

Z badań i doświadczeń zagranicznych

PROJEKTOWANIE, WDRAŻANIE I OCENA PROGRAMU AKTYWIZACJI SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ DLA ZAPOBIEGANIA PROBLEMOM ALKOHOLOWYM W SZTOKHOLMIE: DOŚWIADCZENIA WSTĘPNE

Anders Romelsjö, Anders Anden i Stefan Borg

Department of Social Medicine Karolinska Institute, Sundbyborg, Sweden

WPROWADZENIE

Artykuł ten jest dosyć bezpośrednią relacją z programu interwencji w społeczności lokalnej, stawiającego sobie za cel redukcję spożycia alkoholu i ilości związanych z alkoholem problemów w Kungsholmen, lokalnej społeczności wielkomiejskiej w stolicy Szwecji – Sztokholmie.

Na problemy alkoholowe można spoglądać z *perspektywy systemowej* (Holder i Wallack 1986), która zakłada zapobieganie związanym z alkoholem problemom przy wykorzystaniu szerokiej siatki społecznej i środowiskowej, uwzględniając rozmaite podsystemy tego układu. *Model całkowitego spożycia* sugeruje, że obniżenie średniego spożycia alkoholu jest ważnym celem również w programach interwencji na poziomie społeczności lokalnych.

Nasz program jest solidnie umiejscowiony w sektorze zdrowia publicznego powiatu miasta Sztokholm, co oczywiście ma i miało wpływ na prowadzoną przez nas działalność i związane z nią oczekiwania. Osią programu są działania związane z *profilaktyką pierwotną, ale obejmuje on również profilaktykę wtórną* i zmierza też do poprawy współpracy pomiędzy służbami, mającymi styczność z ludźmi o bardziej przewlekłych problemach alkoholowych. Aspekt ten ma istotne znaczenie dla ogólnej wiarygodności tego programu.

Planowanie i wdrażanie

Inicjatywa i wsparcie finansowe

Ten projekt badawczy nie powstał w próżni. Pomysłodawcami byli dr Stefan Borg, któremu jako szefowi Wydziału Leczenia Uzależnień zależało na wzmożeniu wysił-

ków prewencyjnych, oraz dr Anders Romelsjö, który interesuje się badaniami w dziedzinie zdrowia publicznego i uznał ten projekt za fragment swojej pracy jako urzędnika działającego w tym sektorze. Początkowe fundusze otrzymaliśmy w lutym 1990 roku z Komitetu Promocji Zdrowia powiatu Sztokholm. Komitet ten składa się z lokalnych polityków powiatowego i municypalnego szczebla a jego głównym zadaniem jest wspieranie działań prewencyjnych. Przyrzekł on sfinansowanie badań, a dodatkowe wsparcie finansowe otrzymaliśmy z Rady Opieki Społecznej miasta Sztokholm, Narodowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej, Komitetu Badań Naukowych Centrum Badań Wieku Podeszłego w Sztokholmie oraz Komitetu Badań Naukowych Państwowego Monopolu Sprzedaży Detalicznej Alkoholu.

