

Z badań i doświadczeń zagranicznych

**Kim Bloomfield¹, Salme Ahlström², Allaman Allamani³, Marie Choquet⁴,
Francesco Cipriani⁵, Gerhard Gmel⁶, Béatrice Janin Jacquat⁶, Ronald
Knibbe⁷, Ludek Kubicka⁸, Thérèse Lecomte⁹, Patrick Miller¹⁰, Moira
Plant¹⁰, Fredrik Spak¹¹**

¹Institute for Medical Informatics, ²Biostatistics & Epidemiology Free University of Berlin, ³Centro Alcológico Integrato – Florence, ⁴Paul Brousse Hospital – Villienf CEDEX, ⁵U.O. Epidemiologia – Florence, ⁶Swiss Institute for Prevention of Alcohol & Drug Problems – Lausanne, ⁷Department of Medical Sociology – University Maastricht, ⁸Psychiatric Centre – Praque, ⁹CREDES – Paris, ¹⁰Alcohol & Health Research Centre City Hospital – Edinburgh, ¹¹Department of Social Medicine University – Gothenburg.

SPOŻYCIE ALKOHOLU I PROBLEMY ALKOHOLOWE WŚRÓD KOBIEC W KRAJACH EUROPEJSKICH

WSTĘP

Europa jest częścią świata przodującą w spożyciu alkoholu. Spośród 16 państw członkowskich Unii Europejskiej siedem znajduje się na liście 10 krajów o najwyższym na świecie spożyciu alkoholu. Alkohol jest więc powszechnie obecny w Europie. Chociaż alkohol jako napój i żywność jest stale obecny w życiu codziennym wielu krajów europejskich, ma wiele szkodliwych następstw. Zajmując się problemami spowodowanymi przez nadmierne używanie alkoholu zwracano dotychczas uwagę głównie na picie alkoholu przez mężczyzn. Działo się tak przypuszczalnie dlatego, że osób pijących jest więcej wśród mężczyzn niż wśród kobiet, mężczyźni piją częściej i więcej alkoholu niż

*Artkuł jest podsumowaniem raportu końcowego wielośrodkowego programu badawczego BIOMED 2 (BMH4-CT96-01179 oraz IC20 – CT96-0051) finansowanego przez European Commission, a także w części sponsorowanego przez German Federal Ministry of Health, Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Federal Statistical Office oraz Swiss Federal Office of Education & Science. Koordynatorem programu była Kim Bloomfield z Institute for Medical Informatics, Biostatistics & Epidemiology – Free University of Berlin.

kobiety, a także znacznie częściej niż kobiety figurują w większości statystyk dotyczących chorób i dolegliwości związanych z alkoholem.

Rozpowszechnienie nadużywania alkoholu i picia problemowego wśród kobiet jest jednak tak duże, że zasługuje na uwagę i podjęcie badań. Jest to istotne, ponieważ do niedawna w większości badań przyjmowano uogólnienia oparte wyłącznie lub głównie na picciu alkoholu przez mężczyzn. Ponieważ wykazano, że picie alkoholu przez kobiety różni się od picia mężczyzn nie tylko pod względem wzorca picia, ale także czynników warunkujących nadużywanie alkoholu i picie problemowe, trzeba podjąć specjalne działania i badania, aby pogłębić wiedzę w tej dziedzinie. Od początku lat siedemdziesiątych uzyskano pewien postęp, jeśli chodzi o uwzględnianie faktu, że dane z badań nad wzorcami picia alkoholu i problemami alkoholowymi wśród mężczyzn niekoniecznie odnoszą się do pijących kobiet. Co więcej, w tym czasie zaczęto postulować podejście bardziej wyrównujące szanse obu płci, a nawet podejmowanie badań nad kobietami po to, by poznać specyfikę picia alkoholu przez kobiety oraz ich problemy.

