot program znotraj nacionalnega zdravstvenega sistema okoli 40 let tradicije. Program zdravljenja se med drugim izvaja v 5 psihiatričnih bolnišnicah, obstajajo pa tudi številna društva AA, ki pomagajo alkoholikom oz. nekdanjim alkoholikom s svetovanjem in motiviranjem. Društev oz. klubov (o)zdravljenih alkoholikov je po nekaterih ocenah v Sloveniji približno 100. V poznih 70. letih so se v Sloveniji pod vodstvom psihiatra dr. Janeza Ruglja začeli razvijati nekateri sodobnejši terapevtski programi zdravljenja alkoholizma, ki so temeljili na delu znanega hrvaškega psihiatra dr. Vladimira Hudolina (Ministrstvo za zdravje 2011A).

Ekonomski stroški, omejevanje porabe alkohola in preprečevanje škodljivih učinkov alkohola

»Ocenjeni stroškičasne odsotnosti z dela, ki temeljijo na povprečni bruto plači, so v letu 2004 znašali 3,5 mio EUR« (Ministrstvo za zdravje 2011A, 3). Po nekaterih ocenah naj bi bila polovica slovenskih družin vpletena v proizvodnjo alkoholnih pijač (zlasti vina ali žganih pijač), pri čemer gre v večini primerov za nelegalno proizvodnjo alkoholnih pijač. **V Sloveniji je dokaj trdno zakoreninjeno razmišljanje, da uživanje alkohola in popivanje nista nič nenavadnega** (Ministrstvo za zdravje 2011A, 3). Bolj nenavadno je v naši državi biti abstinent, zaradi česar je omejevanje porabe in preprečevanje škodljivih učinkov alkohola toliko težje izvedljivo.

*Od leta 2003 je v Sloveniji v veljavi **Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA)**, ki določa ukrepe in načine omejevanja porabe alkohola ter ukrepe za preprečevanje škodljivih učinkov alkohola. Kljub strožji zakonodaji, na podlagi sprememb in*

dopolnitev Zakona o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS), je od leta 2002 dalje v Sloveniji oglaševanje alkoholnih pijač (piva in vina), znova dovoljeno. Zakon o medijih (ZMed) namreč določa, da je oglaševanje alkoholnih pijač prek medijev prepovedano, razen če je z zakonom določeno drugače (Ministrstvo za zdravje 2011A, 3).

V Sloveniji že vrsto let poteka pilotski projekt Evropska mreža zdravih šol (angl. »*The European Network of Health Promoting Schools*«), ki je nastal kot strateški projekt pod okriljem Evropskega regionalnega urada WHO, Sveta Evrope in Evropske komisije. IVZ sodeluje pri periodični mednarodni evropski raziskavi ESPAD in raziskavi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju HBSC (angl. »*Health Behaviour in School-aged Children*«). Leta 1998 je Vlada RS ustanovila Svet RS za preventivno in vzgojo v cestnem prometu, ki izvaja številne aktivnosti s področja varnosti v cestnem prometu, zlasti pa akcije in programe namenjene prometni vzgoji otrok in mladostnikov, najšibkejših skupin udeležencev, ter akcije, ki opozarjajo na najpomembnejše dejavnike tveganja v prometu (Ministrstvo za zdravje 2011A).

4.3 Oblikovanje, implementacija, evalvacija in monitoring AP

Dandanes se družba spreminja hitreje kot v preteklosti. Preučevanje družbe se ne navezuje le na preučevanje družbene ureditve in razumevanje strukturalnih razmerij, temveč obsega tudi preučevanje družbene dinamike (angl. »*social dynamics*«), torej družbenih sprememb.

Nesporno dejstvo je, da družbeni sistemi niso statični. Nasprotno, »dinamika je inherentna vsakemu sistemu, ki obstaja v času in prostoru in na splošno pomeni osciliranje, transformiranje, modificiranje obstoječih oblik, torej spremembo stanja« (Klanjšek 2005, 3). To morajo upoštevati tudi snovalci celovitih in učinkovitih AP pri oblikovanju, implementaciji (izvedbi), evalvaciji (ocenitev, ovrednotenje) in monitoringu (nadzoru) AP. Slednje je precej zahtevna naloga, kateri marsikateri snovalci AP niso kos in AP pogostokrat ne uspejo prilagajati aktualnim spremembam, tudi v smislu sprememb

življenjskega sloga posameznika. Zato je pri tem potreben pristop, ki upošteva lekcije iz preteklosti in skuša odgovoriti na izzive sedanjosti. Pri tem je na ravni posamezne države potrebno preučiti in upoštevati predvsem naslednje (International Center for Alcohol Policy 2011):

- kulturni kontekst (religijo, vzorce pitja, norme in pričakovanja glede pitja alkoholnih pijač itd.);
- obstoječe politike (gre za usklajenost in konsistentnost AP z obstoječimi ukrepi v državi, ki že imajo vpliv na škodljive učinke alkohola. Sem sodi tudi delovanje NPO. Pri tem je potrebno določiti prioritete posamezne države in se izogniti splošno znanim neučinkovitim ukrepom);
- prepoznavanje škodljivih učinkov alkohola (opredelitev in prepoznavanje negativnih posledic alkohola);
- partnerstvo (izgradnja vezi med različnimi deležniki, ki delujejo na področju alkohola);
- sodelovanje javnosti;
- jasno zastavljene cilje (določitev jasnih, merljivih in dosegljivih ciljev);
- strategijo (oblikovanje strategij vključno z akcijskimi načrti, časovnicami, ciljnim skupinami, finančnimi prilivi in odlivi itd.);
- implementacijo (opredelitev mehanizmov za izvedbo akcijskega načrta);
- evalvacijo dosežkov (opredelitev metodologije za vrednotenje dosežkov);
- povratne informacije (opredelitev načina poročanja o ne/doseženih ciljih).

4.4 Koncept celovite in učinkovite AP

Eden izmed osnovnih pogojev za celovito in učinkovito AP je njena ustrezna opredelitev, kar pomeni, da (International Center for Alcohol Policy 2011):

- je v prid uživalcem alkohola, abstinentom, državam, staršem, alkoholni industriji in družbi kot celoti;

- je rezultat konsenza strokovnjakov s področja javnega zdravja, kulturne sprejemljivosti, poznavanja dobrih praks in znanstvenih dokazov;
- temelji na obstoječih paradigmah in vključuje tiste vidike poznanih strategij, ki so bili spoznani kot uspešni in prenosljivi;
- je rezultat partnerstva med različnimi deležniki, ki delujejo na področju alkohola (med vlado, strokovnjaki s področja javnega zdravja, NPO, zainteresirano javnostjo, predstavniki alkoholne industrije);
- je v skladu s prioritetami posamezne države;
- zahteva konsenz med mnenjskimi voditelji in preučitev obstoječih politik v posamezni državi;
- si prizadeva maksimizirati normalno uživanje alkohola in zatreti ali vsaj minimalizirati deviantno uživanje alkohola;
- vključuje edukativne pristope glede škodljivih učinkov alkohola in integracije vzorca normalnega uživanja alkohola v življenjski stil posameznika.

4.5 Močan vpliv interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije na oblikovanje, izvajanje in evalvacijo AP

Interesna skupina je »organizacija, katere člani izvajajo pritisk na vlado, vladne uradnike in institucije z namenom, da uresničijo cilje in želje organizacije« (Warner v Žagar 2009, 7). **Interesne skupine na področju alkohola in alkoholni lobiji so že od nekdaj imeli velik vpliv na porabo alkohola.** Poleg tega, da je imela cerkev vlogo začetnika alkoholne industrije (v samostanih so bile prve pivovarne in patri so prvi izdelovali likerje), je bila tudi ena prvih interesnih skupin na področju alkohola.

Cerkev ima nekaj neobičajnih lastnosti za interesno skupino - sama trdi, da je njen nauk univerzalen, verniki pa jo (običajno) priznavajo kot najvišjo moralno avtoriteto. V odnosih z državo je najbolj občutljivo področje izobraževanja, saj cerkev v svojih šolah izvaja socializacijo otrok, dijakov in študentov s svojim vrednotnim sistemom in jih uči morale. Ta področja so ostale interesne skupine prepustile državi (Žagar 2009, 7).

Cerkev je bila ena prvih interesnih skupin na področju alkohola v smislu (Peele in Brodsky 1996):

- njene promocije vina z navajanjem le-tega v Svetem pismu stare in nove zaveze;
- njene promocije vina preko različnih verskih obredov že od stare Babilonije naprej (posvečenje kruha in vina itd.);
- njenega nekritičnega pogleda na alkohol in uživanja le-tega pri obredih;
- njene ključne vloge pri oživitvi vinogradništva v srednjem veku (s padcem rimskega cesarstva je namreč slednje povsem zamrlo).

Danes je vpliv interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije bistveno širši, pri čemer le-te izrazito vplivajo na oblikovanje in izvajanje AP. Vpliv je npr. razviden v tem, da:

- je alkohol v EU obravnavan kot široko dostopno potrošniško (komercialno) blago in posledično nad njim ni nadzora nad prometom, čeprav povzroči toliko prezgodnjih smrti, izgub in siceršnjih škodljivih učinkov alkohola;
- EU letno nameni iz proračunskih sredstev subvencijo za proizvodnjo vina v višini 1,5 mrd EUR;
- je v večini držav EU dovoljeno oglaševanje alkoholnih pijač (z večjimi in manjšimi omejitvami);
- ima večina držav v EU neznatne trošarine na vino ali pa jih sploh nima;
- nekatere države v EU še vedno nimajo strategije in akcijskega načrta na področju zmanjševanja škodljivih učinkov alkohola;
- imajo alkoholni lobiji v državah EU pomembno vlogo pri snovanju AP;
- v nekaterih državah EU ocena povprečne letne porabe alkohola na prebivalca temelji zgolj na podlagi podatkov alkoholne industrije.

Kot posledica močnega vpliva interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije je v nekaterih državah EU prisotna nezavzetost oz. pasiven odnos do reševanja problematike škodljivih učinkov alkohola. Lahko rečemo, da v teh državah ekonomski interesi prevladujejo nad ostalimi. **Posledica odsotne ali neustrezne strategije oz. akcijskega načrta so pogostokrat kontradiktorni nacionalni ukrepi za zmanjšanje**

škodljivih učinkov alkohola. To npr. pomeni, da znotraj istih držav nekatera ministrstva (npr. ministrstva za kmetijstvo) močno ščitijo interese vinogradnikov, pivovarjev in žganjarn, druga ministrstva (praviloma ministrstva za zdravje) pa ščitijo državljane pred škodljivimi učinki alkohola (Anderson in Baumberg 2006).

Kolizijo interesov je moč zaznati predvsem v smislu ohlapnih omejitev glede alkohola kljub grozljivim škodljivim učinkom alkohola (Österberg in Karlsson 2002). Tako imata npr. Velika Britanija in Irska, kljub zanju značilnem množičnem popivanju, v okviru omejitev vožnje pod vplivom alkohola, najvišjo zgornjo dovoljeno mejo BAC v EU in sicer 0,8%. Prav tako je za Veliko Britanijo značilno, da kaznivo dejanje storjeno pod vplivom alkohola pogostokrat enostavno legitimirajo in legalizirajo, čeprav na splošno gledajo na pitje alkoholnih pijač z negativnega vidika. Tudi v Sloveniji so bili leta 2002 oz. 2003 uvedeni kontradiktorni nacionalni ukrepi za zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola – od leta 2002 je namreč znova dovoljeno oglaševanje alkoholnih pijač (piva in vina), leta 2003 pa je stopila v veljavo precej strožja zakonodaja na področju uživanja alkohola. **V osnovni koncept celovitih in učinkovitih AP zato nujno sodi zmanjšanje pritiska različnih interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije.**

4.6 Strogost AP v EU-15

Države v EU imajo številne zakone in politike, ki obravnavajo alkohol drugače od ostalega blaga, s katerim se trguje na njenem ozemlju (Simpura in Karlsson, 2001). **Kljub splošni razširjenosti AP malo manj kot polovica držav EU (tudi Slovenija) še vedno nima akcijskega načrta ali usklajevalnega telesa za področje alkohola.** Vse države poznajo omejitve vožnje pod vplivom alkohola (Oberlé in drugi 1998).

Prodaja alkohola je na splošno omejena v večini držav EU, redko z maloprodajnimi monopoli in bolj pogosto z licencami za prodajo alkohola. Več kot tretjina držav omejuje tudi čas prodaje, medtem ko omejitve dni prodaje ali gostote prodajaln na drobno pozna le malo držav. Vse države v EU prepovedujejo prodajo alkohola mladim pod določeno starostjo v barih in točilnicah. Uzakonjena starostna omejitev dostopnosti

do alkohola (angl. »minimum legal drinking age« - v nadaljevanju: MLDA) je v Evropi različna, v severni Evropi večinoma 18 let in v južni Evropi 16 let (Anderson in Baumberg 2006A, 11) (glej Tabela 4.1.).

Tabela 4.1: MLDA v EU-15 (brez Luksemburga) in na Norveškem v letu 2002.

	Država	Prodaja v gostinskih lokalih			Prodaja izven gostinskih lokalov		
		pivo	vino	žgane pijače	pivo	vino	žgane pijače
1.	Finska	18	18	20	18	18	18
2.	Norveška	18	18	20	18	18	20
3.	Švedska	18	20	20	18	18	18
4.	Avstrija	16	16	18	16	16	18
5.	Belgija			18	16	16	18
6.	Grčija			18			18
7.	Irska	18	18	18	18	18	18
8.	Nemčija	16	16	18	16	16	18
9.	Nizozemska	16	16	18	16	16	18
10.	Vel. Britanija	18	18	18	16	16	18
11.	Francija	16	16	16	16	16	16
12.	Italija	16	16	16	16	16	16
13.	Španija	16	16	16	16	16	16
14.	Danska	15	15	15	18	18	18
15.	Portugalska				16	16	16

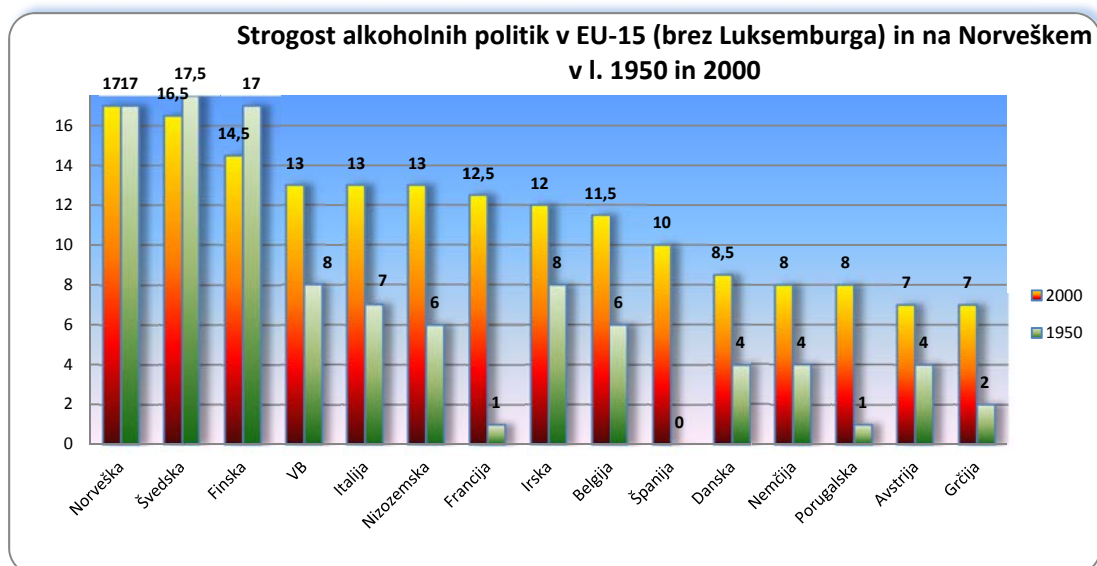
Vir: Keber v Vidmar 2002, 30).

Oglaševanje alkohola se omejuje različno strogo. »V več kot polovici držav EU veljajo pravne omejitve za oglase za pivo, vključno s popolno prepovedjo v 5 državah EU; to število se povzpne na 14 držav EU, ko gre za prepoved oglaševanja žganih pijač. Za panoje in tiskane medije velja manj predpisov« (Anderson in Baumberg 2006A, 11). Sponzoriranje športa s strani alkoholne industrije pozna najmanj omejitev, saj ima samo 7 držav EU tovrstne omejitve. Obdavčenje alkoholnih pijač je nadaljnja dosledna značilnost evropskih držav, čeprav so stopnje v državah zelo različne. **Tako je npr. vino v EU-15 malo obdavčeno ali pa sploh ni obdavčeno** (Karlsson in Östenberg 2006).