Obszar badań

Spółeczność Kungsholmen w centralnej części Sztokholmu została wybrana głównie ze względu na lokalne zainteresowanie opieką podstawową w Agencji Opieki Społecznej, szczególnie w Departamencie Leczenia Alkoholizmu i Narkomanii. Po drugie, wskaźniki śmiertelności i leczenia szpitalnego z chorób związanych z alkoholem były tam wyższe niż przeciętna dla całego powiatu. Jako społeczność Kungsholmen jest zdefiniowane raczej w przybliżeniu, jako obszar geograficzny, w którym ludzie mieszkają i łatwo wzajemnie się kontaktują. Społeczność liczy około 45000 stałych mieszkańców a w ciągu dnia przeżywa napływ znacznej liczby ludzi, zatrudnionych w mieszczących się tam dużych zakładach pracy. Znaczny procent mieszkańców (ok. 27) stanowią emeryci, podczas gdy proporcja dzieci i młodzieży jest niższa niż w całym powiecie. Natomiast proporcja mieszkańców w wieku produkcyjnym (20 do 64 lat) jest taka sama jak w Sztokholmie (62 procent). Struktura socjoekonomiczna jest raczej zróżnicowana. W niektórych okolicach proporcja mieszkańców z wykształceniem wyższym jest powyżej średniej dla powiatu, w innych jest niższa od średniej i średni dochód jest tam również niższy. Bezrobocie jest niskie (około 2 procent) – podobnie jak w całym Sztokholmie. Pięć procent tej populacji ma obce obywatelstwo, podczas gdy średnia dla całego powiatu sztokholmskiego wynosi 9 procent. Można się zastanawiać, czy wśród mieszkańców tej metropolitalnej dzielnicy istnieje jakieś poczucie przynależności do społeczności lokalnej. Z badania ankietowego (patrz poniżej) wynika, że 35 procent respondentów czuło silny związek ze swoją okolicą, a 40 procent raczej silny. Piętnaście procent stwierdziło, że nie poczuwa się do żadnej przynależności lokalnej a 11 procent nie miało zdecydowanej opinii. Stwierdziliśmy jednak, że działa tam wiele wpływowych lokalnych organizacji ochotniczych i uznaliśmy, że odegrają w naszych badaniach określoną rolę.

Wyraźne wstępne poparcie na poziomie lokalnym

Pierwszy rok programu, 1990, wykorzystano do teoretycznego i praktycznego zaplanowania projektu:

- Opracowano plan projektu z wytyczonymi celami w różnych obszarach i metodami ich oceny. Ogólnym celem programu była redukcja spożycia alkoholu i liczby związanych z alkoholem problemów w tej społeczności.

- Zatrudniono czterech pracowników w programie.
- Rozpoczęto zbieranie danych, mających stanowić część diagnozy sytuacji w społeczności.
- Nawiązano kontakty z różnymi organizacjami i władzami lokalnymi, które na ogół wykazały znaczne zainteresowanie współpracą. Zorientowanie się w celach i zainteresowaniach organizacji i władz wydawało nam się niezbędnym warunkiem rozpoczęcia naszej pracy. Wprawdzie rozpoczynaliśmy ten program „odgórnie”, ale celem naszym było zastąpienie tego podejścia działaniami „oddolnymi”. Uważaliśmy, że łatwiej będzie pracować i wciągać do współpracy innych na poziomie działań u podstaw, przy wsparciu ze strony niektórych istotnych ciał społecznych.

Praca związana z interwencją na poziomie społeczności lokalnej uzależniona jest od wielu związanych z tą społecznością czynników, ale także od roli promotorów zmian [change agents] oraz wzajemnych interakcji i współpracy tych promotorów z miejscową populacją. Uważamy, podobnie jak Bracht (1991), że niezależnie od różnic w uwarunkowaniach lokalnych można w ogólnym zarysie wyodrębnić poszczególne fazy programu, przynajmniej w stadium planowania: analiza społeczności, działania wstępne, wdrożenie, integracja w ramach działań już podejmowanych w społeczności oraz ocena przebiegu i wyników programu.

Společnościowe i naukowe grupy odniesienia

Od jesieni 1990 roku odbyliśmy pięć, ogólnie rzecz biorąc udanych, spotkań z grupą lokalną i dwiema grupami naukowego odniesienia. Lokalna grupa odniesienia składa się jak dotąd z przedstawicieli szkoły średniej, agencji opieki społecznej, policji, podstawowej opieki zdrowotnej, Departamentu Leczenia Alkoholików i Narkomanów i sektora lecznictwa. Jesteśmy członkami zespołu roboczego do współpracy pomiędzy lokalnymi organami zajmującymi się młodzieżą w Kungsholmen, który również stał się drugą, wspierającą nas lokalną grupą odniesienia. Z członkami tych grup, współpracownikami i innymi ciałami społecznymi utrzymujemy kontakt za pośrednictwem specjalnego, czterostronicowego biuletynu.

Niektóre konkretne działania podjęte w programie

Podejmowane w programie działania podsumowane są w tabeli 1. Oczywiście znajduje w nich odbicie nasza pozycja jako fragmentu sektora służby zdrowia, jak również fakt, że głównymi sponsorami programu byli powiatowy Komitet Promocji Zdrowia oraz Rada Opieki Społecznej miasta Sztokholm.