Niestety, znacznie mniej badań nad związaniem z picciem alkoholu zachowaniem kobiet przeprowadzono w Europie, mimo wielu ważnych powodów uzasadniających zainteresowanie badaczy picciem alkoholu przez Europejki. W Europie nie ma czegoś takiego, jak jednolita kultura picia. W rzeczywistości istnieje tu szereg różnych tradycji picia alkoholu. Wykazano ponadto, że wielkość różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie zachowań towarzyszących picciu alkoholu zależy od czynników kulturowych. Stanowi to kolejny powód, dla którego warto badać w skali europejskiej związane z picciem alkoholu zachowania kobiet w porównaniu z zachowaniami mężczyzn. Jak się wydaje, nie dokonano dotychczas zbiorczego zestawienia i podsumowania, które odpowiadałoby na pytanie – jak wygląda kultura picia w różnych krajach europejskich przy uwzględnieniu płci osób pijących alkohol. Za przedmiot niniejszego programu badawczego przyjęto więc spożycie alkoholu i problemy alkoholowe wśród kobiet w dziewięciu krajach europejskich: Republice Czech, Finlandii, Francji, Holandii, Niemczech, Szkocji, Szwajcarii, Szwecji i Włoszech.

CELE

W ramach wspólnego programu badawczego rozpoczęto pracę od ustalenia następujących wyjściowych, mierzalnych celów. (1) Na podstawie danych zebranych w krajach uczestniczących w badaniu opracowanie wystandaryzowanych jednostek do pomiaru spożycia alkoholu, a także sformułowanie zaleceń co do stosowania w przyszłych badaniach nad spożyciem alkoholu standardowych miar i sposobów pomiaru wychwytyjących różnice związane z picią. (2) Zbadanie różnic w zakresie picia oraz ostrych problemów alkoholowych, występujących zarówno w obrębie poszczególnych krajów, jak i między krajami. Dokonano tego analizując różnice między mężczyznami i kobietami, oraz różnice wśród kobiet. (3) Przeprowadzenie analizy danych statystycznych rejestrowanych w każdym z krajów partnerskich, pod kątem „przewlekłych następstw” spożycia alkoholu. Pierwsze zadanie polegało na analizie dostępności rejestrowanych danych dotyczących chorobowości i umieralności w każdym z krajów, oraz na opisie pro-

cesu zbierania takich danych. Drugim krokiem było zbadanie związku między wskaźnikami spożycia alkoholu przez kobiety i mężczyzn a wyodrębnionym, wspólnym zbiorem danych dotyczących przewlekłych następstw picia alkoholu – o ile rzetelność uzyskanych danych umożliwiła przeprowadzenie takiego porównania.

Przedstawiany tu program badawczy miał koordynować i ułatwiać nie tylko porównanie danych zdrowotnych z różnych krajów europejskich, ale także opracowanie wspólnej metodologii do interpretacji tych danych. Ponadto, poprzez zbadanie trendów i zmian we wzorcach picia i nasileniu problemów alkoholowych wśród kobiet, program miał posłużyć do zidentyfikowania wskaźników zachowań zagrażających zdrowiu w tej populacji. Rezultaty wspólnego programu badawczego powinny więc pomóc we wprowadzeniu zharmonizowanej metodologii i uzyskaniu wiedzy specjalistycznej niezbędnej do monitorowania zmian w danych dotyczących alkoholu i zdrowia – zmian wynikających z polityki rynkowej Unii Europejskiej oraz z konkretnych przepisów prawnych, wytycznych i postanowień składających się na politykę UE w dziedzinie zdrowia publicznego.

MATERIAŁ I METODA

Wspólny program badawczy „Kobiety i Alkohol” opiera się na wtórnych analizach zestawów danych, do których mieli dostęp uczestnicy programu. W każdym z krajów partnerskich dostępny był przynajmniej jeden zbiór danych pochodzących z jakiegoś ankietowego badania populacji ogólnej. W niektórych przypadkach partnerzy mieli do dyspozycji więcej niż jeden zbiór danych. Dane te pochodziły albo z badań ankietowych przeprowadzanych w danym kraju kilkakrotnie, w kilku punktach czasowych, albo też z badań ankietowych przeprowadzanych przez różne agencje posługujące się różnymi zmiennymi do pomiaru, na przykład spożycia alkoholu.

Zbierano ponadto rejestrowane dane statystyczne, aby ocenić ich trafność, rzetelność i dostępność. Każdy z uczestników badania był odpowiedzialny za skontaktowanie się z głównym urzędem statystycznym w swoim kraju i uzyskaniu odpowiednich danych do analizy.