Ko različne AP združimo v eno lestvico, najdemo **najstrožje AP v severni Evropi in najmanj stroge AP v južni Evropi in v delih srednje in vzhodne Evrope** (Karlsson in Östenberg 2006). Ocenjeni so bili naslednji ukrepi: nadzor proizvodnje in veleprodaje alkoholnih pijač; MLDA; zgornja dovoljena meja BAC; višina trošarin na alkohol; nadzor maloprodaje alkoholnih pijač; nadzor oglaševanja alkoholnih pijač in siceršnja organiziranost javnozdravstvene politike (Karlsson in Östenberg 2006). Države članice

EU-15 (z izjemo Švedske in Finske) so od leta 1950 do leta 2000 izrazito poostrele ukrepe za zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola (Österberg in Karlsson 2002) (glej Sliko 4.1). Torej se danes strogost AP v EU precej razlikuje od tiste, ki smo jo videli pred 50 leti, saj so se države v strogosti številnih ukrepov znotraj AP dokaj poenotile. To je očitno zlasti pri ukrepih za omejitev vožnje pod vplivom alkohola, saj imajo vse države zakonsko predpisano zgornjo dopustno mejo alkohola v krvi (Karlsson in Östenberg 2006).

Slika 4.1: Strogost AP v EU-15 (brez Luksemburga) in na Norveškem v letu 1950 in 2000.



Vir: Österberg in Karlsson 2002, 435-437.

S Slike 4.1 je razvidno, da so imele v letu 1950 najstrožjo AP Švedska (17,5 točk), Norveška (17 točk) in Finska (17 točk), najmanj stroge AP pa Španija (0 točk), Francija (1 točka) in Portugalska (1 točka). S Slike 4.1 je razvidno, da so imele v letu 2000 najstrožjo AP Norveška (17 točk), Švedska (16,5 točk) in Finska (14,5 točk), najmanj stroge AP pa Grčija (7 točk), Avstrija (7 točk) in Portugalska (8 točk). Ne glede na to, da imajo najstrožje AP še vedno skandinavske države Norveška, Švedska in Finska, so razvidne bistveno manjše razlike v strogosti AP v letu 2000 glede na leto 1950.

4.7 Evalvacija AP v EU-15

Pojem evalvacija lahko opredelimo kot »objektivno, sistematično in empirično raziskavo učinkov javne politike in programov na njihove ciljne skupine glede na, v javni politiki ali programu zastavljene cilje« (Nachimias v Nenadič 2005, 4). V okviru družboslovnih znanosti »evalvacija zajema predvsem sistematično uporabo postopkov, metodologij in pristopov družboslovnega raziskovanja, z namenom ocenjevanja ideje, načrta, izvedbe, rezultatov in učinkov javnih družbenih programov« (Rossi in Freeman v Kumar 2009, 13).

4.7.1 Večja učinkovitost neformalne kot formalne socialne kontrole ter dramatične razlike v neformalnih socialnih normah

Socialna kontrola je v tesni povezavi z deviantnostjo. V vsaki družbi je namreč nujno potrebno sankcioniranje nekaterih oblik deviantnosti (»napačnih« početij), kar naj bi zagotavljalo družbeni red. Socialna kontrola je edina oblika socialnega vpliva, s katerim ugotavljamo, ali podrejeni socialni subjekti delujejo v okviru pričakovanj, ki jih definira ali reprezentira nosilec socialne moči (Nastran – Ule 2005). »Socialna kontrola se v ožjem smislu nanaša na vse, kar družba ocenjuje kot deviantno, problematično, vse kar se klasificira kot kriminal, delinkvenca, nemoralnost itd.« (Cohen v Vidmar 2002, 36). Ločimo neformalno in formalno socialno kontrolo. Neformalna socialna kontrola je medosebna, spontana, manj represivna ali tudi samokontrolna, samousmerjevalna. Značilnost formalne socialne kontrole pa je, da je institucionalna, bolj namenska, represivna, legalizirana in manj individualizirana (Haralambos in Holborn 2008).

Kritiki formalne socialne kontrole poudarjajo njeno pogosto operativno neuspešnost, vsaj kar zadeva vložena sredstva (Haralambos in Holborn 2008). S pojmom formalna socialna kontrola mislimo na javno politiko, ki je opredeljena kot »sistem zakonov, regulativnih ukrepov, načinov delovanja, financiranja in prednostnih nalog, določenih s strani oblasti, ki se navezujejo na konkretno problematiko (Kilpatrick 2000). Neformalna socialna kontrola je praviloma uspešnejša tam, kjer obstajajo dovolj močne socialne vezi med

ljudmi, formalna socialna kontrola pa tam, kjer so odnosi bolj ritualizirani, podvrženi abstraktnim normam, hierarhični. Značilno je, da moderna družba proizvaja vedno bolj razsrediščene in individualizirane subjekte. Tradicionalne institucije in metode formalne socialne kontrole tu dostikrat povsem odpovedo. Prav oblike neformalne socialne kontrole so kot ustvarjene za mehko in vendar učinkovito kontrolo oseb, ki se ne znajdejo preveč dobro v položaju med normalnostjo in nenormalnostjo (Haralambos in Holborn 2008). **Večina dosedanjih raziskav je pokazala, da je neformalna socialna kontrola bistveno učinkovitejša. Pri njej gre predvsem za posameznikova lastna načela (samokontrolo), ki so posledica vpliva družine, šole, vrstnikov, množičnih medijev itd. (Rivers 1994).**

Temeljno vlogo pri formalni socialne kontrole tudi v smislu alkoholne kontrolne politike imata policija in sodišče. Najbolj znani ukrepi alkoholne kontrolne politike pa so: regulacija cen alkoholnih pijač (trošarine); regulacija oglaševanja povezanega z alkoholnimi pijačami (npr. omejitev oglaševanja v množičnih medijih); regulacija prodaje alkoholnih pijač (MLDA, omejitev po dnevih in urah); regulacija varnosti v prometu (zakonsko določena zgornja meja dovoljene BAC), regulacija produkcije in trgovanja z alkoholnimi pijačami (varnostni standardi, dovoljenja, certifikati, subvencije, prohibicija) (Rivers 1994). Ironično je, da v državah, kjer gledajo na pitje alkoholnih pijač z negativnega vidika (npr. v Veliki Britaniji), kaznivo dejanje storjeno pod vplivom alkohola pogostokrat legitimirajo in legalizirajo. **»Prav pričakovanja družbe so tista, ki ne le oblikujejo vedenje povezano s pitjem, temveč omogočajo racionalizacijo dejanj storjenih pod vplivom alkohola«** (Gusfield v Vidmar 2002, 30). Nasprotno pa v družbah, kjer gledajo na pitje alkoholnih pijač bolj s pozitivnega vidika (npr. v Italiji), je kaznivo dejanje storjeno pod vplivom alkohola še bolj obsojanja vredno in ne opravičuje storilca (Allamani in Prina 2007). Alkohol v tem pogledu ne legitimira iracionalnih dejanj in nasilja.

Kar zadeva MLDA sta tako definicija mladoletnosti kot tudi vrsta omejitve uživanja alkohola različni. Za ambivalentne kulture pitja alkoholnih pijač so značilne stroge in neizprosne omejitve, saj velja nekje celo prepoved pitja alkoholnih pijač v prisotnosti

otrok. V permisivnih-integriranih kulturah pitja alkoholnih pijač so pravila bolj popustljiva. »Že majhnim otrokom dajejo piti razredčeno vino ali kocke namočene v liker« (Nahoum-Grape v Vidmar 2002, 30).

*Dramatične razlike v neformalnih socialnih normah niso zgolj posledica različnih vidikov v vzgoji otrok, temveč tudi odraz rigidnih omejitev v ambivalentnih kulturah in bolj permisivne prakse v permisivnih-integriranih kulturah pitja alkoholnih pijač. V nasprotju s tem se je formalna socialna kontrola izkazala kot manj učinkovita. Skrajni in nekdanj zelo popularen primer formalne socialne kontrole je **popolna prohibicija alkohola** (zakonska prepoved proizvodnje in prodaje alkoholnih pijač), ki je ena od oblik direktne regulacije in hkrati dolgoročno gledano izjemno neuspešen pristop za zmanjševanje porabe alkohola in škodljivih učinkov alkohola. Izkazalo se je, da je »slajši prepovedani sadež, ne pa tisti, ki pade v roke sam (Heath 1995, 332-333).*

4.7.2 Skandinavski vs. sredozemski model AP

Ne glede na to, da poznamo številne paradigme AP, v EU najbolj izstopata 2 modela AP: skandinavski in sredozemski model AP. Osnovna značilnost skandinavskega modela AP je mistifikacija alkohola in stroga formalna socialna kontrola v smislu alkoholne kontrolne politike. Pravo nasprotje temu je sredozemski model AP s spoštljivim odnosom do alkohola, blago formalno socialno kontrolo (v smislu alkoholne kontrolne politike), vendar intenzivno in učinkovito neformalno socialno kontrolo (v smislu neformalne alkoholne kontrole). Vzorci pitja alkoholnih pijač v sredozemskih državah kažejo močno usmerjenost k samonadzoru. Čeprav sredozemska kultura pitja alkoholnih pijač prevzema čedalje bolj odprte modele uživanja alkohola, se zdi, da deluje kot uravnavna sila na vzorce, ki nastajajo med novimi generacijami (Peele in Brodsky 1996).

Skandinavski model AP se je v preteklosti izkazal kot neuspešen v smislu oblikovanja ustrezne kulture pitja alkoholnih pijač, ki je sicer značilna za sredozemske države s celostno AP. Tu je mišljena ustrezna vzgoja posameznikov glede uživanja alkohola že od malih nog dalje in »vcepljeni« samoregulativni mehanizmi na področju uživanja alkohola

(Vingilis in drugi 1998). **Prav na podlagi neformalne socialne kontrole posamezniki internalizirajo družbene norme in kulturo.** To se zgodi v okviru procesa primarne in sekundarne socializacije. V procesu primarne socializacije, ki vključuje ponotranjenje kulture družbe in strukturiranje osebnosti naj bi imela najpomembnejšo vlogo družina (Haralambos in Holborn 2008).

Do sekundarne socializacije prihaja kasneje, ko imajo na posameznika vpliv predvsem vrstniki in šola (Haralambos in Holborn 2008). Javno ozaveščenost glede problemov in tveganj, povezanih z deviantnim uživanjem alkohola je potrebno namreč stalno razvijati. **Spoznavanje družbene vloge uživanja alkohola v času odraščanja v družini naj bi bil odločilni dejavnik v posameznikovi karieri uživanja alkohola.** To posameznikom omogoči, da prevzamejo sistem vrednot in neformalnih družbenih sankcij (pozitivnih ali negativnih), ki so uravnavale ne samo uporabo alkoholnih pijač, temveč tudi zlorabo. Učenje pravil uživanja alkohola in druženja, ki je potekalo v družinskem okolju, je bila koristna referenčna točka tudi za člane starejše starostne skupine. Čeprav npr. mlajši ponekod prevzamejo modele prekomerne uporabe alkohola, ki za sredozemsko kulturo niso značilni (nanje so vplivali mednarodni modeli uporabe alkohola - akulturacija), so se od prejšnjih generacij (očetov in starih očetov) naučili tradicionalnih pravil in vseh relevantnih mehanizmov nadzora nad uživanjem alkohola. Te »ponotranjene« referenčne točke »pridejo na površje« in jih usmerjajo pri izbiri, ko so se znašli v različnih obdobjih življenja (Wagenaar in Toomey 2000). **V tem pogledu je jasna ključna vloga »samonadzora«, kot pridobljene sposobnosti, ki omogoča razlikovanje med ustreznim in neustreznim uživanjem alkohola.**

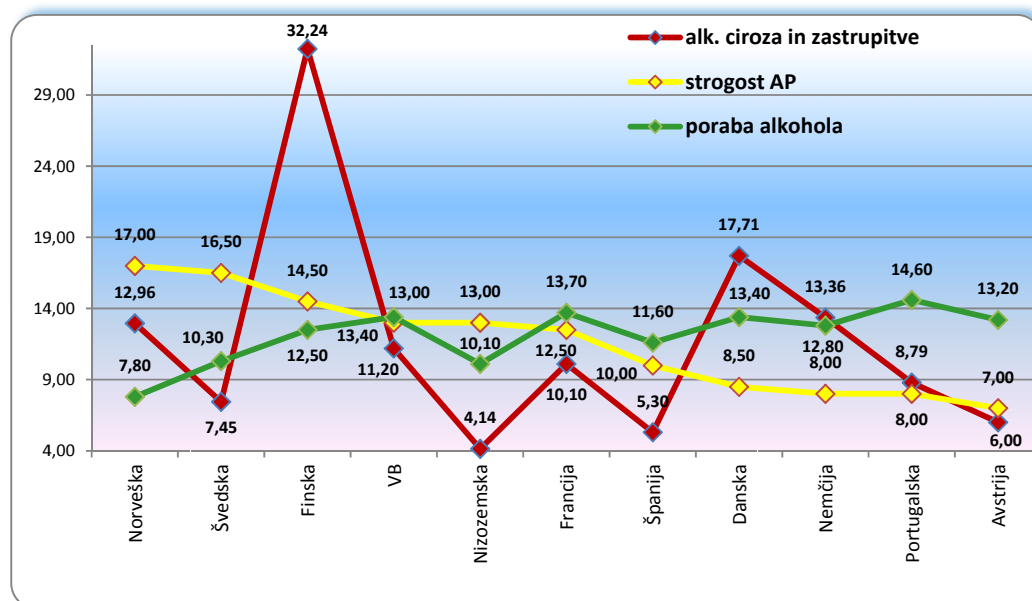
Ne glede na to, da na škodljive učinke alkohola poleg AP vplivajo splošne kulturne spremembe, ustrezná strategija z dobro preišljenimi in konkretnimi cilji, terminskimi plani in mehanizmi, je jasno, da je **sredozemski model AP učinkovitejši od skandinavskega** (Karlsson in Östenberg 2001). O tem pričajo podatki glede pogostosti popivanja, števila alkoholnih ciroz jeter, zastrupitev, števila samomorov itd. Tu predstavlja izjemo podatek o številu prometnih nesreč s smrtnim izidom – z nizkim številom nesreč v skandinavskih državah, vendar je pri tem potrebno upoštevati dejstvo,

da ta podatek zajema vse prometne nesreče s smrtnim izidom in ne le tiste, ki vključujejo alkohol, saj je le-te v mnogih državah težko pridobiti (Karlsson in Östenberg 2001).

4.7.3 Težavnost evalviranja AP

V magistrskem delu smo doslej skušali pojasniti, zakaj je evalvacija AP tako delikatna - »spekter evalvacijskega področja je bolj na široko zastavljen, kot na prvi pogled« (Kumar 2009, 13). Pri evalvaciji AP, pri kateri gre tako kot pri drugih evalvacijah za preverjanje vzročnosti ali povezanosti rezultatov javne politike ali programov ter zastavljenih ciljev, so zaradi mnoštva dejavnikov, ki vplivajo na škodljive učinke alkohola, na oblikovanje, implementacijo, evalvacijo in monitoring AP, možne napačne interpretacije. Ena od pogostih napak pri evalviranju dosežkov AP je enačenje učinkovitosti AP s strogostjo AP in nizko porabo alkohola. Da slednje ne drži, je razvidno iz spodnje slike (glej Sliko 4.2), kjer so navedeni podatki o strogosti AP, porabi alkohola in škodljivih učinkih alkohola (uporabili smo temeljna kazalnika škodljivih učinkov alkohola - alkoholno cirozo in zastrupitve).

Slika 4.2: Razmerje med strogostjo AP, porabo alkohola, alkoholno cirozo in zastrupitvami v EU-15 (brez Belgije, Luksemburga, Italije, Grčije in Irske) in na Norveškem v letu 2000.

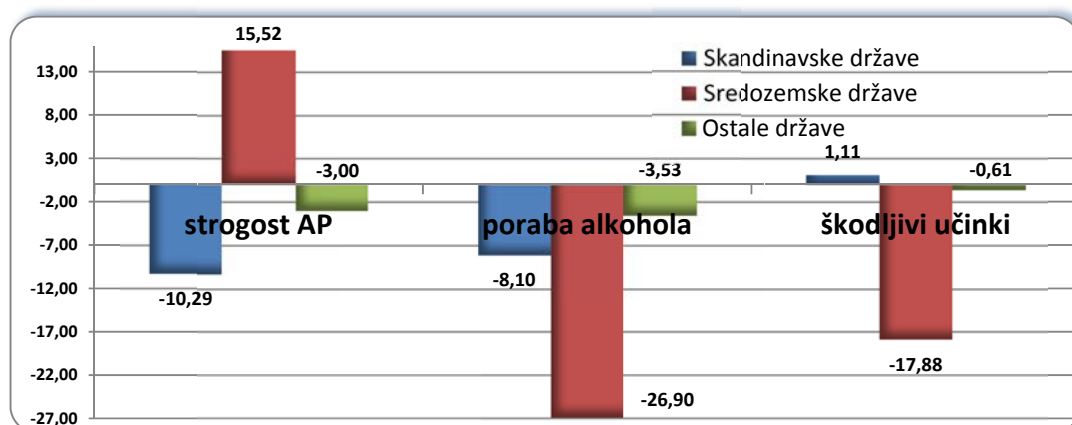


Vir: World Health Organization 2011; Karlsson in Österberg 2001.