Program edukacyjny dla szkół

W szkole średniej udało nam się wprowadzić program edukacyjny, mający poszerzyć wiedzę uczniów w wieku od 14 do 16 lat, głównie o alkoholu, ale również o narkotykach i tytoniu. Celem programu edukacyjnego jest zachęcenie młodzieży do zaniechania pierwszych kontaktów z alkoholem, unikania picia do stanu upojenia; poszerzenie ich wiedzy o alkoholu, oraz podkreślenie ich własnej odpowiedzialności

w sytuacjach podejmowania wyboru. Opracowano specjalny podręcznik dla tego programu. Zorganizowano również spotkania z rodzicami, we współpracy ze szkołą i grupą d.s. młodzieży w agencji opieki społecznej. Podjęto również pewne działania oświatowe skierowane do nauczycieli.

W ramach oceny programu przeprowadzono wiosną 1991 roku anonimową ankietę, dotyczącą obyczajów alkoholowych. Ta właśnie szkoła była uwzględniana oddzielnie w ogólnokrajowych okresowych badaniach ankietowych, odnośnie używania alkoholu, narkotyków i tytoniu w próbach rekrutowanych z populacji uczniów w wieku 13 do 16 lat. Wyniki tych badań wskazywały na zaskakująco wysoki procent

TABELA 1
Działania profilaktyczne w zależności od rodzaju przedsięwzięć

	Profilaktyka	
	pierwotna	wtórna
Populacja dorosła		
Kampania plakatowa	+	+
„Karuzela alkoholowa”	+	+
Spotkania publiczne	+	
Prasa lokalna	+	
Kampania przeciw nielegalnej sprzedaży alkoholu	+	
Pijaństwo w miejscu publicznym/jazda po pijanemu		+
Ludzie młodzi		
Edukacja na terenie szkoły	+	
Kampania przeciw nielegalnej sprzedaży alkoholu	+	
Edukacja nauczycieli	+	
Spotkania z rodzicami	+	
Wystawa rysunków uczniowskich	+	
Miejsce spotkań dla młodzieży	+	
Seminaria młodzieżowe	+	
Lokalny program polityki wobec alkoholu	+	+
Dzieci		
Edukacja personelu w placówkach dziennej opieki, przedszkolach i żłobkach	+	+
Film o stosunkach między rodzicami i dziećmi	+	
Ludzie starsi		
Wsparcie społeczne a picie alkoholu	+	
Kobiety w ciąży		
Edukacja położnych	+	+
Służba zdrowia		
<i>Opieka podstawowa</i>		
Edukacja lekarzy	+	+
Polityka profilaktyki wtórnej		+
Edukacja pielęgniarek środowiskowych	+	
<i>Opieka szpitalna</i>		
Edukacja lekarzy	+	
Edukacja pracowników socjalnych		+
Polityka programowa		+
<i>Pracownicza służba zdrowia</i>		
Edukacja lekarzy	+	+
Leczenie alkoholików, „szkoła dla członków rodzin”		+

uczniów pijących alkohol domowej produkcji. Podanie tego faktu do wiadomości na spotkaniu z rodzicami i nauczycielami wywołało wielkie zainteresowanie, zaniepokojenie i gorącą dyskusję. Program edukacyjny dla szkół jest również oceniany na podstawie ponawianych badań alkoholowych obyczajów i postaw wobec alkoholu wśród uczniów.

Niewielką kampanię przeciwko nielegalnej sprzedaży alkoholu, adresowaną do ludzi młodych, przeprowadzono w czasie szkolnych wakacji, w czerwcu 1991 roku. Kampania ta odbyła się w ramach współpracy z grupą roboczą wyłonioną z lokalnych organizacji zajmujących się młodzieżą. Wszystkie restauracje w okolicy poproszone zostały o wywieszenie plakatu z przesłaniem: „Kochamy młodych ludzi, ale nie możemy podać Ci alkoholu jeżeli jesteś niepełnoletni.” Lokalne sklepy monopolowe zgodziły się wywiesić podobny plakat i poproszone zostały o częstsze sprawdzanie wieku kupujących. Sklepy ogólnospożywcze poproszono o zaniechanie sprzedaży piwa w okresie wakacji szkolnych. Ogłoszenie zamieszczone w lokalnej gazecie zawierało podobny przekaz.