WYNIKI

Trzy główne cele programu badań podzielono następnie na rozmaite zadania badawcze. Zadania te przydzielono poszczególnym partnerom, pełniącym rolę koordynatorów odpowiedzialnych za zebranie niezbędnych danych od wszystkich innych uczestników, oraz za napisanie raportu ze swojej części badania. W rezultacie powstały raporty na następujące tematy.

1) Pozycja społeczna kobiet i kultura picia w krajach uczestniczących w badaniu

W dziewięciu krajach uczestniczących w programie badawczym społeczeństwo postarzało się; jest to cecha charakterystyczna dla wszystkich uprzemysłowionych krajów

zachodnich. Ludzie starsi, a szczególnie starsze kobiety, których jest więcej niż mężczyzn w podeszłym wieku, stanowią coraz istotniejszą część populacji. Trend ten wzmacniany jest przez spadek liczby narodzin, powodujący zmniejszenie liczby osób w młodszym wieku. Ze względu na takie zjawisko demograficzne należy poświęcić szczególną uwagę wzorcom picia alkoholu w ciągu całego życia, podczas gdy we wcześniejszych badaniach alkoholowych często koncentrowano się na ludziach młodszych.

Drugim uderzającym zjawiskiem jest to, że kobiety mają mniej dzieci i że zostają matkami w późniejszym wieku. Jeśli połączymy tę obserwację z faktem, że kobiety stanowią obecnie większą część siły roboczej niż kiedyś, a także z dostępnymi danymi na temat spożycia alkoholu, dojdziemy do wniosku, iż zmniejszanie się różnic między obu płciami w zakresie wielkości spożycia alkoholu można badać w odniesieniu do strukturalnych zmian w stosunkach ekonomicznych oraz w podziale pracy między kobietą i mężczyzną w rodzinie.

W latach 1961-1997 wskaźniki spożycia alkoholu na głowę w krajach uczestniczących w badaniu upodobniły się, w tym sensie, że w krajach o wyższym spożyciu wskaźniki spożycia alkoholu spadły, natomiast wzrosły w krajach o niższym spożyciu. Sugeruje to „konwergencję” (zbieżność) konsumpcji alkoholu w tych właśnie krajach.

Kraje uczestniczące w badaniu reprezentują różne kultury picia, jakie można natrafić w Europie. Główna linia podziału biegnie między „suchymi” regionami północnymi (Szwecja, Finlandia), które charakteryzuje nieregularne spożywanie napojów alkoholowych – często okazjonalnie i poza posiłkami, a „mokrymi” krajami południowymi (Francja, Włochy i w mniejszym stopniu Szwajcaria), gdzie wino pije się codziennie przy posiłkach. W innych krajach występują mieszanki tych dwóch głównych tradycji picia alkoholu. Obie te kultury picia mają swoje implikacje w postaci specyfiki możliwych szkodliwych następstw spożywania alkoholu.

Opisany wyżej „gruby” podział zaczął się jednak zmieniać w ostatnich latach. We Włoszech, które zdecydowanie są nadal krajem ludzi pijących wino (stanowiące 80% spożycia wszelkich napojów alkoholowych), spożycie wina spadło o około 50%, natomiast spożycie piwa wzrosło czterokrotnie w ciągu ostatnich 25 lat. Również w Szwajcarii nastąpił ogólny spadek spożycia o 20% w latach od 1983 do 1995. Z drugiej strony, konsumpcja wina w Niemczech wzrosła o ok. 40% w ciągu ostatnich 20 lat. Pod koniec lat osiemdziesiątych Finlandia zmieniła się z kraju ludzi pijących wysokoprocentowe napoje alkoholowe w kraj piwoszy. Inna zmiana polega na czterokrotnym wzroście spożycia wysokoprocentowych napojów alkoholowych w Republice Czech w okresie od połowy lat sześćdziesiątych do dziewięćdziesiątych. Jest to innego rodzaju zbieżność kultur picia alkoholu widoczna w uczestniczących w badaniu krajach europejskich.