Razvidno je, da med strogostjo AP, porabo alkohola in škodljivimi učinki alkohola ni statistično značilne korelacije. Tako ima npr. Finska ob strogi AP (ocena 14,50) enormno število alkoholnih ciroz in zastrupitev (32,24) in Avstrija ob več kot dvakrat manj strogi AP (7,00) več kot 5 krat manjše število alkoholnih ciroz in zastrupitev (6,00). Je pa očitna korelacija med strogostjo AP in porabo alkohola – bolj kot je stroga AP, manjša je poraba alkohola.

O kompleksnosti problematike škodljivih učinkov alkohola in o tem, da determinante škodljivih učinkov alkohola nikakor niso odvisne zgolj od strogosti AP in porabe alkohola, pričajo podatki o spremembah strogosti AP, porabi alkohola in škodljivih učinkih alkohola (uporabili smo kazalnik cirozo jeter) v EU-15 v letu 1990 in 2000 (glej Sliko 4.3). Analizirane države smo zaradi večje preglednosti razdelili v 3 skupine: skandinavske (Danska, Norveška, Švedska in Finska), sredozemske (Francija, Portugalska in Španija) in ostale države (Avstrija, Nizozemska in Velika Britanija).

Slika 4.3: Spremembe (v %) v strogosti AP, porabi alkohola in škodljivih učinkih alkohola v EU-15 (brez Nemčije, Belgije, Luksemburga, Italije, Grčije in Irske) in na Norveškem od leta 1990 do 2000.



Vir: Karlsson in Österberg 2001; Rehn in drugi 2001; World Health Organization 2011.

Legenda:

Skandinavske države: Danska, Norveška, Švedska in Finska.

Sredozemske države: Francija, Portugalska in Španija.

Ostale države: Avstrija, Nizozemska in Velika Britanija.

V Skandinavskih državah je bilo ob manjši strogosti AP (za 10,29%) in manjši porabi alkohola (za 8,10%) v letu 2000 v primerjavi z letom 1990 več škodljivih učinkov alkohola (za 1,11%). V sredozemskih državah je bilo ob večji strogosti AP (za 15,52%) in manjši porabi alkohola (za 26,90%) v letu 2000 v primerjavi z letom 1990 manj škodljivih učinkov alkohola (za 17,88%). V ostalih državah je bilo ob manjši strogosti AP (za 3%) in manjši porabi alkohola (za 3,53%) v letu 2000 v primerjavi z letom 1990 manj škodljivih učinkov alkohola (za 0,61%).

4.7.4 Skupina učinkovitih in neučinkovitih ukrepov znotraj AP v EU-15

V izogib napačnim intrerpretacijam učinkovitosti AP, je bolj smotrno evalvirati AP v smislu konkretnih ukrepov (npr. kontrola BAC z alkotestom) ali skupin ukrepov znotraj AP (npr. ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola) kot pa AP kot celote.

a.) V skupino učinkovitih ukrepov znotraj AP sodijo predvsem naslednje skupine ukrepov (Anderson in Baumberg 2006A, 8-10):

Ukrepi na področju vožnje pod vplivom alkohola

V vseh evropskih državah veljajo **omejitve glede vožnje pod vplivom alkohola**. Najnižja dovoljena stopnja (0,2 promila) velja na Švedskem, najvišja dovoljeno stopnjo (0,8 promila) pa na Irskem, v Luksemburgu in v Veliki Britaniji. »Vse ostale države EU imajo dovoljenih 0,5 promilov alkohola v krvi« (Harkin in drugi 1995, 81) (glej Tabelo 4.2).

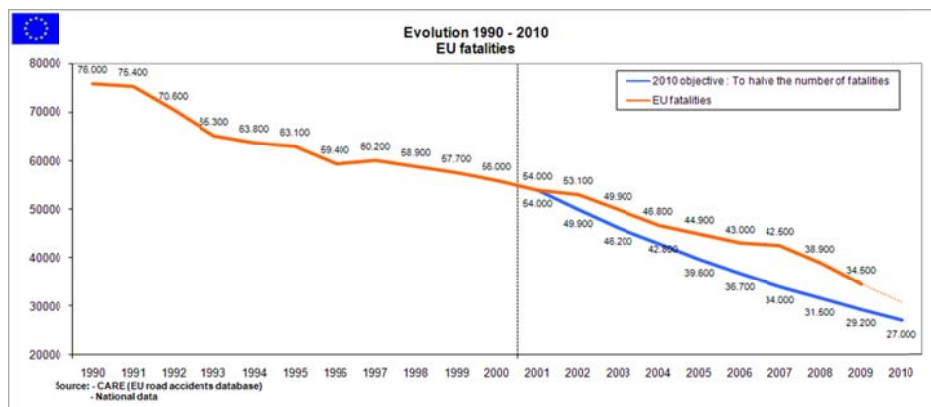
Tabela 4.2: Zgornja dovoljena meja BAC v EU-15.

Država	Zgornja dovoljena meja koncentracije alkohola v izdihanem zraku (v g/L) (angl. »Standard BAC limit«)
Irska	0,8
Luksemburg	0,8
Velika Britanija	0,8
Avstrija	0,5
Belgija	0,5
Danska	0,5
Finska	0,5
Francija	0,5
Nemčija	0,5
Grčija	0,5
Italija	0,5
Nizozemska	0,5
Portugalska	0,5
Španija	0,5
Švedska	0,2

Vir: European Commission 2011.

Ukrepi glede vožnje pod vplivom alkohola (naključen preizkus s pihanjem, znižanje ravni dovoljene BAC, odvzem vozniškega dovoljenja in nižje dovoljene ravni koncentracije alkohola v krvi za mlade voznike) so visoko učinkoviti (European Commission 2011A). Slednje je razvidno tudi iz spodnje slike (glej Sliko 4.4), ki kaže na to, da je žrtev prometnih nesreč v EU, ob strožjih ukrepih glede vožnje pod vplivom alkohola, vsako leto nižje. »Iz 76.000 smrtnih žrtev iz leta 1990 se je to število v 20 letih znižalo na 27.000 (zmanjšanje za skoraj 65%)« (Anderson in Baumberg 2006A, 8).

Slika 4.4: Število prometnih nesreč s smrtnim izidom v EU od leta 1990 do leta 2010.



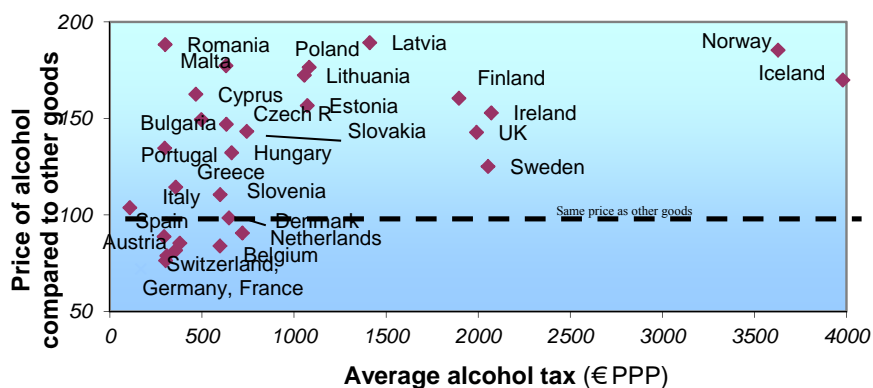
Vir: European Commission 2011A.

Pri WHO so pripravili model izračunavanja vpliva in stroškov uporabe naključnih preizkusov z izdihanim zrakom v primerjavi z odsotnostjo takšnih preizkusov; če tak izračun naredimo za EU, je razvidno, da »se izognemo 111.000 letom nezmožnosti in prezgodnjim smrtim za strošek, ocenjen na 233 mio EUR na leto« (Anderson in Baumberg 2006A, 8).

Trošarine na alkohol in licenciranje

»V EU na področju **obdavčitve** alkoholnih pijač niso začrtana stroga pravila. Zahteva pa se spoštovanje pravila fiskalne nevtralnosti, t.j. zagotovitev enake obdavčitve blaga tako domače proizvodnje kot tudi uvoženega blaga. Stopnje DDV niso predpisane in jih članice EU lahko določajo same« (Vrečar 2003, 31-32). Kljub temu, da naj bi države članice harmonizirale sistem obdavčevanja trošarin z evropsko direktivo, pri določanju stopenj trošarin ostajajo med državami članicami precejšnje razlike. **V državah proizvajalkah vina iz protekcionističnih vzgibov nimajo trošarin na vino, z izjemo Francije, ki ima neznatne.** Najvišje trošarine na alkohol glede na cene ostalih dobrin imajo v skandinavskih državah, v Veliki Britaniji in na Irskem, najnižje pa v sredozemskih državah, v Avstriji, v Nemčiji in v Romuniji (glej Sliko 4.5).

Slika 4.5: Trošarine na alkohol glede na cene ostalih dobrin v Evropi v letu 2003.



Vir: Anderson in Baumberg 2006, 386.

Če ob Sliki 4.5 gledamo še Sliko 3.1 (na strani 20), opazimo, da je posledica visokih trošarin na alkohol nizka poraba alkohola. To ne drži za Irsko in Veliko Britanijo, ki imata kljub visokim trošarinam visoko porabo alkohola (glej Sliko 3.1 in Sliko 4.5).

Zaradi ukinitve meja in mejnih kontrol znotraj EU imajo nesorazmerne stopnje trošarin med sosednjimi državami resne ekonomske učinke na poslovanje na obmejnem območju in na proračun držav, ki obdavčujejo alkohol z višjimi tarifami. Fenomen tihotapljenja cenejšega alkohola čez mejo (npr. med Francijo/VB in Dansko/Nemčijo) naj bi zato po zakonitostih tržnega mehanizma (davčne konkurence) vplival na postopno izenačevanje trošarin na alkohol med sosednjimi državami in tudi sicer znotraj EU (Anderson in Baumberg 2006A, 9).

Za uvoz, pridelavo, prodajo in točenje alkoholnih pijač je v večini evropskih držav obvezna pridobitev **licence**. »Oblasti s politiko podeljevanja licenc uravnavajo gostoto lokalov in lokacij, kjer sta prodaja in točenje alkoholnih pijač dovoljeni, s tem pa tudi dostop do alkoholnih pijač. Skandinavske države (Švedska in Finska) so morale zaradi prostega skupnega trga EU odpraviti državni monopol nad proizvodnjo alkohola« (Simpura v Vrečar 2003, 15).

Omejevanje oglaševanja alkohola

Omejitve oglaševanja alkohola so eden od vzvodov za zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola. Te omejitve so lahko zakonsko določene ali pa so v obliki samoregulative oz. kodeksov oglaševanja, ki jih upoštevajo oglaševalci. Najstrožjo zakonodajo na področju oglaševanja alkohola imajo na Švedskem in Finskem, kjer je skorajda vsakršno oglaševanje prepovedano. Nasprotno s tem skoraj nobenih omejitev ne poznajo v Grčiji in Luksemburgu (Anderson in Baumberg 2006).

*V večini držav veljajo kodeksi in zakonske prepovedi, ki se nanašajo na vrste pijač, na različne medije ter prepovedujejo oglaševanje za mlade. Spremenjena in dopolnjena **Direktiva ES o čezmejni televiziji** je harmonizirala pravila TV kot tudi radijskega oglaševanja alkoholnih pijač, ko je določila minimalne kriterije, po katerih se morajo*

ravnati članice EU. Po tej direktivi oglaševanje ne sme: biti usmerjeno na mladoletnike, še zlasti jih ne sme prikazovati ob uživanju alkohola; povezovati uživanje alkohola s povečanjem fizičnih sposobnosti in z vožnjo avtomobila; ustvariti vtisa, da uživanje alkohola prispeva k socialni ter spolni potrditvi; pripisovati alkoholu zdravilnih in/ali poživilnih in/ali pomirjevalnih učinkov ali da je sredstvo za reševanje osebnih problemov; spodbujati prekomernega uživanja alkohola in prikazovati abstinence v negativni luči; poudarjati, da visoka vsebnost alkohola povečuje kakovost pijač (Harkin v Vrečar 2003, 32).

Velja omeniti še **socialni marketing**, ki je relativno nov pristop namenjen širokemu spektru socialnih problemov, ki se nanašajo na zdravje, okolje in družbeno blaginjo (Anderson in Baumberg 2006). Uporablja podobne pristope kot jih podjetja za oglaševanje svojih izdelkov/storitev, le da socialni marketing poleg prepričevanja ciljnega trga ponuja tudi alternativno vedenje, ki naj bi se ga občinstvo oprijelo in opustilo dosedanje početje ter izboljšalo blaginjo družbe. Socialni marketing želi izobraževati, motivirati posameznike k delovanju, včasih celo nagrajuje z namenom zagotovitve dolgotrajnega uspeha svojega programa. Njegov cilj je spremeniti vedenje ciljnega občinstva. Razlika med socialnim in komercialnim marketingom je predvsem ta, da si socialni marketing prizadeva doseči koristi ciljne skupine ali širše družbe (z vplivanjem nanje), medtem ko komercialni marketing želi ustvariti koristi naročnika oglasa.

Omejitev obsega in vsebine oglaševanja alkohola po mnenju strokovnjakov na področju problematike škodljivih učinkov alkohola verjetno vpliva na zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola. Po modelu WHO za izračunavanje vpliva prepovedi oglaševanja za EU, se s tem ukrepom izognemo 202.000 letom nezmožnosti in prezgodnjim smrtim za strošek, ocenjen na 95 mio EUR na leto« (Anderson in Baumberg 2006A, 8). Oglaševanje alkohola še posebej vpliva na bolj pozitiven odnos do uživanja alkohola med mladimi. Samo-omejevanje industrije alkoholnih pijač (samoregulative oz. kodeksi oglaševanja) pri oglaševanju alkohola ne slovi po učinkovitosti.

Strategije za spreminjanje konteksta pitja

Obstaja vedno več dokazov o vplivu strategij za spreminjanje konteksta pitja na zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola. Te strategije je mogoče uporabiti predvsem v gostinskih lokalih. Njihova učinkovitost je odvisna od ustreznega izvajanja (beri: nadzora). MLDA ima nemalokrat majhen učinek, če se tistemu gostinskemu lokalu, ki prodaja alkohol mlajšim od najnižje dovoljene starosti, ne zagrozi z enormno denarno kaznijo ali z odvzemom licence za prodajo alkoholnih pijač (Anderson in Baumberg 2006A).

Svetovanja s strani zdravstvenega osebja

Obstajajo trdni dokazi o vplivu svetovanja, predvsem v okviru osnovnega zdravstvenega varstva, na zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola. Glede na model WHO za izračunavanje vpliva in stroškov izvajanja kratkega svetovanja v osnovnem zdravstvenem varstvu za 25% ogroženega prebivalstva, lahko za EU ugotovimo, da se izognemo 408.000 letom nezmožnosti in prezgodnje smrti za strošek, ocenjen na 740 mio EUR letno (Anderson in Baumberg 2006A).

b.) V skupino manj učinkovitih ukrepov znotraj AP sodijo:

Ukrepi na področju izobraževanja, komunikacije, usposabljanja in ozaveščanja javnosti

Vpliv politik, ki temeljijo na izobraževanju, komunikaciji, usposabljanju in ozaveščanju javnosti, je na krajši rok majhen, čeprav dosežejo izobraževalni programi, ki se izvajajo v šolah, velik del ciljne populacije zaradi obvezne prisotnosti učencev v šoli. »Pri krepitvi zavedanja skupnosti o škodljivih učinkih alkohola in pri pripravi na uvedbo posameznih ukrepov imajo ključno vlogo množični mediji« (Anderson in Baumberg 2006A, 8).

4.8 Prednostna področja ukrepanja v okviru AP

V letu 2006 je bila sprejeta **Strategija EU za podporo državam članicam pri zmanjševanju škodljivih učinkov alkohola**, ki določa **5 prednostnih področij in**

ustreznih dobrih praks: zaščita mladih ljudi, otrok in še nerojenega otroka; zmanjšanje poškodb in števila smrti zaradi prometnih nesreč, povezanih z uživanjem alkohola; preprečevanje škodljivih učinkov alkohola pri odraslih in zmanjševanje negativnega vpliva alkohola na delovno mesto; obveščanje, izobraževanje in dvigovanje ravni ozaveščenosti o vplivu škodljivega in nevarnega uživanja alkohola ter o primernih vzorcih uživanja alkohola in razvoj, podpora in vodenje skupne baze podatkov. V tej strategiji so predvidene 3 ravni ukrepov, in sicer: ukrepi, ki jih uvede Evropska komisija; ukrepi, ki jih izvajajo države članice na nacionalni in lokalni ravni in usklajevanje ukrepov na ravni EU (Ministrstvo za zdravje 2007).