Działania skierowane do rodziców małych dzieci

Zorganizowaliśmy dwudniowe szkolenie dla pracowników żłobków, przedszkoli i zakładów opieki dziennej, pracujących z dziećmi w wieku od 1 roku do 10 lat. Celem szkolenia było poszerzenie ich wiedzy i świadomości faktu istnienia związku między obyczajami alkoholowymi rodziców a dobrem dziecka, oraz wskazanie im sposobów identyfikowania i udzielania pomocy rodzicom pijącym duże ilości alkoholu. Prawie stu pracowników z naszego obszaru wzięło udział w tym szkoleniu. Wspólnie z innymi zainteresowanymi stronami zaczęli planować nakręcenie krótkiego filmu edukacyjnego o związkach między piciem alkoholu przez rodziców a ogólnym stanem dziecka. Uważamy, że tego rodzaju film mógłby zostać wykorzystany dla dotarcia do prawie wszystkich rodziców w ośrodkach bezpłatnej kontroli zdrowotnej dzieci od 0 do 7 roku życia. Najistotniejszym zadaniem, stojącym przed twórcami takiego filmu, jest znalezienie możliwego do zaakceptowania sposobu przekazania informacji, że małe dzieci czerpią nauki z postaw i zachowań rodziców wobec alkoholu.

Inne działania wspólne z Agencją Opieki Społecznej

Jednym z istotnych celów było spowodowanie przyjęcia przez lokalną Radę Opieki Społecznej założeń polityki wobec alkoholu na rok 1992. Jedna z grup pracuje nad zorganizowaniem poparcia dla projektu stworzenia młodzieży nowego miejsca spotkań. Celem innej grupy jest usprawnienie działań Agencji Opieki Społecznej, we współpracy z sektorem służby zdrowia, w odniesieniu do osób ukaranych przez policję za pijaństwo w miejscu publicznym lub jazdę po pijanemu, celem identyfikacji i udzielenia pomocy osobom we wczesnych stadiach nadużywania alkoholu. Ostatnio otrzymaliśmy fundusze na utworzenie grupy zadaniowej dla programu pomocy pijącym nadmiernie osobom w podeszłym wieku.

Działania w sektorze służby zdrowia

Zasadniczymi celami są tu: uwrażliwienie lekarzy i innego personelu medycznego na ewentualne występowanie u ich pacjentów problemów związanych z alkoholem

oraz nasilenie działań w zakresie profilaktyki wtórnej. Przeprowadzono szkolenia w tym zakresie, co przyczyniło się do ogólnego wzrostu zainteresowania tą problematyką. Jesienią 1991 roku, w gronie przedstawicieli różnych dyscyplin medycznych (medycyny wewnętrznej, chirurgii, ortopedii, urologii i psychiatrii) z jedyne go w Kungsholmen szpitala Uniwersytetu St. Görana, wypracowano dokument programowy, wzywający do współpracy w identyfikacji i leczeniu osób pijących znaczne ilości alkoholu. Podobny dokument programowy przyjęty został przez lekarzy pierwszego kontaktu. Szczególnie entuzjastycznie odnieśli się do programu pracownicy socjalni szpitala. Nasz program ma swoją reprezentację w innym programie Departamentu Leczenia Alkoholizmu i Narkomanii, którego celem jest wspieranie członków rodzin osób z problemami alkoholowymi. Stwierdziliśmy, że położne z bezpłatnej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem są istotnie zainteresowane ulepszeniem sposobu zbierania wywiadu od kobiet w ciąży, celem ustalania ich zachowań wobec alkoholu i udzielania stosownych rad co do picia alkoholu w tym okresie.

