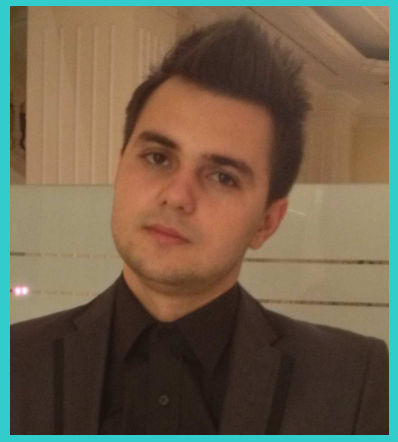
Am ales şi abordat acest subiect, cu gândul la sănătatea populației, nu numai din Braşov ci chiar din întreaga țară. Viitorul adolescenților depinde de felul în care sunt educați şi îngrijiți ca să devină adulți sănătoşi şi creativi într-o lume tot mai complexă, din ce în ce mai competitiva. Secolul în care abia am intrat va fi o provocare continuă din cauza multiplelor probleme nerezolvate de omenire până în prezent.



Abuzul de alcool bântuie tot globul, inclusiv şi țara noastră, şi din nefericire la vârste din ce în ce mai tinere. Puțini sunt tinerii care lasă la o parte visele unei vieti personale, distractia şi huzurul, şi işi dedică timpul personal, carierei în întregime, vietii, timpului şi tot ce implică profesia nobilă de medic, învestind în viețile oamenilor pentru a le arăta dragostea lui Dumnezeu, pentru a le alina suferința. Trebuie să ai un mare curaj pentru a face acest pas, aruncându-te în necunoscut, încrezându-te doar în Dumnezeu şi cariera îmbrățişată, în recunoştința pentru familiile care ne-au fost alături în formarea noastră ca oameni şi medici. Vă mulțumim! **(Autorii)**



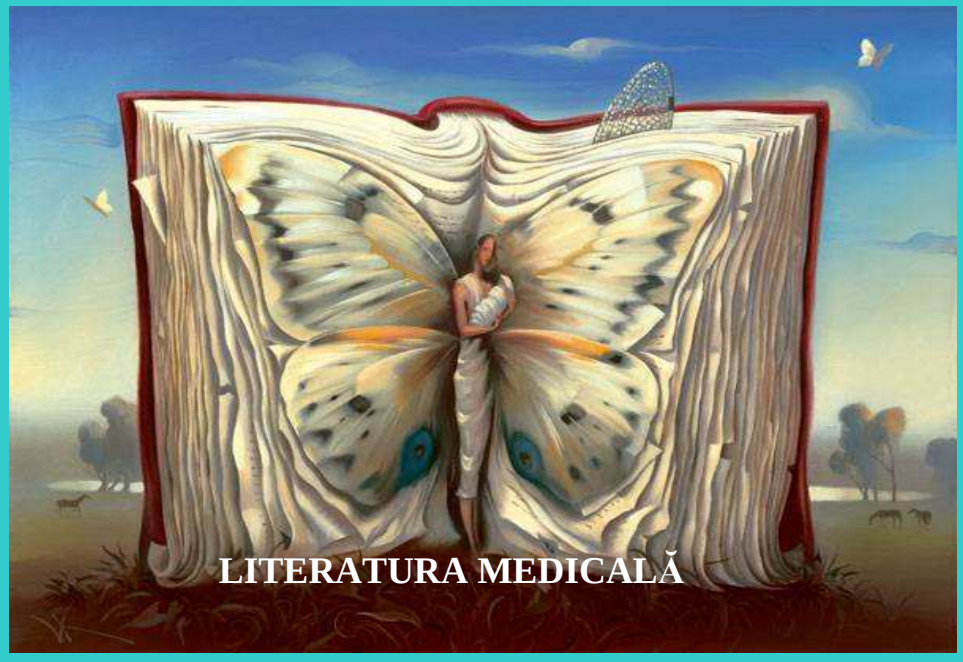
ISBN: 978-606-8041-43-8

Ionuț Horia T. Leoveanu - UZUL ŞI ABUZUL DE ALCOOL - Alexandru Lucian

Ionuț Horia T. Leoveanu
Alexandru Lucian M. Ciorîcă

UZUL ŞI ABUZUL DE ALCOOL

UNELE PARTICULARITĂȚI PSIHO-SOCIALE ŞI PSIHIATRICE

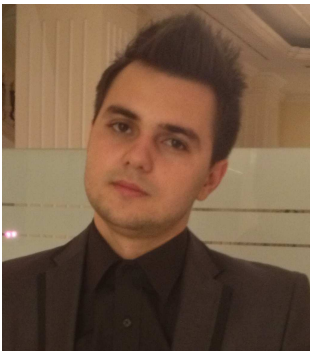


Amanda Edit

Drd. Dr. Ionuț Horia T. Leoveanu
****
Stud. Alexandru Lucian Ciorîcă

Uzul şi abuzul de alcool. Unele particularități psiho-sociale şi psihiatrice





Motto: ***„Important în viață să nu te laşi tărât, un lucru atrage după sine un altul şi apoi nu mai şti unde ajungi”*** **(Andre Gide)**