Na *Prvi nacionalni konferenci o alkoholni politiki*, ki je potekala na Brdu pri Kranju 2. in 3. 11. 2010 pa je Mariann Skar, generalna sekretarka Evropske zveze za alkoholno politiko (angl. »*The European Alcohol Policy Alliance*« - v nadaljevanju: EUROCARE) predstavila **10 aktualnih evropskih prednostnih področij v smislu ukrepanja na področju AP:**

Finančna dostopnost alkohola

Predvideni ukrepi so: določitev minimalnih davčnih stopenj za alkohol, ki morajo biti vsaj sorazmerne vsebnosti alkohola vseh pijač, ki vsebujejo alkohol; trošarine na alkohol je treba povečevati v skladu z inflacijo; države članice bi morale ohraniti možnost omejevanja posameznih čezmejnih nabav, da se ne bi zmanjšal učinek njihovih veljavnih davčnih politik; določitev najnižje cene na gram alkohola (EUROCARE 2010).

Alkohol in nosečnost

Predvideni ukrepi so: na embalaži alkoholnih pijač mora biti opozorilo z navedbami o škodljivih učinkih uživanja alkohola med nosečnostjo; uvedba celovitih in stalnih kampanj za ozaveščanje in izobraževalnih programov; programi za izboljšanje znanja zdravstvenih delavcev; zagotavljanje storitev za diagnosticiranje in zdravljenje otrok s FAS; izvajanje obveznih modulov za spodbujanje ozaveščanja o škodljivih učinkih alkohola (EUROCARE 2010).

Alkohol in delovno mesto

Predvideni ukrepi so: ustrezni ukrepi znotraj AP glede uživanja alkohola na delovnem mestu; izvajanje politik z ničelno toleranco glede stopnje vsebnosti alkohola v krvi v industrijah, v katerih alkohol povečuje tveganje nesreč in poškodb, ter uvedba teh politik tam, kjer še ne obstajajo; izvajanje kampanj za ozaveščanje o posledicah uživanja alkohola na delovnem mestu (EUROCARE 2010).

Dostopnost alkohola

Predvideni ukrepi so: uvedba najnižje MLDA (18 let); vsaj minimalen sistem licenciranja za prodajo alkohola; prepoved prodaje alkohola na določenih lokacijah; prepoved prodaje ali strežbe osebam, ki so pod vplivom alkohola; stroge kazni za nespoštovanje naštetih ukrepov (EUROCARE 2010).

Vožnja pod vplivom alkohola

Predvideni ukrepi so: naključno preverjanje BAC po vsej Evropi; v primeru prekoračitve dovoljene zgornje meje BAC sledi odvzem vozniškega dovoljenja; po vsej Evropi je treba izvajati usklajen sistem kazni; celoviti izobraževalni programi, vključno s pobudami za javni prevoz (EUROCARE 2010).

Globalna strategija za zmanjšanje škodljivih učinkov alkohola

Predvideni ukrepi so: vzpostavitev učinkovitih okvirov za spremljanje in nadzor škodljivih učinkov alkohola; ustanovitev organov, pristojnih za zbiranje, združevanje, analizo in razpošiljanje razpoložljivih podatkov; opredelitev in spremljanje skupnega nabora kazalnikov in ukrepov; razvoj mehanizmov za vrednotenje; vse države članice morajo v nacionalne strategije za sodelovanje z državami v razvoju vključiti preprečevanje škodljivih učinkov alkohola; zagotoviti WHO potrebna finančna sredstva za izvajanje nove globalne strategije (EUROCARE 2010).

Neenakosti

Predvideni ukrepi so: vzpostavitev sistema za spremljanje in zagotavljanje informacij za skupno načrtovanje, ki bi ga izvajale zainteresirane strani na vseh ravneh, tj. na lokalni,

regionalni in nacionalni ravni ter na ravni EU (EUROCARE 2010).

Označevanje in zdravstvena opozorila

Predvideni ukrepi so: nameščanje opozoril na embalaže alkoholnih pijač, kjer so navedene osnovne informacije o proizvodu (EUROCARE 2010).

Oglaševanje

Predvidena ukrepa sta: popolna prepoved oglaševanja alkohola in odprava sponzoriranja s strani alkoholne industrije (EUROCARE 2010).

Socialni izdatki

Predvideni ukrepi so: izvajanje ukrepov, namenjenih zmanjšanju visoke porabe alkohola na prebivalca; določene minimalne davčne stopnje za alkohol, ki morajo biti vsaj sorazmerne vsebnosti alkohola vseh pijač, ki vsebujejo alkohol; izvajanje posebnih ukrepov, ki obravnavajo pretirano porabo alkohola, napadnost in nasilje; ozaveščanje, informiranje in izobraževanje javnosti; obsežnejše izvajanje s strogimi kaznimi; hitra posredovanja (EUROCARE 2010).

Sklepne misli

Na oblikovanje ustreznega vzorca pitja alkoholnih pijač vpliva več dejavnikov. Najpomembnejša pri tem je neformalna alkoholna kontrola (npr. vpliv družine), saj posamezniki družbene norme in kulturo internalizirajo prav na podlagi neformalne socialne kontrole (Haralambos in Holborn 2008). Zato ne preseneča dejstvo, da je sredozemska paradigma AP, ki temelji na vplivu primarnih socializatorjev (sodijo v neformalno socialno kontrolo) znatno učinkovitejša od dosedanje skandinavske paradigme AP, ki je temeljila zgolj na strogih ukrepih alkoholne kontrolne politike (sodijo v formalno socialno kontrolo). Zato je ključnega pomena, da družba oblikuje celovito in učinkovito AP. Slednje je precej zahtevno tudi zaradi močnih vplivov različnih interesnih skupin, alkoholnih lobijev in alkoholne industrije.

5 EMPIRIČNI DEL

V tem poglavju bomo v skladu z namenom magistrskega dela (preučitev ključnih determinant škodljivih učinkov alkohola) na podlagi kvalitativne primerjalne analize QCA preizkusili **generalno hipotezo, da je večja prisotnost škodljivih učinkov alkohola ob prisotnosti/odsotnosti določenih družbeno-kulturnih dejavnikov**. Predvidevamo, da se bodo v analizi izbrani družbeno-kulturni dejavniki izkazali kot ključni za prisotnost škodljivih učinkov alkohola.

5.1 Metodologija raziskave

Izbor primerjalne metode

Pri primerjalnem raziskovanju gre za preučevanje raznolikosti oz. oceno vzročnosti na podlagi preučevanja vzorcev raznolikosti. Primerjali smo posamezne enote (države) in poudarili nasprotujoče si učinke različnih vzrokov (pogojev). Vsaka preučevana enota je kombinacija pogojev (značilnosti) in prizadevajoč si odkriti vzorce (pravilnosti), smo podrobno proučili podobnosti in razlike kombinacij opazovanih enot (Ragin 2007). Naš nabor držav smo morali zaradi težav z dostopnostjo podatkov, ki so potrebni za analizo zmernega števila primerov, skrčiti na 10 držav EU-15 in sicer na: Avstrijo, Dansko, Finsko, Francijo, Nemčijo, Nizozemsko, Portugalsko, Španijo, Švedsko in Veliko Britanijo. Izbranim državam smo dodali Norveško kot tipično predstavnico skandinavskih držav. Na EU-15 smo se omejili zato, ker je izredno težko pridobiti podatke, ki so potrebni za tovrstno analizo.

Izbrali smo raziskovalno strategijo **kvalitativna primerjalna analiza QCA** (v nadaljevanju: QCA), ki je poskus sinteze kvalitativnega in kvantitativnega pristopa v smislu raziskovalne strategije. Njen namen je poglobljena analiza manjšega števila primerov, s pomočjo katere se ohrani kompleksnost posameznega primera na eni strani in določen nivo posploševanja na drugi strani (Lobe 2006). Zato lahko s QCA določimo pomembne in izločimo nepomembne vzročne pogoje. Pri tem vsak preučevani primer razumemo kot kombinacijo vzročnih pogojev povezanih z določenim izidom. Zaradi tega

sta izbira izida in natančna opredelitev vzročnih pogojev bistveni del primerjalnega pristopa (Ragin 2007).

Dihotomizacija podatkov

QCA temelji na t. im. »dihotomijah prisotnosti-odsotnosti, kar pomeni, da so pri vsakem preučevanem primeru vzročni pogoji v analizi in izidi prisotni ali odsotni in jih označimo z da (1) ali ne (0)« (Ragin 2007, 132). Kadarkoli ima niz preučevanih primerov različen izid, lahko uporabimo primerjalne metode z namenom odkritja najpreprostejšega prikaza vzorcev različnosti med preučevanimi primeri. S temi metodami »prepoznamo tiste podobnosti v posameznih skupinah preučevanih primerov, ki te skupine razlikujejo od drugih skupin« (Ragin 2007, 142). Pri postopku dihotomiziranja smo uporabili programsko orodje **TOSMANA**, ki je prosto dostopno na spletnih straneh (Cronqvist 2011) in je posebej namenjeno QCA z malim številom enot.

Priprava pravilnostnih tabel, izločitev nepomembnih pogojev in proces poenostavitve

Nabor pogojev za pojasnjevanje določenega izida smo prikazali v t.i. pravilnostnih tabelah (angl. »*truth table*«). Vsaka logična kombinacija dihotomnih vrednosti pogojev je predstavljena kot ena vrstica pravilnostne tabele (Ragin 2007). Naslednji korak je proučevanje zbranih kombinacij s ciljem poenostavitve, kar pomeni, da nepomembne pogoje (to so pogoji, ki ne vplivajo na izid) izločimo in tako oblikujemo enostavnejšo kombinacijo pogojev. Proces poenostavitve smo tako kot dihotomizacijo podatkov izvedli s pomočjo programskega orodja TOSMANA (Ragin 2007). Formule, ki smo jih dobili po končani poenostavitvi, smo tako kot pri dihotomizaciji predstavili z velikimi (kar označuje prisotnost pojava, torej vrednost 1) in majhnimi črkami (kar pomeni odsotnost pojava, torej vrednost 0). Formule so med sabo ločene z znakom za seštevanje (+), ki ga razumemo kot veznik »ali«, pogoje pa med seboj povezuje znak za množenje (*), ki ga lahko razumemo kot veznik »in«. Plus torej pomeni alternativne kombinacije pogojev, s katerimi lahko pojasnimo prisotnost ali odsotnost izida, izberemo pa tisto kombinacijo, ki je glede na naše teoretično ozadje in znanje o primeru, najbolj optimalna.

Veznik »in« (zvezdica) pa označuje kombinacijo pogojev, torej kateri pogoji skupaj tvorijo kombinacijo, ki pojasni prisotnost ali odsotnost izida (Ragin 2007).

Rešitev, ki jo dobimo pri analizi brez ostankov, je predstavitev kombinacij iz pravilnostne tabele, kjer kompleksnost še ni poenostavljena. V tej rešitvi imamo torej prisotne vse dejavnike, ki smo jih vključili v analizo. Naslednji korak je analiza z ostanki, ki temelji na Boolovi minimizaciji (angl. »Boolean minimization«), kjer kot rezultat dobimo takšne kombinacije pogojev, ki so sestavljene le iz pogojev, ki so pomembni za prisotnost ali odsotnost izida (torej so vsi ostali pogoji, ki nič ne pojasnijo, izločeni) (Rihoux in Lobe v Hozjan 2009, 17).

Vizualizacija kombinacij

Vse možne kombinacije smo vizualno predstavili z **Vennovim diagramom**, ki obsega toliko polj, kolikor je vseh možnih kombinacij (2^n , kjer je n število pogojev).

Primeri, ki imajo vrednost 1 pri prvem pogoju, so razvrščeni v desni polovici Vennovega diagrama, primeri z vrednostjo 0 pri prvem pogoju pa se nahajajo na levi polovici. Zgornjo polovico diagrama zavzemajo primeri, ki imajo pri drugem pogoju vrednost 0, spodnjo polovico pa primeri, ki imajo pri drugem pogoju vrednost 1. Notranji pravokotnik zavzema primere, ki imajo vrednost 1 pri tretjem pogoju, izven tega notranjega pravokotnika pa so enote, ki imajo pri tretjem pogoju vrednost 0. V primeru štirih pogojev je dodan še drugi notranji pravokotnik, ki je postavljen pokončno. »Znotraj tega pravokotnika so primeri, ki imajo pri četrtem pogoju vrednost 1, izven pravokotnika pa primeri, ki imajo pri četrtem pogoju vrednost 0 (Hozjan 2009, 15-16).

Viri podatkov kvalitativne primerjalne analize

Predpostavke o vplivu kombinacij vzročnih dejavnikov na izid smo preverjali s pomočjo sekundarne analize virov – obstoječe znanstvene in strokovne literature ter na podlagi sekundarne analize že obstoječih raziskav s področja zdravja in vrednot. »Prednost

sekundarne analize in s tem kombinacije različnih virov podatkov je med drugim tudi v možnosti aplikacije in posploševanja dobljenih rezultatov« (Kirn 2008, 32). Sekundarna analiza podatkov je bila opravljena s pomočjo:

➤ **Zbirke podatkov WHO HFA-DB**

Zbirka podatkov WHO HFA-DB (angl. »*European Health for All Database*«) je centralna baza neodvisnih, primerljivih in najnovejših statističnih podatkov o zdravju (World Health Organization 2011A). Je temeljni vir informacij o zdravju v Evropi, ki vsebuje podatke od leta 1970 dalje in okoli 600 indikatorjev, ki pokrivajo: temeljne demografske podatke; podatke o zdravstvenem stanju; determinante zdravja; zdravstveno oskrbo ter podatke o sredstvih in porabi v zdravstvenem varstvu za 53 držav v regiji (Marinko in drugi 2009).

➤ **Evropske družboslovne raziskave ESS**

Evropska družboslovna raziskava ESS (angl. »*EUROPEAN SOCIAL SURVEY*«) je mednarodna raziskava, ki poteka v več kot 20 evropskih državah. »Njen poglavitni cilj je pospeševanje razvoja evropskih primerjalnih družboslovnih znanosti, sistematična raziskava stališč, značilnosti in navad evropskih državljanov, v povezavi z vrsto pomembnih gospodarskih, družbenih in političnih področij« (Arhiv družboslovnih podatkov 2004). Vsebinsko je raziskava razdeljena na več sklopov. Jedro vprašalnika ESS vsakokrat vključuje kazalce delovanja ključnih družbenih sistemov (gospodarstvo, sociala, izobraževanje, zdravstvo itd.), politične participacije, vrednot, kakovosti življenja itd. Sledijo vprašanja za opazovanje demografskih in socialnih značilnosti (Arhiv družboslovnih podatkov 2004). Ta blok vprašanj, ki v analitičnih modelih praviloma vsebuje pojasnjujoče spremenljivke, je v primerjavi s podobnimi empiričnimi projekti zelo obsežen in s tem potencialno močan vir za oblikovanje modelov pojasnjevanja družbenih trendov in razlik med skupinami. Poleg tradicionalnega 'trdega' socio-demografskega nabora spremenljivk vsebuje vprašalnik tudi alternativno serijo 'demografskih' kazalcev, ki temelji na individualno-psiholoških in kulturno-vrednotnih značilnostih posameznika, kar zopet odpira prostor alternativnim modelom pojasnjevanja razlik v stališčih« (Arhiv družboslovnih podatkov 2004).

5.2 Hipoteze

Cilj naše kvalitativne primerjalne analize QCA je analiza ključnih determinant škodljivih učinkov alkohola. Skušali smo ugotoviti, katera kombinacija 5 izbranih dejavnikov (nevaren vzorec pitja; hedonizem; protestantizem; povprečna poraba alkohola in strogost AP) je pomembna za prisotnost 2 izbranih škodljivih učinkov alkohola (alkoholna ciroza jeter in zastrupitve; prometne nesreče s smrtnim izidom).

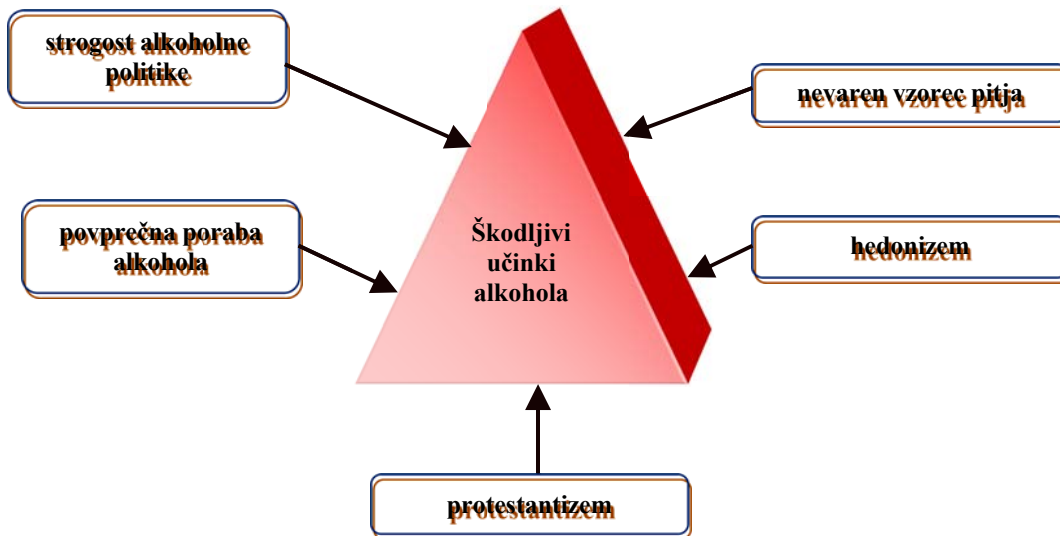
Postavili smo generalno hipotezo (glej Sliko 5.1) iz katere izhajata 2 razčlenjujoči hipotezi (glej Sliko 5.2 in 5.3), ki imata manjšo stopnjo splošnosti:

Generalna hipoteza:

Večja je prisotnost škodljivih učinkov alkohola ob prisotnosti oz. odsotnosti določenih družbeno-kulturnih dejavnikov. Predvidevamo, da se bodo v analizi izbrani družbeno-kulturni dejavniki izkazali kot ključni pogoji za prisotnost izida. V skladu s kvalitativno primerjalno analizo ne preučujemo vsak pogoj posebej, temveč kombinacijo le-teh.