Kampania profilaktyki pierwotnej w społeczności lokalnej

Bardziej wszechstronną kampanię, skierowaną do osób w wieku 20 do 45 lat, podjęto przez cztery tygodnie jesienią 1991 roku. Celem ogólnym było wywołanie w lokalnej społeczności zainteresowania problemami alkoholowymi i wzmożenie świadomości odnośnie własnego poziomu spożycia – bez moralizatorstwa i ferowania ocen. Celowi temu służyły trzy akcje: kampania plakatowa na terenie lokalnej społeczności i na liniach kolei podziemnej w całym powiecie, rozprawdzanie na całym terenie „karuzeli alkoholowej” z kolorowego papieru i trzy publiczne wydarzenia kulturalne, organizowane wieczorami. Slogan kampanii plakatowej brzmiał: „Jedna butelka alkoholu na tydzień”. Plakaty przedstawiały „zwyčajnych” ludzi płci obojga w ewidentnie dobrej kondycji społecznej (bez wizerunku twarzy) i wskazywały, że ich „zwyčajne” picie to około 750 lub więcej ml wysokoprocentowego alkoholu. Celem było uświadomienie ludziom, jak przedstawiają się ich alkoholowe obyczaje i skłonienie ich do przemyśleń. Przy pomocy „karuzeli alkoholowej” można przeliczyć swoje spożycie alkoholu na mililitry czystej wódki, a także na wydane co roku pieniądze, na roczne spożycie kalorii, kalorii w przeliczeniu na liczbę słodkich drożdżówek itd. Na każde z tych wieczornych spotkań przybyło około 100, wyraźnie zainteresowanych tematem osób. Kampania prezentowana była również w lokalnym mieście, o którym mówi się, że „każdy go czyta”.

Ocena skuteczności

Program wywołał potrzebę odpowiedzenia na następujące pytania:

Czy w społeczności lokalnej wiedza o nim wzrosła?

Czy postawy wobec restrykcyjnej polityki wobec alkoholu staną się bardziej pozytywne?

Czy poziom spożycia alkoholu we własnych relacjach członków społeczności obniży się bardziej (lub wzrosła w mniejszym stopniu) niż średnia dla całego powiatu

sztokholmskiego i dla wyznaczonego obszaru kontrolnego?

Jaki wpływ będzie miał program na różnych szczeblach społeczności?

Czy nastąpi jakakolwiek redukcja liczby problemów związanych z alkoholem?

Czy wskazania dotyczące działań w zakresie profilaktyki wtórnej zostaną wprowadzone w życie? Czy uda się wciągnąć do działań ludzi na podstawowym poziomie lokalnym?

Działania na poziomie lokalnej społeczności

Poniżej zamieszczona jest lista zadań już zrealizowanych i tych, które są jeszcze w planach programu:

- W ramach ogólnego przeglądu stanu zdrowia przeprowadzono w 1991 roku, na objętym działaniem interwencyjnym obszarze i na podobnym obszarze w innym szwedzkim mieście, badanie ankietowe odnośnie zwyczajów i postaw wobec picia. Badaniem objęto próby losowe, liczące po 2000 dorosłych osób z obu obszarów. Podobna ankieta przeprowadzona będzie po zakończeniu programu. Szczególnie interesujące wydają nam się trzy wnioski płynące z tych badań:

- Istnieje silne poparcie dla liberalizacji polityki wobec alkoholu. Pięćdziesiąt jeden procent mężczyzn opowiadało się za dopuszczeniem do sprzedaży mocnego piwa w zwykłych sklepach spożywczych, a 43 procent było za sprzedażą wina i mocnych trunków w takich sklepach; odpowiednie liczby dla kobiet wynosiły 40 i 32 procent. Od końca ubiegłego stulecia napoje alkoholowe sprzedawane są w Szwecji tylko w państwowych sklepach detalicznych i w restauracjach (po bardzo wysokich cenach).

- Istnieje pozytywna korelacja między liberalną postawą w tej materii a osobistym poziomem spożycia alkoholu.

- Metodologiczne badanie sposobu przeprowadzenia tego przeglądu wykazało niezwykle wysoką proporcję pytań dotyczących spożycia każdego napoju alkoholowego w poszczególnych dniach – od poniedziałku do czwartku, oraz w piątki, soboty i niedziele – w porównaniu z zazwyczaj zadawanymi pytaniami o częstość picia i ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu.