Ionuț Horia T. Leoveanu - Alexandru Lucian Ciorîcă

Copyright@Ionuț Horia T. Leoveanu-2014

Consilier de carte:
Lucian Gruia

Redactor: **Patricia Lidia**
Lector: **Victor Sterom**
Corector: **Adriana Tabacu**
Coperta: **Laura Rushani**
Tehnoredactare: **Amanda Edit**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LEOVEANU T. IONUȚ HORIA
Uzul şi abuzul de alcool. Unele particularități psio-sociale şi psihiatrice
/ Ionuț Horia T. Leoveanu. – Alexandru Lucian Ciorîcă
Sinaia: Amanda Edit, 2014
ISBN 978-606-8041-75-9

821.135.1.09

Drd. Dr. Ionuț Horia T. Leoveanu

Stud. Alexandru Lucian Ciorîcă

UZUL ȘI ABUZUL DE ALCOOL

UNELE PARTICULARITĂȚI PSIHO-SOCIALE ŞI PSIHIATRICE

AMANDA EDIT

Bucureşti 2014

REZUMATUL LUCRĂRII

Am ales şi redactat această lucrare, cu gândul la sănătatea populației, nu numai din Braşov ci chiar din întreaga țară. Viitorul adolescenților depinde de felul în care sunt educați şi îngrijiți ca să devină adulți sănătoşi şi creativi într-o lume tot mai complexă, din ce în ce mai competitiva. Secolul în care abia am intrat va fi o provocare continuă din cauza multiplelor probleme nerezolvate de omenire până în prezent.

Dezvoltarea durabilă şi obiectivele noului mileniu nu pot fi atinse fără participarea întregii populații, iar participarea depinde în primul rând de sănătatea şi politicile/programele de sănătate ale acestei polulații cu precădere politicile pentru promovarea unui stil de viață sănătos în rândul populației. Sănătatea populației se obține prin investiții semnificative în noile generații. Aceste investiții sunt menite să crească nivelul lor educativ şi cultural pentru a putea face față competitivității din toate domeniile de activitate.

Criza globală prin care trece în prezent sănătatea, atât națională cât şi mondială, se manifestă pe fondul unei lumi dominate încă de inegalități şi care este măcinată de o instabilitate economico – socială şi politică. Programele de sănătate din țările sărace afectează şi țările bogate. La fel ca poluarea şi sănătatea nu mai recunoaşte granițele naționale. Abuzul de alcool bântuie tot globul, inclusiv şi țara noastră, şi din nefericire la vârste din ce în ce mai tinere. Povara bolilor cronice, patologia şi etiologia lor foarte diversă este din ce în ce mai mare.

Personalul sanitar este insuficient şi nu mai poate face faţă solicitărilor de diferite grade. Pentru aceasta se impune un program de deblocare a posturilor din reţeaua sanitară şi cu precădere reţeaua sanitară din medicina şcolară. Printre obiectivele de dezvoltare ale mileniului cel de promovare a politicilor de sănătate devine un obiectiv central care necesită o strânsă cooperare internaţională. Pentru atingerea lui este nevoie de un sistem sanitar suficient de puternic care să poată preveni îmbolnăvirile şi să promoveze sănătatea. Studiile de sănătate publică, a politicilor/programelor de sănătate demonstrează asocierea între nivelul mortalităţii, morbidităţii şi densitatea personalului medico-sanitar în ceea ce priveşte patologia bolilor.

Asigurarea unui personal medical cu înaltă calificare necesită programe de educaţie medicală continuă (EMC) atât pentru medici cât şi pentru asistenţi. Aceste programe EMC trebuie susţinute de o motivare obţinută printr-un sistem de sprijin eficient şi strategii de acoperire care să asigure un număr adecvat de personal medico-sanitar, să aibă acces la servicii medicale de cea mai bună calitate. Cercetările privind resursele umane sunt insuficiente sau inexistente în majoritatea ţărilor ce se află în tranziţie. Formarea unei culturi de masă bazată pe cunoaştere este esenţială pentru a accelera, ghida şi ameliora acţiunile menite să influenţeze şi promoveze sănătatea in rândul populaţiei. În acest amplu proces fiecare medic şi fiecare asistent contează.