2) Porównywalność jednostek spożycia alkoholu i miar alkoholu w krajach europejskich a możliwości standaryzacji

W tej części programu dokonano inwentaryzacji różnic między badaniami ankietowymi uwzględnionymi w programie BIOMED. Różnice te dotyczyły: (1) badanej populacji (sampling frame) i procedur doboru próby, (2) procedur stosowanych przy

przeprowadzaniu badań, (3) rodzaju miar objętości alkoholu, oraz (4) decyzji badaczy co do interpretacji danych. Przeanalizowano ogółem 11 badań ankietowych z dziewięciu różnych krajów.

Mierząc spożycie alkoholu posługiwano się różnymi pytaniami ankietowymi, od bardzo prostych (np. ile alkoholu zwykle pije pan (i) tygodniowo), do bardziej złożonych (np. odrębne pytania o częstość picia, liczbę kieliszków wypijanych jednorazowo oraz częstość „ostrego” picia). Badania ankietowe znacznie się między sobą różniły pod względem zarówno liczby, jak i rodzaju pytań dotyczących alkoholu. Ogólnie można powiedzieć, że stosując najprostsze miary, takie jak „ilość alkoholu zwykle spożywanego tygodniowo” uzyskuje się bardziej zaniżony poziom spożycia.

Z punktu widzenia różnic między płciami bardziej istotny jest wniosek, że przy użyciu prostych pytań uzyskuje się bardziej zaniżone wskaźniki wielkości spożycia i częstości nadużywania alkoholu przez kobiety niż przez mężczyzn. Inaczej mówiąc: jeśli chodzi o rozpowszechnienie nadużywania alkoholu, różnice między płciami są mniejsze wówczas, gdy używa się bardziej złożonych i rzetelnych miar.

3) Wzorce picia wśród kobiet w dziewięciu krajach europejskich: dane opisowe

Przedmiotem badań alkoholowych byli tradycyjnie mężczyźni. Wizerunek różnych kultur picia alkoholu opierał się zazwyczaj na obserwacjach i danych empirycznych uzyskanych od mężczyzn lub dotyczących mężczyzn. Wzorce picia wśród kobiet w dziewięciu krajach uczestniczących w programie badawczym analizowano porównując wzorce picia w obrębie danego kraju i w różnych krajach, porównując kobiety i mężczyzn, a także badano je wśród kobiet.

Oparte na proporcji płci wskaźniki w zakresie zmiennych dotyczących picia pokazują, że porównywane kraje europejskie niewiele się od siebie różnią, jeśli chodzi o liczbę osób obecnie pijących alkohol. Różnice są nieco większe, jeśli chodzi o częstość picia w ciągu miesiąca, jeszcze większe w zakresie ilości alkoholu spożywanego w ciągu miesiąca, a największe – pod względem rozpowszechnienia nadużywania alkoholu.

W każdym społeczeństwie wiek ma ścisły związek z piciem alkoholu, lecz zależności te są różne w różnych krajach. Nie ma jakiegś jednej grupy wiekowej kobiet, która spożywałaby więcej alkoholu niż jakakolwiek grupa wiekowa mężczyzn. Kontrolując wiek stwierdzono, że kobiety o wyższym poziomie wykształcenia spożywają więcej alkoholu niż kobiety mniej wykształcone, natomiast nie zaobserwowano podobnej zależności u mężczyzn.

Wydaje się, że bezrobocie jest silniej związane z piciem alkoholu przez kobiety niż przez mężczyzn. Mężczyźni rozwiedzeni we wszystkich krajach piją najwięcej alkoholu. Macierzyństwo ma systematyczny i bardzo duży wpływ na spożycie alkoholu w ciągu miesiąca oraz na nadużywanie alkoholu przez kobiety we wszystkich społeczeństwach, kiedy kontroluje się wiek. Posiadanie dzieci powoduje, że matka mniej pije – odnosi się to przede wszystkim do młodych matek, ale w wielu krajach również do matek starszych.