Centralni pogledi v kulturi, kamor sodijo tudi vzorci pitja alkoholnih pijač in vedenje, ki je s tem povezano, korenito izoblikujejo načine vedenja ljudi, ki v njej živijo (Mandelbaum 1965). Gre za družbeno-kulturne dejavnike, kot so družbena prepričanja, odnosi in norme, ki so povezane s pitjem alkoholnih pijač itd., ki imajo ključno vlogo na škodljive učinke alkohola, pri čemer posamezniki ponotranjijo vzorce pitja in stališča v povezavi s tem (International Center for Alcohol Policy 2011). Gre za enega izmed družbenih aspektov, ki se oblikujejo ob posameznikovem opozarjanju, spodbujanju, kaznovanju in ob mnogih drugih formalnih in neformalnih družbenih prijemih, ki odražajo norme, razpoloženje in vrednote neke družbe (Peele in Brodsky 1996).

Slika 5.1: Vpliv neodvisnih spremenljivk na škodljive učinke alkohola.



Razčlenjujoči hipotezi:

Hipoteza 1:

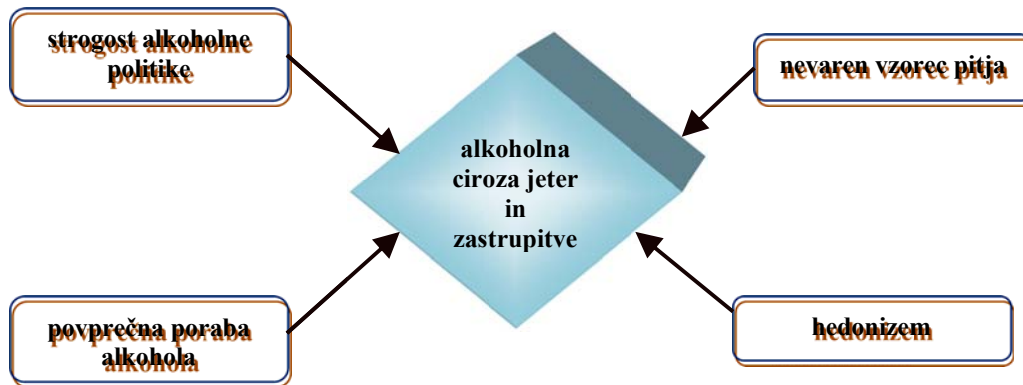
Večja je prisotnost alkoholne ciroze jeter in zastrupitev ob prisotnosti nevarnega vzorca pitja alkoholnih pijač in hedonizma. Predvidevamo, da sta to ključna pogoja.

Stopnja umrljivosti zaradi ciroze jeter in zastrupitve sta v kontekstu preučevanja škodljivih učinkov alkohola najpomembnejša zdravstvena kazalca (Peele in Brodsky 1996).

Alkohol je glavni razlog obolenj jeter vključno s cirozo jeter (World Health Organization 2010). »O škodljivem pitju govorimo, ko pri pacientu že opazimo okvare zdravja. Okvara je lahko telesna (npr. na jetrih) ali duševna (npr. depresivna epizoda)« (Breznik v Vidmar 2002, 28).

Zastrupitev z alkoholom sodi med pomembnejše vzroke smrti v mnogih državah. V večjih količinah pomeni namreč alkohol za jetra čisti strup, zaradi česar celice jeter sčasoma odmrejo in je smrt ob nadaljnjem pitju alkoholnih pijač zelo verjetni izid (World Health Organization 2000).

Slika 5.2: Vpliv nevarnega vzorca pitja, hedonizma, povprečne porabe alkohola in strogosti AP na alkoholno cirozo jeter in zastrupitve.



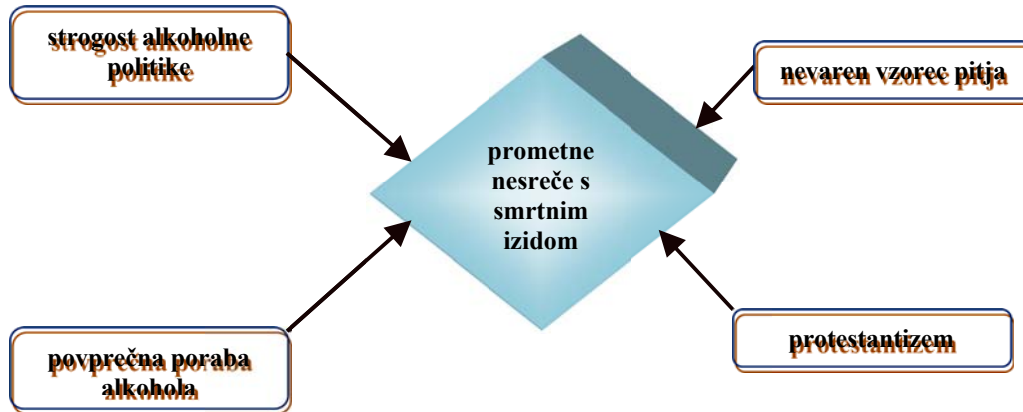
Hipoteza 2:

Večja je prisotnost vseh prometnih nesreč s smrtnim izidom ob odsotnosti protestantizma. Predvidevamo, da je to ključni pogoj.

Eden od ključnih problemov povezanih z alkoholom je veliko število prometnih nesreč s smrtnim izidom, saj alkohol zmanjša voznikove sposobnosti na vseh področjih zaznavanja. Zato ne preseneča podatek, da velik delež prometnih nesreč s smrtnim izidom vključuje alkohol (World Health Organization 2010).

Religija kot pomemben sogovornik in moralni glas iz civilne družbe ima vpliv na miselnost, moralo in vrednote ter tudi močan vpliv na uživanje alkohola. Religiozna prepričanja namreč zagotovijo smernice za obnašanje, izražene v nizu raznolikih norm (Peele in Brodsky 1996). Le-te pomagajo zagotoviti okolje, ki je potrebno za vzdrževanje reda in stabilnost družbe. Pri protestantih se npr. oblikujejo kulturni vzorci, ki jih je sooblikovala protestantska etika, za katero je značilna močna samokontrola (Peele in Brodsky 1996).

Slika 5.3: Vpliv nevarnega vzorca pitja, protestantizma, povprečne porabe alkohola in strogosti AP na prometne nesreče s smrtnim izidom.



5.3 Opredelitev in priprava spremenljivk

Odvisne spremenljivke

Zaradi nedostopnosti podatkov potrebnih za našo analizo, smo škodljive učinke alkohola omejili na 3 zdravstvene kazalnike: alkoholno cirozo jeter, zastrupitve in prometne nesreče s smrtnim izidom. Navedeni zdravstveni kazalniki predstavljajo 2 odvisni spremenljivki⁷. Ob tem se zavedamo, da izbor preučevanih pojmov ne pokriva celotne tematike oz. vseh, za nalogo pomembnih vprašanj. Naj bi pa podatki o stopnji umrljivosti zaradi ciroze jeter in zastrupitev ter podatki o številu prometnih nesreč s smrtnim izidom že podali neko splošno sliko o problematiki škodljivih učinkih alkohola v posamezni državi (Cercone 1994).

⁷ Ker sta zdravstvena kazalnika starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi zastrupitev sorodna, smo slednja v naši primerjalni analizi združili v eno sestavljeno odvisno spremenljivko.

a.) definicija in dihotomizacija odvisne spremenljivke *alkoholna ciroza jeter in zastrupitve*

»Alkoholna ciroza jeter je končna in ireverzibilna okvara jeter, čeprav nekateri avtorji navajajo, da je začetna stopnja ciroze jeter še reverzibilna, pod pogojem, da se ne pojavljajo več škodljivi dejavniki, ki povzročajo to bolezen« (Bergauer in Dajčman 2006, 16).

Zastrupitev pomeni, da smo v organizem vnesli strup, ki je povzročil okvaro organizma. Strup vnesemo na različne načine: z zaužitjem, vdihavanjem, neposredno v kri, če je prisoten na koži/sluznici, pa ga telo vsrka. Najpogosteje se zastrupimo s snovmi, ki so tako pogosto prisotne v vsakdanjem življenju, da jih niti ne obravnavamo več kot strupene: alkohol, čistila, zdravila, rastline. Zastrupitev z alkoholom je ena najpogostejših zastrupitev. Čeprav je zastrupitev z alkoholom že kar vsakdanja, se lahko konča s smrtjo. Alkohol po zaužitju prehaja v kri. S krvjo potuje do možganov. Ker zavira delovanje možganov, lahko nastopijo nezavest, zastoj dihanja in zastoj bitja srca (Lovrec 2010).

Cilj raziskave, kjer nastopa sestavljena odvisna spremenljivka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev na odraslih prebivalcih (15+) je preučiti vpliv različnih kombinacij preučevanih pogojev (nevarnega vzorca, hedonizma, strogosti AP in povprečne porabe alkohola) na alkoholno cirozo jeter in zastrupitve. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.1 (glej Tabelo 5.1), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od 4,14 do 32,24. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na 10. Torej države, ki imajo število umrlih zaradi alkoholne ciroze in zastrupitev nižjo od 10, dobijo vrednost 0, kar pomeni nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev. Države, ki imajo stopnjo odgovorov višjo od 10, dobijo vrednost 1, kar pomeni visoka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev.

Tabela 5.1: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev na odraslih prebivalcih (15+) v 11 evropskih državah v letu 2005.

država	alkoholna ciroza in zastrupitve	določanje vrednosti 1 in 0
Finska	32,24	1
Danska	17,71	1
Nemčija	13,36	1
Norveška	12,96	1
Velika Britanija	11,20	1
Francija	10,10	1
Portugalska	8,79	0
Švedska	7,45	0
Avstrija	6,00	0
Španija	5,30	0
Nizozemska	4,14	0

Vir: World Health Organization 2011.

Legenda:

0 – nizka standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev

1 – visoka standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev

b.) definicija in dihotomizacija odvisne spremenljivke *prometne nesreče s smrtnim izidom*

Cestnoprometna nesreča s smrtnim izidom je vsaka nesreča s poškodbo, ki povzroči smrt osebe, poškodovane v tej nesreči. Enote opazovanja so cestnoprometne nesreče in posledice teh nesreč, in sicer glede na vrsto cestnega omrežja, lokacijo in čas (mesec, dan in uro) nesreče ter vrsto udeleženca. Vključeni so trki med cestnimi vozili, med cestnimi vozili in pešci, med cestnimi vozili in živalmi ali med nepremičnimi ovirami in cestnim vozilom. Vključeni so trki med cestnimi in železniškimi vozili. Trki več vozil se štejejo kot ena nesreča, če se zgodijo v zelo kratkih intervalih. Nesreče, pri katerih je nastala samo materialna škoda, niso vključene (Rovšek 2010).

Alkohol pri večjih koncentracijah »bistveno poslabša voznikov reakcijski čas, sposobnost za pravilno presojo in pravilno odločitev, pri majhnih koncentracijah pa lahko deluje kot stimulans, ki prispeva k bolj tvegani in hitrejši vožnji« (Žlender v Škrila 2005, 537). Ker je bilo podatke o številu prometnih nesreč s smrtnim izidom, ki vključujejo alkohol v

mnogih državah težko pridobiti, smo v analizo vključili podatke o vseh prometnih nesrečah s smrtnim izidom.

Cilj raziskave, kjer nastopa odvisna spremenljivka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi cestnoprometnih nesreč s smrtnim izidom na odraslih prebivalcih (15+), je preučiti vpliv različnih kombinacij preučevanih pogojev (nevarnega vzorca, protestantizma, strogosti AP in povprečne porabe alkohola) na cestnoprometne nesreče s smrtnim izidom. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.2 (glej Tabelo 5.2), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od 5,50 do 20,50. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na 10. Torej države, ki imajo število umrlih zaradi cestnoprometnih nesreč nižjo od 9, dobijo vrednost 0, kar pomeni nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč. Države, ki imajo stopnjo odgovorov višjo od 9, dobijo vrednost 1, kar pomeni visoka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi cestnoprometnih nesreč.

Tabela 5.2: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri starostno standardizirani stopnji umrljivosti zaradi prometnih nesreč s smrtnim izidom na odraslih prebivalcih (15+) v 11 evropskih državah v letu 2005.

država	prometne nesreče s smrtnim izidom	določanje vrednosti 1 in 0
Portugalska	20,50	1
Španija	12,30	1
Francija	10,60	1
Avstrija	10,40	1
Danska	9,20	0
Finska	7,70	0
Nemčija	7,60	0
Velika Britanija	6,70	0
Norveška	6,50	0
Švedska	5,70	0
Nizozemska	5,50	0

Vir: World Health Organization 2011.

Legenda:

0 – nizka standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč

1 – visoka standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč

Neodvisne spremenljivke

c.) definicija in dihotomizacija neodvisne spremenljivke *nevaren vzorec pitja*

»Vzorec pitja alkoholnih pijač je ocena nevarnosti načina uživanja alkohola v posamezni državi. Ocena 1 pomeni najmanj tvegan vzorec pitja, ocena 5 pa najbolj tvegan vzorec pitja. Oceno se določi na podlagi treh meril: običajni vzroki popivanja; pitje ob obrokih in pitje na javnih mestih« (Global Information System on Alcohol and Health 2011).

Nevaren vzorec je **1. obravnavani dejavnik**, ki vpliva na izid, torej prva neodvisna spremenljivka. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.3 (glej Tabelo 5.3), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od 1,00 do 3,00. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na 1,5. Torej države, ki imajo oceno nevarnosti vzorca pitja alkoholnih pijač nižjo od 1,5, dobijo vrednost 0, kar pomeni nenevaren vzorec pitja alkoholnih pijač. Države, ki imajo oceno nevarnosti vzorca pitja alkoholnih pijač višjo od 1,5, dobijo vrednost 1, kar pomeni nevaren vzorec pitja alkoholnih pijač.

Tabela 5.3: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri nevarnem vzorcu pitja alkoholnih pijač v 11 evropskih državah v letu 2005.

država	nevaren vzorec	določanje vrednosti 1 in 0
Finska	3,00	1
Norveška	3,00	1
Velika Britanija	3,00	1
Švedska	3,00	1
Danska	2,00	1
Nemčija	1,00	0
Francija	1,00	0
Portugalska	1,00	0
Avstrija	1,00	0
Španija	1,00	0
Nizozemska	1,00	0

Vir: World Health Organization 2011.

Legenda:

0 – nenevaren vzorec pitja alkoholnih pijač

1 – nevaren vzorec pitja alkoholnih pijač

d.) definicija in dihotomizacija neodvisne spremenljivke *hedonizem*

Hedonizem je »težnja k čutnemu uživanju in ugodju in vključuje neskončne potrebe ljudi po novem« (Jowell in drugi 2007, 174). Za hedonistično vedenje je značilno, da »izhaja iz poželenja, tj. motivacijske pripravljenosti, da bi izkusili užitek. Poželenje sproži navzočnost priznanega (izkušenega) vira užitka v okolju. Zadovoljitev je končno in trenutno stanje, ki ga da doživeti užitek. Nasprotno nastane občutek potrebe iz stanja prikrajšanosti, zadovoljitev pa pomeni uspešno iskanje tistega, kar zapolni oz. odpravi primanjkljaj« (Tomšič 2003, 190). Evropska družboslovna raziskava (ESS), ki temelji na raziskovanju psiholoških in kulturnih vrednot posameznika, omogoča sistematično analizo določenega družbenega področja, v katerega spada tudi koncept hedonizma. Raziskava ESS koncept hedonizma imenuje »hedonism«. S pomočjo raziskave ESS smo pridobili podatke o povprečni vrednosti hedonizma v 11 izbranih državah v letu 2002. V vprašalniku evropske družboslovne raziskave (ESS) je koncept hedonizem sestavljen iz naslednjih trditev:

- »Pomembno je uživati in se razvajati;
- Za zabavo se išče vsako priložnost, ki je na voljo. Pomembno se je ukvarjati z zadevami, ki so ti v veselje« (Jowell in drugi 2007, 201).