- Przeprowadzono badanie ankietowe dotyczące picia alkoholu wśród uczniów szkoły średniej i ponowiono je, celem porównania wyników.

- Przed rozpoczęciem jesiennej kampanii przeprowadzono jedno badanie ankietowe na losowo dobranej próbie 1200 osób w wieku od 20 do 45 lat. Następne badanie sprawdzające przeprowadzono na próbie około 700 respondentów; ankieta zawierała również pytania dotyczące podejmowanych w programie działań. Obecnie prowadzone jest trzecie badanie ankietowe na nowej próbie losowej.

- Zanalizowane zostaną dane dotyczące opieki szpitalnej, przypadków jazdy po pijanemu, śmiertelności i zatrzymań za pijaństwo w miejscu publicznym na terenie objętym programem i na innych obszarach powiatu sztokholmskiego.

- Badanie przeprowadzone przez wspierający nasz program Państwowy Monopol Sprzedaży Detalicznej Alkoholu wykazało, że mniej więcej 50 procent klientów trzech sklepów monopolowych w Kungsholmen nie mieszkało na tym terenie. Zatem dane dotyczące sprzedaży alkoholu będą miały ograniczoną wartość przy ocenie skutecz-

ności programu. Z podobnych przyczyn wątpliwe wydaje się czy dane dotyczące sprzedaży alkoholu w restauracjach będą do czegokolwiek przydatne.

Nie powiodły się nasze plany przeprowadzenia powtarzających się badań odnośnie roli alkoholu w przypadkach osób w wieku 20 do 74 lat, przyjmowanych na ostrych dyżurach w szpitalu.

Planowaliśmy zanalizowanie takich danych przy zastosowaniu przerywanej analizy seryjno-czasowej i wykorzystanie jej wyników w podejmowanych działaniach oraz w działaniach edukacyjnych na terenie szpitala. Pomiarzy miały opierać się na analizie zawartości desjalowanej transferyny (CDT) we krwi (Stibler i Borg 1986). Jest to nowy marker wysokiego spożycia alkoholu, charakteryzujący się wysoką czułością (około 80 do 90 procent) i wysoką specyficznością (około 99 procent). Projekt upadł, mimo wsparcia ze strony personelu, który miał popierać próbki krwi. Napotkano opór pacjentów, którzy nie chcieli udzielać zgody na badanie krwi, mimo że miało ono charakter anonimowy. Próbkę krwi pobrano tylko od znikomej mniejszości przyjętych osób.

Ocena bieżącego zaawansowania programu

Program prawdopodobnie jest raczej dobrze znany w lokalnej społeczności, spotkał się z życzliwym zainteresowaniem, zainicjował i wsparł nasilenie działań profilaktycznych. Jednakże, jak do tej pory, jedynie w ograniczonym stopniu udało nam się dotrzeć do szeregowych jej członków. Jedynym wyjątkiem była „karuzela alkoholowa”, która wykładana w sklepach, bankach, ośrodkach zdrowia i punktach sprzedaży alkoholu, rozeszła się podczas miesięcznej kampanii w 10 tysiącach egzemplarzy. Ponieważ finansowanie programu zapewniliśmy sobie jedynie do końca 1992 roku, istotną sprawą jest zorganizowanie lepszego wsparcia podejmowanych działań na poziomie lokalnym i próba przekazania działań w ręce grup lub osób wywodzących się z tej społeczności.

PIŚMIENNICTWO

1. Bracht N.: *Organizing for Community-Wide Health Promotion: A Handbook*. Beverly Hills, Calif.: in collaboration with the National Cancer Institute, 1991.
2. Holder H., & Wallack L.: *Contemporary perspectives for preventing alcohol problems: An empirically derived model*. Journal OF Public Health Policy 7: 32-39, 1986.
3. Stibler H., and Borg S.: *Micro anion exchange chromatography of carbohydrate-deficient tr transferrin in serum in relation to alcohol consumption*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research 10: 535-544, 1986.