4) Badanie zbieżności poziomu spożycia alkoholu przez kobiety i mężczyzn w Finlandii, Niemczech, Holandii i Szkocji

Od końca lat siedemdziesiątych zaczęto obawiać się, że kobiety mogą przejmować męskie wzorce zachowań związanych z piciem wskutek ciągłego postępu emancypacji powodującego, że coraz więcej kobiet ma taki sam zawód i/lub styl życia jak mężczyźni. Nazywa się to hipotezą zbieżności (konwergencji). W tej części programu analizowano możliwości zaniku różnic między obu płciami w czterech krajach, które dysponowały danymi z badań ankietowych przeprowadzonych przynajmniej w dwóch punktach czasowych, tzn. w Finlandii (1984, 1992), Niemczech (1984, 1990), Holandii (1981, 1989) i Szwajcarii (1987, 1992).

Najwyższe spożycie alkoholu i częstość nadużywania alkoholu w obu punktach czasowych stwierdzono w Niemczech; dalsze miejsca zajmowały kolejno Szwajcaria, Holandia i Finlandia. W Niemczech i Szwajcarii spożycie alkoholu zmniejszyło się jednak w okresie objętym badaniem, podczas gdy w Finlandii wzrosło, a w Holandii nie zmieniło się.

Statystycznie istotne zmniejszenie się różnic między obu płciami stwierdzono tylko w Finlandii, w odniesieniu do zmiennych charakteryzujących liczbę osób obecnie pijących alkohol oraz średni poziom spożycia. Owo zmniejszenie się różnic polegało na większym wzroście liczby Finek obecnie pijących alkohol oraz na względnie większym wzroście przeciętnego spożycia alkoholu przez kobiety.

W pozostałych krajach wykryto tendencję do zaniku różnic między płciami pod względem liczby obecnie pijących, lecz trend ten był nieistotny statystycznie. Również w Szwajcarii i Holandii pojawiły się trendy wskazujące na zmniejszenie się różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie przeciętnego spożycia i nadużywania alkoholu, lecz nie osiągnęły one istotności statystycznej.

5) Role kobiet a picie alkoholu przez kobiety

Co najmniej od początku lat siedemdziesiątych badano wpływ ról społecznych na spożycie alkoholu. Zatrudnienie ma pozytywny wpływ na spożycie alkoholu (tzn. zmniejsza je), szczególnie wśród mężczyzn. Zależność ta jest mniej wyraźna wśród kobiet. Pełnienie równocześnie kilku ról, takich jak praca zarobkowa, małżeństwo i wychowanie dzieci („przeciążenie rolami”) może prowadzić do zwiększonego spożycia alkoholu. Istnieje też teoria przeciwna, według której „deprywacja ról”, tzn. brak ról społecznych takich, jak małżeństwo, praca i posiadanie dzieci, prowadzi do ograniczenia kontaktów społecznych i coraz większej izolacji, co z kolei prowadzi do zwiększonego spożycia alkoholu. W tej części analizowano wpływ różnych kombinacji ról społecznych na nadużywanie alkoholu przez kobiety w czterech krajach europejskich: Finlandii, Francji, Niemczech i Szwajcarii.

Wyniki wyraźnie pokazują, że role i kombinacje ról mają różny wpływ na nadużywanie alkoholu w poszczególnych krajach. Tylko w Finlandii role: bycia małżonką, posiadania dzieci i wykonywania pracy zarobkowej wiązały się z mniejszym ryzy-

kiem nadużywania alkoholu. Natomiast żadna z ról nie wiązała się z podwyższeniem ryzyka nadużywania alkoholu we Francji. W Niemczech, jak się wydaje, kobiety starsze i pracujące częściej nadużywają alkoholu, zaś w Szwajcarii kombinacja małżeństwa i posiadania dzieci chroni przed nadużywaniem alkoholu.

Porównanie różnych krajów poprzez korelowanie procentu kobiet nadużywających alkoholu przy rozmaitych kombinacjach ról społecznych wykazało największą rozbieżność między Finlandią a Szwajcarią. Francja i Niemcy zajmują miejsce pośrednie między tymi dwoma krajami.

Związku między specyficznymi kombinacjami ról a nadużywaniem alkoholu nie można uogólniać międzykulturowo (niezależnie od uwarunkowań kulturowych). Potrzebne są zakrojone na szeroką skalę badania ankietowe, aby statystycznie zweryfikować zależność między kombinacjami ról społecznych a nadużywaniem alkoholu.