Hedonizem je **2. obravnavani dejavnik**, ki vpliva na izid, torej druga neodvisna spremenljivka. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.4 (glej Tabelo 5.4), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od -0,40 do 0,20. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na -0,15. Torej države, ki imajo oceno za hedonizem nižjo od -0,15, dobijo vrednost 0, kar pomeni odsotnost hedonizma. Države, ki imajo oceno za hedonizem višjo od -0,15, dobijo vrednost 1, kar pomeni prisotnost hedonizma.

Tabela 5.4: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri hedonizmu v 11 evropskih državah v letu 2002.

država	hedonizem	določanje vrednosti 1 in 0
Danska	0,20	1
Francija	0,10	1
Švedska	0,00	1
Nizozemska	0,00	1
Nemčija	-0,10	1
Portugalska	-0,20	0
Avstrija	-0,20	0
Finska	-0,30	0
Velika Britanija	-0,30	0
Norveška	-0,40	0
Španija	-0,40	0

Vir: European Social Survey 2011.

Legenda:

0 – odsotnost hedonizma

1 – prisotnost hedonizma

e.) definicija in dihotomizacija neodvisne spremenljivke *protestantizem*

Religija je »unificirani sistem verovanja, povezanega s svetim delom. Sam odnos med človekom in tistim, kar je njemu sveto, pa je pravzaprav odnos med človekom in družbo. Družba je bolj pomembna kot človek, zato se ji posameznik podredi« (Durkheim v Jan 2002, 4). Religija krepi družbeno zavest in s krepitvijo vrednosti in moralnih prepričanj tvori osnovo družbenega življenja; je del sistema kulture. »Religiozna prepričanja zagotovijo smernice za obnašanje, izražene v nizu raznolikih norm« (Haralambos v Jan, 2002, 5). Protestantizem je ena izmed treh vodilnih vej v krščanstvu (poleg rimskokatoliške in pravoslavne cerkve) in je bila izoblikovana v skladu z načeli verske reformacije v 16. St (Vial 2011).

Protestantizem je **3. obravnavani dejavnik**, ki vpliva na izid, torej tretja neodvisna spremenljivka. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.5 (glej Tabelo 5.5), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od 0% do 89%. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na 25%. Torej države, ki imajo manj kot 25% protestantov, dobijo vrednost 0, kar pomeni odsotnost protestantizma. Države, ki imajo več kot 25% protestantov, dobijo vrednost 1, kar

pomeni prisotnost protestantizma.

Tabela 5.5: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri protestantizmu v 11 evropskih državah v letu 2005.

država	protestantizem	določanje vrednosti 1 in 0
Norveška	89,00	1
Danska	86,00	1
Finska	86,00	1
Švedska	64,00	1
Velika Britanija	62,00	1
Nemčija	37,00	1
Nizozemska	26,00	1
Avstrija	5,00	0
Francija	2,00	0
Portugalska	1,00	0
Španija	0,00	0

Vir: Coakley 2009.

Legenda:

0 – odsotnost protestantizma

1 – prisotnost protestantizma

f.) definicija in dihotomizacija neodvisne spremenljivke *povprečna poraba alkohola*

»Starostno standardizirana povprečna registrirana poraba alkohola na odraslega prebivalca (15+) je povprečna količina (v L) čistega alkohola na odraslega prebivalca, zaužitega v enem letu (vključno z uvozom in izvozom pijač)« (Smart v World Health Organization 2000, 22). Zaradi metodoloških problemov smo oceno povprečne registrirane porabe alkohola na odraslega prebivalca dopolnili z oceno povprečne neregistrirane porabe alkohola (nelegalna proizvodnja alkohola; poraba alkohola na morju; tihotapljenje alkohola; nakup alkohola v brezcarinskih prodajalnah itd.).

Starostno standardizirana povprečna registrirana in neregistrirana poraba alkohola na odraslega prebivalca (15+) je **4. obravnavani dejavnik**, ki vpliva na izid, torej četrta neodvisna spremenljivka. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.6 (glej Tabelo 5.6), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od 7,80 do

14,60. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na 12,60. Torej države, ki imajo povprečno registrirano in neregistrirano porabo alkohola na odraslega prebivalca nižjo od 12,60L, dobijo vrednost 0, kar pomeni nizko povprečno porabo alkohola. Države, ki imajo povprečno registrirano in neregistrirano porabo alkohola na odraslega prebivalca višjo od 12,60L, dobijo vrednost 1, kar pomeni visoko povprečno porabo alkohola.

Tabela 5.6: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri starostno standardizirani povprečni registrirani in neregistrirani porabi alkohola na odraslega prebivalca (15+) v 11 evropskih državah v letu 2005.

država	poraba	določanje vrednosti 1 in 0
Portugalska	14,60	1
Francija	13,70	1
Danska	13,40	1
Velika Britanija	13,40	1
Avstrija	13,20	1
Nemčija	12,80	1
Finska	12,50	0
Španija	11,60	0
Švedska	10,30	0
Nizozemska	10,10	0
Norveška	7,80	0

Vir: World Health Organization 2011.

Legenda:

0 – nizka povprečna poraba alkohola

1 – visoka povprečna poraba alkohola

g.) definicija in dihonomizacija neodvisne spremenljivke *strogost alkoholne politike (AP)*

Osnova za določanje strogosti ukrepov AP v naši raziskavi je obsežna mednarodna primerjalna raziskava o alkoholu (angl. »*European Comparative Alcohol Study*« - v nadaljevanju: ECAS), kjer je bila strogost ukrepov AP ocenjena na podlagi 6 kriterijev: kontrola proizvodnje in veleprodaje (licenciranje in državni monopol); kontrola maloprodaje; osebna kontrola (starostna omejitev nakupa alkoholnih pijač); kontrola oglaševanja (zakonsko ali prostovoljno urejeno); socialna kontrola (zgornja dovoljena

meja BAC); javno udejstvovanje (vzgojni ukrepi) (Karlsson in Österberg 2001).

Strogost AP je **5. obravnavani dejavnik**, ki vpliva na izid, torej peta neodvisna spremenljivka. Vrednosti 0 in 1 te spremenljivke smo na podlagi empiričnega kriterija dihotomiziranja določili na podlagi podatkov, ki so predstavljeni v Tabeli 5.7 (glej Tabelo 5.7), kjer lahko vidimo, da je razpon tega deleža za zbrane države od 7,00 do 17,00. Glede na razporeditev držav, smo se odločili, da postavimo mejo na 12,00. Torej države, ki imajo oceno strogosti AP nižjo od 12, dobijo vrednost 0, kar pomeni, da v teh državah nimajo strogih ukrepov zoper škodljivih učinkov alkohola. Države, ki imajo oceno strogosti AP višjo od 12, dobijo vrednost 1, kar pomeni, da v teh državah imajo stroge ukrepe zoper škodljive učinke alkohola.

Tabela 5.7: Zbrani podatki za določanje vrednosti 0 in 1 pri stopnji strogosti AP v 11 evropskih državah v letu 2000.

država	strogost	določanje vrednosti 1 in 0
Norveška	17,00	1
Švedska	16,50	1
Finska	14,50	1
Velika Britanija	13,00	1
Nizozemska	13,00	1
Francija	12,50	1
Španija	10,00	0
Danska	8,50	0
Nemčija	8,00	0
Portugalska	8,00	0
Avstrija	7,00	0

Vir: Karlsson in Österberg 2001.

Legenda:

0 – države, ki nimajo strogih ukrepov zoper škodljive učinke alkohola

1 – države, ki imajo stroge ukrepe zoper škodljive učinke alkohola

5.4 Rezultati

5.4.1 Vpliv izbranih dejavnikov na umrljivost zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev

Spodnji podatki (glej Tabelo 5.8) dobljeni s pomočjo programskega orodja Tosmana kažejo dihotomne vrednosti vseh 11 držav za izbrano odvisno in 4 neodvisne spremenljivke.

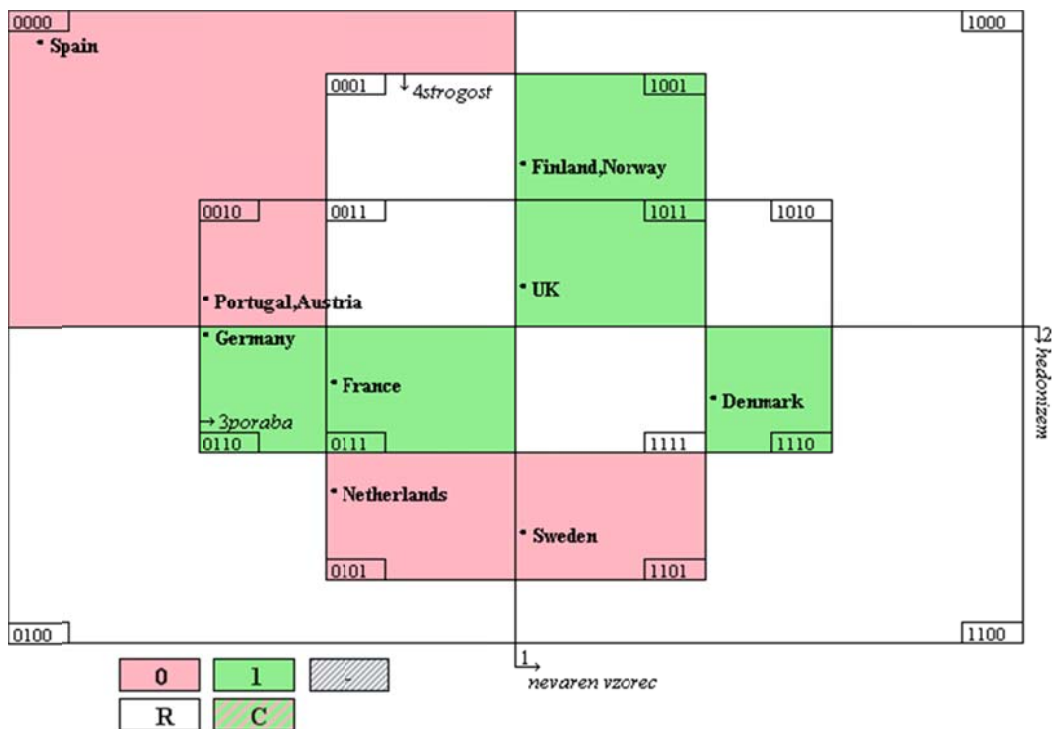
Tabela 5.8: Pravilnostna tabela s 4 pogoji in odvisno spremenljivko alkoholna ciroza jeter in zastrupitve.

država	nevaren vzorec	hedonizem	poraba	strogost	ciroza in zastrupitve
Finska, Norveška	1	0	0	1	1
Danska	1	1	1	0	1
Nemčija	0	1	1	0	1
Velika Britanija	1	0	1	1	1
Francija	0	1	1	1	1
Portugalska, Avstrija	0	0	1	0	0
Švedska	1	1	0	1	0
Španija	0	0	0	0	0
Nizozemska	0	1	0	1	0

Ker med kombinacijami ni kontradiktornosti, lahko nadaljujemo z nadaljnjo obdelavo zbranih podatkov s programskim orodjem Tosmana.

Ker raziskava vključuje 11 držav, je teoretično možnih 11 kombinacij dihotomnih vrednosti za izbrane dejavnike. Ker imata Finska in Norveška ter Portugalska in Avstrija popolnoma enako kombinacijo dihotomnih vrednosti, preostane 9 kombinacij, zato je na Vennovem diagramu (glej Sliko 5.4) pokritih 9 polj. Finska, Norveška, Danska, Nemčija, Velika Britanija in Francija imajo visoko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev, zato so označene z zeleno barvo. Portugalska, Avstrija, Švedska, Španija in Nizozemska imajo nizko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev, zato so označene z rožnato barvo.

Slika 5.4: Vennov diagram s 4 pogoji in 11 državami.



Legenda:

0 – Primeri z izidom 0; 1 – Primeri z izidom 1; R – Rešitev z ostanki; C – Kontradiktorna rešitev.

Izid 1 in 0: visoka in nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev

Kombinacije, s katerimi je dosežena visoka oz. nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev na odraslega prebivalca (15+), bomo predstavili z analizo podatkov z ostanki (angl. »include for reduction«).

Visoka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev na odraslega prebivalca (15+) je dosežena z 2 kombinacijama in 3 dejavniki (glej Tabelo 5.9): pri Finski, Norveški in Veliki Britaniji je ob odsotnem hedonizmu pomemben nevaren vzorec; pri Danski, Nemčiji in Franciji pa je ob prisotnem hedonizmu pomembna visoka povprečna poraba alkohola.

Tabela 5.9: Izid 1 z ostanki.

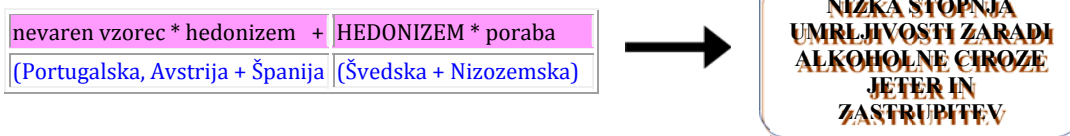
NEVAREN VZOREC * hedonizem +	HEDONIZEM * PORABA
(Finska, Norveška + Vel. Britanija)	(Danska + Nemčija + Francija)



**VISOKA STOPNJA
UMRLJIVOSTI
ZARADI ALKOHOLNE
CIROZE JETER IN
ZASTRUPITEV**

Nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi alkoholne ciroze jeter in zastrupitev na odraslega prebivalca (15+) je dosežena z 2 kombinacijama in 3 dejavniki (glej Tabelo 5.10): pri Portugalski, Avstriji in Španiji se je izkazalo, da ni problemov ob odsotnem hedonizmu in odsotnem nevarnem vzorcu; pri Švedski in Nizozemski pa ni problemov ob prisotnem hedonizmu in nizki povprečni porabi alkohola.

Tabela 5.10: Izid 0 z ostanki.



5.4.2 Vpliv izbranih dejavnikov na prometne nesreče s smrtnim izidom

Spodnji podatki (glej Tabelo 5.11) dobljeni s pomočjo programskega orodja Tosmana kažejo dihotomne vrednosti vseh 11 držav za izbrano odvisno in 4 neodvisne spremenljivke.

Tabela 5.11: Pravilnostna tabela s 4 pogoji in odvisno spremenljivko prometne nesreče s smrtnim izidom.

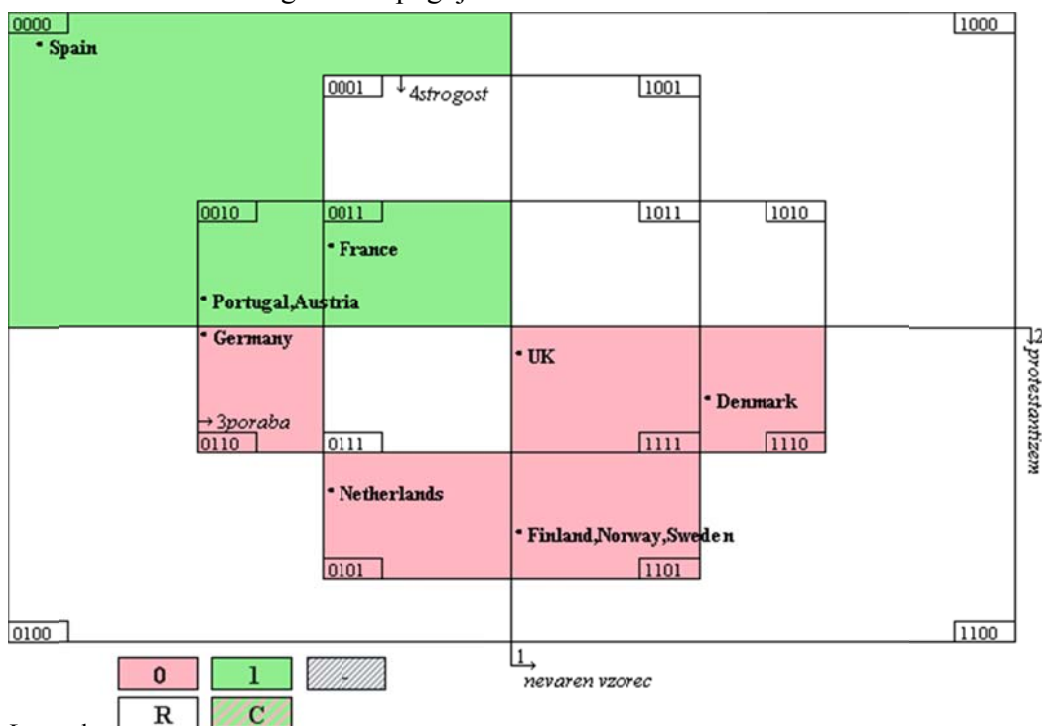
država	nevaren vzorec	protestantizem	poraba	strogost	prometne nesreče
Portugalska in Avstrija	0	0	1	0	1
Španija	0	0	0	0	1
Francija	0	0	1	1	1
Danska	1	1	1	0	0
Finska, Norveška in Švedska	1	1	0	1	0
Nemčija	0	1	1	0	0
Velika Britanija	1	1	1	1	0
Nizozemska	0	1	0	1	0

Ker med kombinacijami ni kontradiktornosti, lahko nadaljujemo z nadaljnjo obdelavo zbranih podatkov s programskim orodjem Tosmana.