6) Okres życia, wzorce spożycia i skutki używania alkoholu a płęć

Analizowano tu spożycie alkoholu i problemy alkoholowe wśród kobiet i mężczyzn w krajach europejskich. Badacze z ośmiu krajów uczestniczących w programie udostępnili informacje z już istniejących badań ankietowych. Problemy alkoholowe mierzone w tych ankietach podzielono na dwie kategorie: wewnętrzne (np. poczucie winy, obawa przed utratą kontroli) oraz zewnętrzne (np. problemy w domu, w pracy, krytyczne uwagi innych osób dotyczące picia).

Etap życia, płęć, poziom picia i picie ciągami miały podobny wpływ na proporcję problemów wewnętrznych i zewnętrznych podawanych przez respondentów we wszystkich ośmiu analizowanych badaniach.

Do problemów alkoholowych przyznawało się więcej mężczyzn niż kobiet we wszystkich grupach wyodrębnionych na podstawie poziomu picia. Jedynym wyjątkiem było badanie fińskie, gdzie taką zależność stwierdzono tylko w grupie osób najmniej pijących.

Respondenci podawali więcej problemów wewnętrznych niż zewnętrznych, zaś proporcja mężczyzn do kobiet była wyższa dla problemów zewnętrznych niż wewnętrznych. Poszczególne badania ankietowe znacznie się między sobą różniły pod względem ogólnej liczby problemów, co z kolei zależało od rodzaju i liczby pytań o problemy alkoholowe w różnych ankietach.

7) Źródła danych na temat umieralności i chorobowości związanej z alkoholem oraz wstępna analiza umieralności alkoholowej w Europie

Porównanie danych statystycznych

Jeśli chodzi o kraje uczestniczące w tym programie, dane dotyczące umieralności są dostępne i umożliwiają porównania pomiędzy krajami, o ile uwzględnia się ogólne kategorie chorób (np. przewlekłe schorzenia wątroby). Jeśli jednak bierze się pod uwagę kody ICD-10 odnoszące się do etiologii alkoholowej (np.

alkoholowa marskość wątroby), rzetelność i porównywalność statystyk umieralności może być niska. Statystyki szpitalne, będące najpowszechniejszym wskaźnikiem chorobowości, dostępne są w większości krajów, lecz ich jakość i rzetelność może ograniczać analizę jedynie do małej podgrupy krajów uczestniczących w programie. Z wyjątkiem raka, inne rejestrowane dane statystyczne odnoszące się do alkoholu nie są na tyle podobne, by można było porównać ze sobą choćby dwa kraje.

Konkludując, można posłużyć się wskaźnikami umieralności z powodu marskości wątroby dla porównania skutków picia alkoholu we wszystkich krajach uczestniczących w programie, natomiast wskaźniki hospitalizacji z powodu wybranych przyczyn związanych z alkoholem mogą służyć do porównania niektórych, lecz nie wszystkich krajów objętych badaniem.

Umieralność związana z alkoholem (UZA, alcohol-related mortality, ARM)

Liczba zgonów bezpośrednio przypisywanych alkoholowi (BPA) reprezentuje „oficjalną” liczbę zejść śmiertelnych spowodowanych przez alkohol, zarejestrowanych w statystykach dotyczących umieralności. Liczbę zgonów pośrednio przypisywanych alkoholowi (PPA) ocenia się na podstawie parametrów epidemiologicznych. Te dwie grupy danych łącznie składają się na wskaźnik „umieralności związanej z alkoholem” (UZA; $UZA=BPA+PPA$). Przy użyciu danych z państwowych urzędów statystycznych obliczono wskaźniki UZA, BPA i PPA (surowe i standaryzowane dla grup wiekowych) w latach 1983 i 1993.