Ker raziskava vključuje 11 držav, je teoretično možnih 11 kombinacij dihotomnih

vrednosti za izbrane dejavnike. Ker imata Portugalska in Avstrija ter Finska, Norveška in Švedska popolnoma enako kombinacijo dihotomnih vrednosti, preostane 8 kombinacij, zato je na Vennovem diagramu (glej Sliko 5.5) pokritih 8 polj. Portugalska, Avstrija, Španija in Francija imajo visoko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi prometnih nesreč s smrtnim izidom, zato so označene z zeleno barvo. Danska, Finska, Norveška, Švedska, Nemčija, Velika Britanija in Nizozemska imajo nizko starostno standardizirano stopnjo umrljivosti zaradi prometnih nesreč s smrtnim izidom, zato so označene z rožnato barvo.

Slika 5.5: Vennov diagram s 4 pogoji in 11 državami.



Legenda:

0 – Primeri z izidom 0; 1 – Primeri z izidom 1; R – Rešitev z ostanki; C – Kontradiktorna rešitev.

Izid 1 in 0: visoka in nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč

Kombinacije, s katerimi je dosežena visoka in nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč na odraslega prebivalca (15+) bomo predstavili z analizo podatkov brez ostankov (angl. »exclude for reduction«) in tudi z analizo

podatkov z ostanki (angl. »include for reduction«).

Visoka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč na odraslega prebivalca (15+) je dosežena z 1 kombinacijo in 1 dejavnikom (glej Tabelo 5.12): pri Portugalski, Avstriji, Španiji in Franciji je to odsotnost protestantizma; poleg tega je na Portugalskem, v Avstriji in Franciji prisotna še visoka povprečna poraba alkohola (glej Tabelo 5.13).

Tabela 5.12: Izid 1 z ostanki.

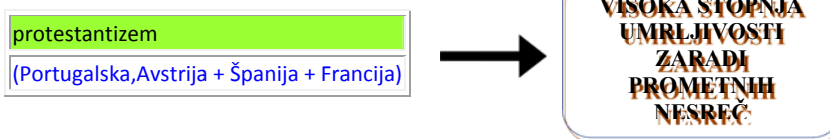
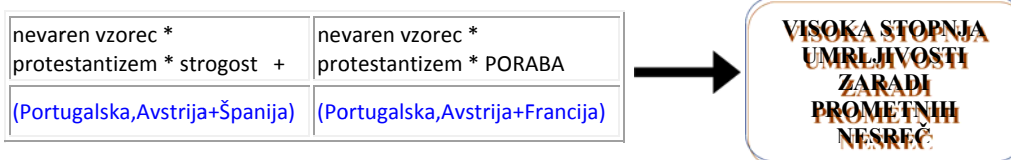


Tabela 5.13: Izid 1 brez ostankov.




Nizka starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi prometnih nesreč na odraslega prebivalca (15+) je ravno tako dosežena z 1 kombinacijo in 1 dejavnikom (glej Tabelo 5.14): pri Danski, Finski, Norveški, Švedski, Nemčiji, Veliki Britaniji in na Nizozemskem je to prisotnost protestantizma; poleg tega imajo na Finskem, Norveškem, Švedskem, Nizozemskem in v Veliki Britaniji stroge ukrepe zoper škodljive učinke alkohola (glej Tabelo 5.15).

Tabela 5.14: Izid 0 z ostanki.



Tabela 5.15: Izid 0 brez ostankov.

PROTESTANTIZEM * PORABA * strogost +	NEVAREN VZOREC * PROTESTANTIZEM * STROGOST +	PROTESTANTIZEM * poraba * STROGOST	
(Danska+Nemčija)	(Finska,Norveška, Švedska+Velika Britanija)	(Finska,Norveška, Švedska+Nizozemska)	

Pri tej odvisni spremenljivki je potrebno upoštevati dejstvo, da zajema vse prometne nesreče s smrtnim izidom in ne le tiste, ki vključujejo alkohol, saj je te podatke v mnogih državah težko pridobiti.

5.4.3 Preverjanje hipotez

Generalna hipoteza:

Generalno hipotezo (*»Večja je prisotnost škodljivih učinkov alkohola ob prisotnosti oz. odsotnosti določenih družbeno-kulturnih dejavnikov. Predvidevamo, da se bodo v analizi izbrani družbeno-kulturni dejavniki izkazali kot ključni pogoji za prisotnost izida. V skladu s kvalitativno primerjalno analizo ne preučujemo vsak pogoj posebej, temveč kombinacijo le-teh.«*) lahko **potrdimo**, saj se je izkazalo, da imajo družbeno-kulturni dejavniki (v našem primeru so to »vrednote« in »vzorec pitja«) večji vpliv na škodljive učinke alkohola kot sistemski pogoji (v našem primeru je to »strogost AP«) in povprečna poraba alkohola.

Razčlenjevačni hipotezi:

Hipoteza 1:

Hipotezo 1 (*»Večja je prisotnost alkoholne ciroze jeter in zastrupitev ob prisotnosti nevarnega vzorca pitja alkoholnih pijač in hedonizma. Predvidevamo, da sta to ključna pogoja«*) lahko **potrdimo**, saj sta se nevaren vzorec pitja alkohola (nevarne pivske navade) in hedonizem (uživaštvo) izkazala kot odločilna dejavnika nastanka alkoholne

ciroze jeter in zastrupitev, ki sta temeljna zdravstvena kazalca škodljivih učinkov alkohola.

Hipoteza 2:

Hipotezo 2 (*»Večja je prisotnost vseh prometnih nesreč s smrtnim izidom ob odsotnosti protestantizma. Predvidevamo, da je to ključni pogoj.«*) lahko **potrdimo**, saj se je protestantizem, za katerega je značilna močna samokontrola, izkazal kot odločilni dejavnik pri vseh prometnih nesrečah s smrtnim izidom.

Sklepne misli

Na podlagi kvalitativne primerjalne analize QCA smo preko 2 razčlenjevalnih hipotez **potrdili generalno hipotezo, da je večja prisotnost škodljivih učinkov alkohola ob prisotnosti oz. odsotnosti določenih družbeno-kulturnih dejavnikov** oz., da imajo družbeno-kulturni dejavniki (v našem primeru so to »vrednote« in »vzorec pitja«) večji vpliv na škodljive učinke alkohola kot sistemski pogoji (v našem primeru je to »strogost AP«) in povprečna poraba alkohola. Pri obeh razčlenjevalnih hipotezah so se namreč v skladu s našimi napovedmi izbrani družbeno-kulturni dejavniki izkazali kot ključni za prisotnost škodljivih učinkov alkohola. Izkazalo se je, da na alkoholno cirozo jeter in zastrupitve od vseh izbranih dejavnikov najbolj vplivata družbeno-kulturna dejavnika nevaren vzorec pitja alkoholnih pijač in hedonizem, medtem ko ima na prometne nesreče s smrtnim izidom od vseh izbranih dejavnikov največji vpliv družbeno-kulturni dejavnik protestantizem. Gre torej za odločujoč vpliv vzorca pitja alkoholnih pijač, življenjskega stila in religije na škodljive učinke alkohola.

Skladno s tem je še bolj jasno, kako zahtevno in kompleksno je oblikovanje celovite in učinkovite AP oz. da je za namen oblikovanja ustrezne kulture pitja alkoholnih pijač nesmiselno zgolj povečevati strogost AP in zmanjševati porabo alkohola, saj slednje ne bo prineslo zelenega rezultata. Poraba alkohola in škodljivi učinki alkohola namreč nista niti soodvisna niti izključujoča pojma (Peele in Brodsky 1996).

6 SKLEP

V zadnjih letih je večina evropskih držav, z namenom zmanjšanja obsega škodljivih učinkov alkohola, precej poostrila ukrepe AP. V skandinavskih državah, za katere je značilna najstrožja AP in največ škodljivih učinkov alkohola v Evropi, so v nasprotju s tem uvideli, da ustrezno reševanje problematike škodljivih učinkov alkohola presega zgolj omejevalno in kaznovalno politiko s ciljem zmanjševanja porabe alkohola. Zato so redefinirali osnovni cilj AP (Karlsson in Östenberg 2001). Dolgoročen cilj skandinavske paradigme AP je tako postala sprememba odnosa do alkohola, ki mora postati samoomejujoč, kar pomeni »zavedanje posameznika, da alkohol ni navadna dobrina in da tvegano in škodljivo uživanje alkohola nista sprejemljiva« (Kerstin Petrič 2010, 4). Škodljive učinke alkohola so zato začeli omejevati skozi spreminjanje vrednotnih sistemov in družbenih norm, kar je postopen in dolgotrajni proces. Poleg omejevanja dostopnosti do alkohola, prepovedi oglaševanja alkohola in ukrepov za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, so uvedli kakovostno celostno vzgojo, svetovanje v osnovnem zdravstvu itd.

Sedanje krizne razmere pogojujejo porast tveganega uživanja alkohola. Zato je še bolj družbeno neodgovorno na eni strani javno spodbujanje proizvodnje (subvencioniranje proizvodnje alkohola) in porabe alkohola (dovoljeno oglaševanje alkohola) ter na drugi strani pretirana družbena tolerantnost do škodljivih učinkov alkohola (anemično spremljanje in le navidezno preprečevanje tveganega uživanja alkohola). Namesto tega je nujno potrebna vpeljava drugačne paradigme AP s prepovedjo oglaševanja alkohola, z doslednejšim sankcioniranjem in s sodnim pregonom tistih, ki s tveganim uživanjem alkohola ogrožajo druge. Slednje je v skladu z mislijo sociologa Emila Durkheima, da s tem, ko družba kaznuje kršilce pravil, jasno opredeli, kaj je dopustno in kaj ni ter tako utrjuje kolektivno zavest, katere pomemben del so splošno sprejeta prepričanja o prepovedanih, dopustnih in zaželenih ravnanjih. Gre za način, kako bolj jasno določiti meje dopustnega v družbi in posledično vplivati na ravnanje in vrednote posameznikov (Kuhar 2011). Ob tem se je treba zavedati, da bolj dosledno držanje pravil ni dovolj, če so ta pravila preveč ohlapno ali napačno zastavljena.

V magistrskem delu smo skušali pojasniti zahtevnost in kompleksnost problematike škodljivih učinkov alkohola ter oblikovanja celovite in učinkovite AP. Med ključne determinante škodljivih učinkov alkohola smo poleg družbeno-kulturnih dejavnikov nasploh uvrstili še samo kulturo pitja, povprečno porabo alkohola, pogostost pitja, količino zaužitega alkohola ob eni priložnosti itd. V empiričnem delu so se družbeno-kulturni dejavniki izkazali za ključno determinanto škodljivih učinkov alkohola, saj je bila v primerjalno kvalitativni analizi QCA potrjena generalna hipoteza, da na večjo prisotnost škodljivih učinkov alkohola najbolj vpliva prisotnost/odsotnost nekaterih družbeno-kulturnih dejavnikov. Izkazalo se je, da na alkoholno cirozo jeter in zastrupitve najbolj vplivata nevaren vzorec pitja in hedonizem, medtem ko ima na prometne nesreče s smrtnim izidom največji vpliv protestantizem. Gre torej za odločujoč vpliv vzorca pitja alkoholnih pijač, življenjskega stila in religije na škodljive učinke alkohola. Izkazalo se je tudi, da imajo navedeni družbeno-kulturni dejavniki (vrednote in vzorec pitja) na prisotnost škodljivih učinkov alkohola večjo težo kot sistemski pogoj (strogost AP) in poraba alkohola ter da pitje alkoholnih pijač predstavlja kulturno vrednoto. Za vrednotne sisteme kot pomemben del kulture pa je značilno, da oblikujejo vedenje in prepričanja pripadnikov kulture (Kerstin Petrič 2010).

Potrjena generalna hipoteza je še dokaz več, da je za vpeljavo premišljenega koncepta celovite in učinkovite AP, ki ji lahko rečemo tudi težko sestavljiv mozaik, potrebno razumevanje kulturno določenih vrednot in družbenih norm ter usklajeno delovanje na evropski ravni, saj ravnanje posameznika določa širši družbeni kontekst (Babor in drugi 2003; Murray in Lopez 1996). Pri oblikovanju celovite in učinkovite AP morajo države omejiti vpliv alkoholnih lobijev na oblikovanje, evalvacijo in izvajanje AP, popularizirati vzorec zmernega pitja alkoholnih pijač, preprečevati tvegan način uživanja alkohola in demistificirati alkohol kot tak, saj pozitivni učinki alkohola niso zanemarljivi itd. (Wagenaar in Toomey 2000). Temu morajo slediti mediji s sporočili za spodbujanje zmernosti in samonadzora. Glede na to, da vzorci pitja alkoholnih pijač v sredozemskih državah temeljijo na družabni in prehranjevalni vrednosti alkoholnih pijač ter kažejo močno usmerjenost k samonadzoru, bi bilo vredno temeljito raziskati procese, ki lahko sprožijo kolektivne mehanizme samonadzora in zmernosti. V praksi bi morali oceniti tudi

možnosti usklajevanja učinkovitih preventivnih politik, ki obravnavajo kolektivno in individualno škodo, povezano z uživanjem alkohola, katerega absurdna lastnost je, da večino škode povzroči osebam, ki sami niso pivci. Glede na to, da je večina dosedanjih raziskav pokazala, da je neformalna socialna kontrola bistveno učinkovitejša od formalne socialne kontrole (Rivers 1994), bi veljalo več napora usmeriti tudi v rehabilitacijo klasičnih socializatorjev, »ki nimajo več takšne moči kot so jo imeli v preteklosti« (Lukšič v MMC RTVSLO 2011). Tu je mišljena predvsem vloga družine, ki je »ena najstarejših in najmočnejših socialnih institucij. Člani v njej praviloma delijo načelna stališča in stil življenja. Tako je otrok s svojimi problemi najpogosteje simptom problemov v družini« (Šlajmer-Japelj 1989, 195).

Slovenija, kjer alkohol predstavlja enega ključnih javno zdravstvenih problemov, nima celovite in učinkovite AP, strategije, akcijskega načrta in zadostnega pretoka informacij na področju problematike škodljivih učinkov alkohola. Ravno tako nima med seboj usklajenih in povezanih deležnikov, kontinuitete in evalviranih programov. Namesto tega so za Slovenijo značilni neosveščeni mediji, pomanjkanje politične volje, povsem neobdavčeno vino in od leta 2002 dalje spet dovoljeno oglaševanje alkohola (Kerstin Petrič 2010; Kamin v Inštitut za varovanje zdravja RS 2010). V kratkem se nam obeta dodatna obdavčitev sladkih brezalkoholnih pijač, čeprav je imel v tujini tak ukrep za posledico zgolj povečanje porabe alkohola (MMC RTVSLO 2011A). Lahko le upamo, da medijsko izpostavljena in smiselna strožja zakonodaja na področju vožnje pod vplivom alkohola, ki je v veljavi od julija 2011, ni le marketinška poteza slovenske politike, temveč začetek premišljenih in korenitih sprememb AP v Sloveniji. Skladno s tem bi morali v Sloveniji vpeljati dolgoročne ukrepe AP (npr. sistemska in obvezna edukacija otrok in odraslih o škodljivih učinkih alkohola, popolna prepoved oglaševanja alkohola, obdavčitev vina, agresivni socialni marketing itd.). Vrednote se namreč goji od malega in je potrebno ljudi nanje dan za dnem spominjati (Nussdorfer 2009).

7 LITERATURA

- Ahlström-Laakso, Salme. 1976. European drinking habits: A review of research and some suggestions for conceptual integration of findings. *Cross-Cultural Approaches to the Study of Alcohol: An Interdisciplinary Perspective*: 119–132.
- Allamani, Allaman in Franco Prina. 2007. Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s? Shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems* 34 (2): 187-198.
- Anderson, Peter in Ben Baumberg. 2006. *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institut of Alcohol Studies, UK. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf (10. november 2010).
- Anderson, Peter in Ben Baumberg. 2006A. Alkohol v Evropi. Perspektiva javnega zdravja. Poročilo za Evropsko unijo. *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. Povzetek. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_sl_en.pdf (14. avgust 2011).
- *Arhiv družboslovnih podatkov*. 2004. Dostopno prek: <http://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/ess03/> (24. april 2011).
- Babor, Thomas B., Raul Caetano, Sally Casswell, Griffith Edwards, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel W. Grube, Linda Hill, Harold Holder, Ross Homel, Michael Livingston, Esa Österberg, ur. 2003. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bajt, Maja, 2010. *Uživanje alkohola in njegova škodljivost v nosečnosti*. Dostopno prek: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pkOUtGEc5QUJ:www.ivz.si/Mp.aspx%3Fni%3D12%26pi%3D5%26_5_id%3D45%26_5_PageIndex%3D0%26_5_groupId%3D180%26_5_newsCategory%3D%26_5_action%3DShowNewsFull%26p1%3D12-5.0.+enota+alkohola&cd=8&hl=sl&ct=clnk&gl=si (2. december 2010).
- Beccaria, Franca 2001. The Italian debate on alcohol advertising regulation. *Contemporary Drug Problems*. 28 (4): 719-737.