Analiza umieralności oparta na wskaźnikach BPA wskazuje, że „oficjalne” oszacowania liczby zgonów spowodowanych przez alkohol nie odpowiadają porównaniom geograficznym, co potwierdza, że oszacowania te są zaniżone i prawdopodobnie obciążone błędem pomiaru ze względu na różne miary stosowane w poszczególnych krajach. Na podstawie naszych zestawień można wysunąć hipotezę, że takie zjawisko może wynikać z faktu, iż lekarze z różnych względów nie używają kodu etiologii alkoholowej, np. aby nie krzywdzić społecznie lub ekonomicznie rodzin zmarłych pacjentów; etiologia alkoholowa może być trudna do rozpoznania; w większości populacji może rzadko przeprowadza się sekcję zwłok, przy czym poszczególne kraje mogą się różnić pod tym względem. Jeśli rzeczywiście tak jest, to wysoki procent mężczyzn w stosunku do kobiet we wskaźnikach BPA we wszystkich krajach (od 2 do 5) może wynikać raczej z przyczyn metodologicznych niż odzwierciedlać rzeczywiste różnice. Tak więc błąd pomiaru wydaje się większy w odniesieniu do kobiet niż mężczyzn. Kiedy w analizie uwzględni się wskaźniki PPA, wówczas oszacowania poziomu UZA są bardziej zgodne z wielkością spożycia alkoholu na głowę w większości krajów, zaś proporcja mężczyzn do kobiet we wskaźnikach UZA zmniejsza się we wszystkich krajach w porównaniu z proporcją mężczyzn do kobiet we wskaźnikach BPA, ponieważ proporcja ta jest znacznie niższa we wskaźnikach PPA niż BPA. Potwierdza to, że w przypadku kobiet tendencja do zaniżania przyczyn zgonu dających się bezpośrednio powiązać z alkoholem jest silniejsza niż w przypadku mężczyzn.

Zalecenia

1) Porównywalność jednostek spożycia alkoholu i miar alkoholu w krajach europejskich a możliwości standaryzacji

– Należy unikać zbyt prostych pytań o spożywanie alkoholu, ponieważ bardziej zaniżają one wielkość spożycia przez kobiety niż przez mężczyzn i wobec tego prowadzą do przeceniania różnic między obu płciami.

– Przy pomiarze częstości nadużywania alkoholu (heavy drinking) punkt odcięcia dla kobiet należy ustawić niższe niż dla mężczyzn.

– Standaryzację i porównywalność miar spożycia alkoholu w tak wielokulturowym obszarze jak Europa, można poprawić tylko podejmując specjalne badania metodologiczne, których celem byłoby określenie kulturowych uwarunkowań zmienności w zakresie rzetelności i trafności pytań odnoszących się do alkoholu.

2) Wzorce picia wśród kobiet w dziewięciu krajach europejskich: dane opisowe

– Fakt, że mężczyźni piją więcej niż kobiety zarówno globalnie, jak w skali poszczególnych krajów, bywa chętnie interpretowany jako wynik różnic biologicznych. Szczegółowsze analizy przy użyciu danych z dziewięciu krajów europejskich reprezentujących różnorodne kultury picia ujawniają jednak złożoność zagadnień dotyczących związku między płcią i różnymi rolami społecznymi a piciem alkoholu. Porównania międzykulturowe mogą pogłębić nasze rozumienie natury i względnego wpływu czynników kulturowych i innych zmiennych na wzorce picia i problemy alkoholowe.

– Tego rodzaju informacje są niezbędne dla planowania profilaktyki i interwencji. W przyszłych badaniach należy uwzględnić różne role społeczne mężczyzn i kobiet, ponieważ wzorce relacji różnią się w zależności od płci.

1) Badania zbieżności poziomu spożycia alkoholu przez kobiety i mężczyzn w Finlandii, Niemczech, Holandii i Szkocji

– Brak powszechnej zbieżności może wynikać również z tego, że w badaniach niemieckich i szwajcarskich odstęp czasowy między kolejnymi ankietami był zbyt krótki, wynosił bowiem 5 lub 6 lat, w odróżnieniu od 8 lat w badaniach fińskich. Niewykluczone, że przy dłuższym okresie obserwacji w tych krajach dałoby się wykryć inne procesy mające związek z płcią. W przyszłych badaniach należałoby zatem przez dłuższy okres obserwować zmiany w obyczajach związanych z piciem alkoholu w różnych krajach.