- Bergauer, Andrej in Davorin Dajčman. 2006. Osnove jetrne ciroze = Basic concepts of liver cirrhosis. *Medicinski mesečnik* 2 (1): 14-22.
- Bezeg, Teja. 2003. *Oglaševanje alkoholnih pijač v slovenskem tisku*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Božič, Dare. 1991. Erving Goffman: Stigma. *Časopis za kritiko znanosti* 19 (138-139): 137-154.
- Brown, Gordon. 1990. *Handbook of fine brandies*. London: Garamond.
- Bruun, Kettil, Griffith Edwards, Martti Lumio, Klaus Mäkelä, Lynn Pan, Robert E. Popham, Robin Room, Wolfgang Schmidt, Ole-Jørgen Skog, Pekka Sulkunen in Esa Österberg, ur. 1975. *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Campbell, Robert A. 1991. *Demon Rum or Easy Money: Government control of liquor of human capital: issues and policy options*. Washington, D.C.: World Bank.
- Clinard, Marshall B. in Meier, Robert F. 2001. *Sociology of deviant behavior*. New York: Harcourt College Publishers.
- Cottino, Amedeo. 1995. Alcohol and Culture in Italy. V *International Handbook on Alcohol and Culture*, ur. Dwight B. Heath. 156-167. Westport: Greenwood Press.
- Cronqvist, Lasse. 2011. *Tosmana - Tool for Small-N Analysis* [Version 1.3.2]. Dostopno prek: <http://www.tosmana.net> (1. september 2011).
- Čebašek-Travnik, Zdenka. 2006. Alkohol in druge droge kot javnozdravstveni problem. *Delo in varnost* 51 (3): 24-25.
- Čebašek-Travnik, Zdenka, Marjetka Hovnik-Keršmanc in Eva Stergar. 1999. *Alkohol? Čim manj - tem bolje, otroci in mladostniki pa sploh ne!* Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Easton, Mark. 2010. *Drugs debate hots up*. BBC, 1. november 2010. Dostopno prek: http://www.bbc.co.uk/blogs/thereporters/markeaston/2010/11/drugs_debate_hots_up.html (14. december 2010).
- Edwards, Griffith, Peter Anderson, Thomas F. Babor, Sally Casswell, Roberta Ferrence, Norman Giesbrecht, Christine Godfrey, Harold Holder in Paul Lemmens, ur. 1994. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- EURO CARE. 2010. *10 pozivov k ukrepanju. A call for action*. Dostopno prek:

- www.mz.gov.si/.../10_pozivov_k_ukrepanju_-_CALL_FOR_ACTION_... (6. marec 2011).
- EUROCARE. 2011. *Comparing the different Member States*. Dostopno prek: http://www.eurocare.org/resources/country_profiles/relevant_documents (26. avgust 2011).
 - European Commission. 2006. *Alcohol-related harm in Europe-Key data*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf (27. avgust 2011).
 - European Commission. 2011. *The legal limit*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/alcohol/prevalence_and_rate_of_alcohol_consumption/the_legal_limit.htm (16. maj 2011).
 - European Commission. 2011A. *Trends*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/statistics/trends/index_en.htm (21. avgust 2011).
 - *European Social Survey (ESS)*. Dostopno prek: <http://www.europeansocialsurvey.org/> (25. april 2011).
 - Evropska unija. 2011. *Enotni trg*. Dostopno prek: http://europa.eu/abc/12lessons/lesson_6/index_sl.htm (29. april 2011).
 - Flaker, Vito. 2000. Delo in stigma: Socialna posledica uživanja heroina. *Odvisnosti* 1 (1-2): 45-54.
 - Giddens, Anthony. 1993. *Sociology*. Oxford: T.J. Press (Padsow).
 - *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. 2011. Dostopno prek: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH&vid=52540> (25. april 2011).
 - Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Prentice-Hall.
 - Haralambos, Michael in Martin Holborn. 2008. *Sociology: themes and perspectives*. London: Collins.
 - Harkin, Anna-May, Peter Anderson in Juhani Lehto, ur. 1995. *Alcohol in Europe - a health perspective*. Copenhagen: World Health Organization (WHO).
 - Heath, Dwight B. 1987. Addictive behaviors and minority populations in the United

- States: American Indian drug use as a cultural case-study. V *Developments in the Assessment and Treatment of Addictive Behaviors*, ur. Ted D. Nirenberg in Stephen A. Maisto. 339-351. Norwood: Ablex Publishing.
- Heath, Dwight B. 1995. An Anthropological View of Alcohol and Culture in International Perspective. V *International Handbook on Alcohol and Culture*, ur. Dwight B. Heath. 328-347. Westport: Greenwood Press.
 - Hilton, Michael E. in Bruce M. Johnstone. 1988. International trends in alcohol consumption: a report on a symposium. *Contemporary Drug Problems* 15 (4): 685-716.
 - Hovnik Keršmanc, Marjetka. 2010. Epidemiologija rabe alkohola v Sloveniji. V *Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki*, ur. Ivica Avberšek Lužnik, Boris Miha Kaučič in Simona Hvalič Touzery, 96-104. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
 - Hozjan, Jana. 2009. *Dejavniki, ki vplivajo na stopnjo odgovorov pri spletnih anketah*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 - Inštitut za varovanje zdravja RS. 2009. *Pregled glavnih političnih dokumentov s področja alkohola v mednarodnem prostoru in Sloveniji*. Dostopno prek: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=164&pi=5&_5_id=42&_5_PageIndex=0&_5_groupId=180&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=164-5.0. (15. avgust 2011).
 - Inštitut za varovanje zdravja RS. 2010. *Posledice tvegane pitja alkohola so veliko breme*. Dostopno prek: http://www.infomosa.si/baze_podatkov/raziskave/espada_evropska_raziskava_o_alkoholu_in_preostalih_drogah_med_solsko_mladino.html. (11. december 2010).
 - *International Center for Alcohol Policy (ICAP)*. Dostopno prek: <http://www.icap.org/PolicyIssues/DrinkingGuidelines/StandardDrinks/tabid/126/Default.aspx> (12. avgust 2011).
 - Jan, Manca. 2002. *Protestantska etika in duh kapitalizma*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 - Jeriček Klanšček, Helena, Maja Zorko, Maja Bajt in Saška Roškar, 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

- Jowell, Roger, Caroline Roberts, Rory Fitzgerald in Eva Gilian, ur. 2007. *Measuring Attitudes Cross-Nationally: Lessons from the European Social Survey*. London: Sage Publications.
- Karlsson, Thomas in Esa Österberg. 2001. A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 18 (English suppl.): 117-131.
- Karlsson, Thomas in Jussi Simpura. 2001. Changes in living conditions and their links to alcohol consumption and drinking patterns in 16 European countries, 1950 to 2000. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 18 (English suppl.): 82–99.
- Kammeyer, K.C.W., Georg Ritzer in Norman R. Yetman, ur. 1996. *Sociology. Experiencing*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kerstin Petrič, Vesna. 2010. *Izzivi alkoholne politike v Sloveniji*. Prispevek na Prvi nacionalni konferenci o alkoholni politiki. *Brdo pri Kranju*, 2. november.
- Kilpatrick, Dean G. 2000. *Definitions of Public Policy and the Law*. *National Violence Against Women Prevention Research Center*. Dostopno prek: <http://www.musc.edu/vawprevention/policy/definition.shtml> (27. oktober 2011).
- Kirn, Elizabeta. 2008. *Zaupanje v institucije v državah članicah EU – medčasovna analiza*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Klanjšek, Rudi. 2005. *Družba in njena dinamika. Ciklizem v makroskopskem pogledu*. Maribor: Pedagoška fakulteta Maribor.
- Kljajič, Marjeta. 2005. *Vpliv trženjskega komuniciranja na povpraševanje po (žganih) alkoholnih pijačah*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Kržan, Mojca. 2006. *Farmakologija alkohola in drugih drog ter njun vpliv na zmožnost za delo*. Ljubljana: prispevek na 4. konferenci IRSD. Dostopno prek: www.id.gov.si/fileadmin/id.../Mojca_Kr__an_4_konf.pdf. (28. april 2011).
- Kuhar, Gregor, 2011. *Kriza vrednot, kriza sistema ali dve strani iste medalje?* Dostopno prek: http://www.katedra-on.net/index2.php?option=com_content&task=view&id=328&pop=1&page=0&Itemid=9 (1. november 2011).
- Kumar, Matej. 2009. *Evalvacija uporabniških vmesnikov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- Lehto, Juhani. 1995. *Approaches to Alcohol Control Policy*. Copenhagen: WHO Regional Publications.
- Leifman, Hakan. 2001. Estimations of unrecorded alcohol consumption levels and trends in 14 European countries. V *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 18 (English suppl.): 54–70.
- Lobe, Bojana. 2006. Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod - stara praksa v novi preobledi? *Družboslovne razprave* 22 (53): 55-73.
- Lovrec, Ksenija. 2010. *Zastrupitve so pogoste*. Vita, 1. november. Dostopno prek: http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=74&naslovclanek=Zastrupitve_so_pogoste
- Mandelbaum, David Goodman. 1965. Alcohol and culture. *Current Anthropology* 6 (3): 281-293.
- Mandič, Marijana. 2007. Fetalni alkoholni sindrom. Viva. Revija za zdravo življenje. Dostopno prek: <http://www.viva.si/Ginekologija-in-porodni%C5%A1tvo/914/Fetalni-alkoholni-sindrom> (11. september 2011).
- Marinko, Teja, Ines Štokelj, Katarina Kuliš in Jure Gačnik, ur. 2009. *Politika SZO in prednostna področja za ukrepanje*. Ljubljana. Seminar. Dostopno prek: www.mf.uni-lj.si/dokumenti/35eefd485960370b1576a1439bd1954e.pdf (24. april 2011).
- Medved, Drago. 1997. *Vinski brevir*. Ljubljana: Rokus.
- Ministrstvo za javno upravo. 2011. *Skupna pobuda NVO na področju alkohola in alkoholne politike v Sloveniji*. Dostopno prek: www.preventivna-platforma.si/.../Pobuda_alkohol_PREDLOG_01.do... (1. november 2011).
- Ministrstvo za zdravje. 2007. *Alkohol in alkoholna politika v Sloveniji in Evropi*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/mz_dokumenti_2007/prepovedane_droge_in_alkohol/alkohol_in_alkoholna_politika_v_Sloveniji_in_EU.pdf (2. december 2010).
- Ministrstvo za zdravje. 2008. Poročilo o stanju na področju alkohola in alkoholne politike v Sloveniji in Evropi. Dostopno prek: www.mz.gov.si/fileadmin/.../Porocilo_o_stanju_2008_alkohol.doc (15. avgust 2011).

- Ministrstvo za zdravje. 2011. *Alkohol in promet*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/javno_zdravje/sektor_za_krepitev_zdravja_in_zdrav_zivljenjski_slog/alkohol/pomembna_dejstva/alkohol_in_promet/ (12. Avgust 2011).
- Ministrstvo za zdravje. 2011A. *Stanje v Sloveniji*. Dostopno prek: www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/.../Alkohol_Stanje_v_Sloveniji.doc (12. avgust 2011).
- MMC RTVSLO. 2011. *Kontaktna oddaja: Gost dr. Igor Lukšič*. Dostopno prek: <http://tvslo.si/predvajaj/kontaktna-oddaja-gost-dr-igor-luksic/ava2.101120811/> (10. september 2011).
- MMC RTVSLO. 2011A. *Višji davek na sladke pijače - skrb za zdravje in polnjenje proračuna*. Dostopno prek: <http://www.rtvlo.si/svet/visji-davek-na-sladke-pijace-skrb-za-zdravje-in-polnjenje-proracuna/265003> (1. september 2011).
- Mohorič, Katja. 2008. Kaj lahko storimo sami za čiščenje telesa? Grozdje – jesensko darilo zdravju. *ABC zdravja* 54 (9): 1-5.
- Murray, Christopher in Alan Lopez. 1996. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- *Nalijem.si*. Dostopno prek: <http://www.nalijem.si/o-alkoholu/merica/view> (11. december 2010).
- Nastran – Ule, Mirjana. 2005. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Nenadič, Tina. 2005. *Evalvacija kmetijske politike v Sloveniji v letih 1991 do 2003*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Nussdorfer, Vlasta. 2009. *Kriza vrednot*. Dostopno prek: <http://www.ius-software.si/DnevneVsebine/Kolumna.aspx?id=10880> (2. november 2011).
- Oberlé, Daniel, Michel Craplet in Hélène Therre, ur. 1998. *Overview of national alcohol policies in the 15 countries of the European Union*. Nancy: French Society of Public Health.
- Österberg, Esa in Karlsson, Thomas, ur. 2002. *Alcohol policies in EU member states and Norway. A collection of country reports*. Helsinki: Stakes.

- Pavičević, Vuko. 1980. *Sociologija religije sa elementima filozofije religije*. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod.
- Peele, Stanton in Archie Brodsky. 1996. *Alcohol and society: How culture influences the way people drink*. San Francisco: Wine Institute. Dostopno prek: <http://peele.net/lib/sociocul.html> (28. avgust 2011).
- Prevc, Alojzija. 2008. *Mednarodno poslovanje*. Ljubljana: Izobraževalni zavod Hera.
- Ragin C., Charles. 2007. *Družboslovno raziskovanje. Enotnost in raznolikost metode*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Rehm, Jürgen, Robin Room, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel, Kathryn Graham, Nina Rehn, Christopher T. Sempos, Ulrich Frick in David Jernigan. 2004. Alcohol use. V *Comparative Quantification of Health Risks*, ur. Majid Ezzati, Alan D. Lopez, Anthony Rodgers in Christopher J.L. Murray, 959-1109. Ženeva: World Health Organization.
- Rehn Nina, Robin Room in Griffith Edwards, ur. 2001. *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rivers, P. Clayton. 1994. *Alcohol and human behavior. Theory, Research and practice*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Room, Robin. 1987. Alcohol monopolies in the U. S.: Challenges and opportunities. *Journal of Public Health Policy* 8 (4): 509-530.
- Room, Robin. 1993. The evolution of alcohol monopolies and their relevance for public health. *Contemporary Drug Problems* 20 (2): 169-187.
- Room, Robin. 1999. The idea of alcohol policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 16 (English suppl.): 7-20.
- Rovšek, Jožica. 2010. *Cestnoprometne nesreče - metodološka pojasnila*. Dostopno prek: http://www.stat.si/doc/metod_pojasnila/22-220-MP.htm (9. april 2011).
- Shrani.si. *Pomen uživanja vina kot dela obroka hrane*. Dostopno prek: <http://shrani.si/files/pomenuivanxxay.pdf> (14. avgust 2011).
- Simpura, Jussi in Thomas Karlsson, ur. 2001. *Trends in drinking patterns in fifteen European countries, 1950 to 2000. A collection of country reports*. Helsinki: Stakes.

- Suhrcke, Marck. 2006. *The economic costs of ill health in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Sulkunen, Pekka. 1978. *Developments in the availability of alcoholic beverages in the EEC countries*. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies.
- Škrila, Darja. 2005. Alkohol, regresija in nasilje. *Zdravstveni vestnik* 74 (9): 535-537.
- Šlajmer-Japelj, Majda. 1989. Organizacija dela. Polivalentno patronažno varstvo kot sestavina primarnega zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege* 23 (3-4): 191-197.
- Tomšič, Barbara. 2003. Colin Campbell: Romantična etika in duh sodobnega porabništva. *Družboslovne razprave* 19 (44): 189-190.
- Vial, Ted. 2011. *Protestantism Overview*. Dostopno prek: <http://www.patheos.com/Library/Protestantism.html?&showAll=1> (26. Avgust 2011).
- Vidmar, Luka. 2002. *Družbeni in kulturni vidiki pitja alkoholnih pijač*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Vingilis, Evelyn; Richard Lote in Jane Seeley, ur. 1998. Are trade agreements and economic co-operatives compatible with alcohol control policies and injury prevention? *Contemporary Drug Problems* 25 (3): 579-620.
- Viva.si. *Alkoholizem (Zasvojenost z alkoholom)*. Dostopno prek: <http://www.viva.si/Bolezni/Psihijatrija/4419/Alkoholizem-Zasvojenost-z-alkoholom> (12. avgust 2011).
- Vrečar, Petra. 2003. *Odnos države do alkohola*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Wagenaar, Alexander C. in Traci L. Toomey, ur. 2000. Alcohol policy: Gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 27 (4): 681-733.
- World Health Organization. 2000. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Ženeva: Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO.
- World Health Organization. 2010. *European Status Report on Alcohol and Health*. Geneve: WHO Regional Office for Europe, WHO.
- World Health Organization. 2011. *European Health for All Database (HFA-DB)*. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2> (24. april 2011).

- World Health Organization. 2011A. *The global burden*. Dostopno prek: http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html (26. maj 2011).
- Žagar, Borut. 2009. *Denacionalizacija Rimskokatoliške cerkve na Slovenskem*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Žoldoš, Martina. 2009. *Reprezentacija alkohola v tiskanih medijih*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.