– Ponieważ jednak nie powiodło się kilka prób podjętych w Ameryce Północnej (a także w Europie), których celem było znalezienie rozstrzygającego dowodu na istnienie zbieżności między obu płciami, być może w dalszych badaniach lepiej byłoby zająć się inną kwestią – dlaczego utrzymuje się różnica między mężczyznami a kobietami w zakresie spożycia alkoholu, mimo, że pozycja społeczna kobiet uległa znacznej zmianie w ciągu ostatnich 30 lat.

2) Role kobiet a picie alkoholu przez kobiety

– Nie ma jakiegось istniejącego we wszystkich kulturach, stałego wzorca ról, pozwalającego przewidzieć nadużywanie alkoholu. To, jakie role lub ich kombinacje chronią przed zwiększonym ryzykiem nadużywania alkoholu lub są z nim związane, zależy od specyficznej pozycji społecznej kobiety w danym kraju.

– Działania profilaktyczne czy sposoby zapobiegania picciu ryzykownemu należy więc opracować dla każdego kraju z osobna. Nie jest możliwe sformułowanie zaleceń uniwersalnych, odnoszących się do wszystkich krajów; przyniosłoby to prawdopodobnie efekty odwrotne do zamierzonych.

3) Okres życia, wzorce spożycia i skutki używania alkoholu a płęć

– W tym programie badawczym przeszkodą była ograniczona liczba porównywalnych zmiennych pochodzących z bardzo rozmaitych badań. Ze względu na owe różnice między poszczególnymi badaniami tym większą wartość mają uzyskane jednokowe wyniki.

– Idealnym sposobem organizacji międzynarodowych badań porównawczych byłoby zaplanowanie wystandaryzowanego programu i przeprowadzenie go przez wszystkie współpracujące ze sobą ośrodki. Takie badanie mogłoby obejmować „podstawowy” zestaw standardowych pytań oraz dodatkową serię pytań „dowolnych” opracowanych przez badaczy z poszczególnych krajów tak, aby uwzględnić i włączyć różnice kulturowe.

– Idealnie byłoby, gdyby pozycje kwestionariuszowe wybrane jako metoda pomiaru problemów były sprawdzane pod kątem czułości pomiaru w co najmniej jednym kraju, by nadawały się one do warunków kulturowych wszystkich uczestniczących krajów, oraz obejmowały szeroki wachlarz problemów. Ponadto należałoby zwrócić szczególną uwagę na problemy, z którymi prawdopodobnie borykają się kobiety.

– I wreszcie, pożądane byłoby włączenie pytań dotyczących pozytywnych aspektów picia, takich, jak większa liczba kontaktów towarzyskich i możliwy pozytywny wpływ umiarkowanego picia, chroniący przed chorobą wieńcową. Wydaje się, że te aspekty pomijane są w kwestionariuszach badających problemy alkoholowe. Dzięki włączeniu takich pozycji dowiedzielibyśmy się więcej o złożonych wzajemnych zależnościach między picią a problemami alkoholowymi.

4) Źródła danych na temat umieralności i chorobowości związanej z alkoholem oraz wstępna analiza umieralności alkoholowej w Europie

– Z pewnymi wyjątkami, zmienność wskaźników UZA w latach 1983-1993 niemal dokładnie pokrywała się z trendami w zakresie spożycia alkoholu. Co ciekawe, wskaźniki UZA w dawnej NRD i RFN nadal różnią się pod tyłoma względami (wielkość, trend, udział poszczególnych przyczyn zgonów w ogólnym wskaźniku UZA), że zaleca się osobne analizowanie danych z tych dwóch części Niemiec.

– Uważamy, że oszacowania UZA umożliwiają porangowanie krajów uczestniczących w badaniu według kryterium wpływu spożycia alkoholu na umieralność w sposób bardziej adekwatny niż robią to oficjalne oszacowania przyczyn zgonu bezpośrednio przypisywanych alkoholowi. Wyniki te należy jednak traktować jako wstępną i grubą analizę, zgodną z ogólnymi celami i możliwościami programu, lecz niezupełnie nadającą się do tego, by można na jej podstawie opierać konkretne wnioski w dziedzinie zdrowia publicznego.

– W przyszłości należałoby obliczać rzetelne europejskie wskaźniki UZA na podstawie bardziej dokładnych parametrów epidemiologicznych, co powinno stanowić przedmiot kolejnego, odrębnego programu badawczego.