Aşa cum arată studiile şi rapoartele anilor 2003 – 2004, 2006 – 2007, viitorul societăţii umane depinde de felul în care adolescenţii vor fi sau nu capabili să-şi atingă potenţialul lor optim de dezvoltare fizică şi

psihointelectuală, iar aceasta depinde la rândul ei în mare măsură de îngrijirile şi condițiile în care sunt crescuți şi educați. Niciodată până în prezent nu au existat atât de multe cunoştințe care să asiste şcoala, familia, societatea, comunitatea în general în dorința de a îngriji, educa, forma şi creşte adolescenții pentru a-şi atinge acest potențial optim. În ultimele decade relațiile dintre sănătate, dezvoltarea fizică şi psihică dar mai ales îngrijirile parentale au devenit tot mai mult evidente.

Combinând intervențiile care se adresează creşterii şi dezvoltării în mediul familial şi timpul petrecut în unitățile de învățământ, vom promova o sănătate mai bună pentru toți tinerii de astăzi, dar şi pentru adulții de mâine. O măsură de progres în acest domeniu o reprezintă elasticitatea curriculară şi aplicarea ei în practică din învățământul românesc de toate gradele. Obiectivul OMS şi cel al STRATEGIEI EUROPENE PENTRU CONTROLUL SĂNĂTĂȚII CETĂȚENILOR este acela de a realiza un Cadru Strategic European pentru implementarea măsurilor naționale de control a acestei stări de sănătate, cu scopul de a da importanță vieții, de a reduce prelevanța consumului de alcool, a proteja generalitățile prezentate şi viitoare de consecințele devastatoare ale factorilor de risc asupra sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) urmăreşte să promoveze şi să faciliteze adoptarea la nivelul țării noastre, a unor politici de sănătate complexe, bine precizate, multidirecționale, bazate pe dovezi, având ca scop reducerea cererii şi ofertei în rândul populației a tuturor factorilor de risc şi scăderea prevalenței lor la toate categoriile populaționale mai ales în rândul

adolescenților care vor deveni adulții de mâine. Este de remarcat faptul ca sănătatea tinerilor a devenit o problemă nu numai națională dar şi mondială. Este de remarcat faptul îngrijorător că obiceiul consumului de anumiți factori „perturbatori" ai stării de sănătate de tip consum de alcool, este în expansiune atât pe plan național dar şi pe plan mondial şi se accentuează pe zi ce trece în rândul tinerilor. În acest fel ei sunt posibili candidați la bolile cronice de mai târziu.

Procesul dezvoltării şi perfecționării democrației în țara noastră, lărgirea atribuțiilor, a competenței şi a autonomiei unor organe, instituții şi organizații de stat sau private, precum şi creşterea rolului maselor în realizarea sarcinilor multiple şi complexe ale actualei etape a evoluției ascendente a societății noastre, cu precădere postdecembristic 1989 nu pot fi concepute şi realizate în afara unei întăriri continue şi corespunzătoare a răspunderii diferitelor guverne care vin şi pleacă privind politicile/programele de promovare a unui stil de viață sănătos în rândul populației.

Personalul sanitar (medicii şi asistenți medicali) are misiunea de înaltă răspundere civică să contribuie activ, efectiv şi calificat la ocrotirea şi promovarea sănătății întregii populații, începând cu cele mai fragede vârste.

Planul European de Acțiune pentru Promovarea, Profilaxia şi Monitorizarea bolilor din întreaga lume pe perioada 2000 – 2007 prevede la tineri, necesitatea de a asigura, un mediu protector acasă, în instituțiile de învățământ, la locul de muncă, program ce are ca principal obiectiv reducerea numărului şi gravității efectelor nocive de orice fel asupra stării lor de sănătate.

Pe ansamblu educația reprezintă un sistem complex şi unitar, care reprezintă mai multe dimensiuni sau laturi, corespunzătoare în linii mari principalelor laturi ale personalității umane: educația intelectuală, educația morală, educația fizică, educația estetică, educația tehnologică, educația sanitară sau pentru sănătate.

EXPLICAȚIE: Prezenta lucrare de dizertație este structurată pe două părți: Partea Generală şi Partea Specială. **Partea Generală** este structurată în trei capitole:

Capitolul I dezbate problema politicilor publice de sănătate şi programelor pentru profilaxia şi monitorizarea consumului abuziv de alcool.

Capitolul II dezbate problema implementării publice de sănătate şi impactul asupra procesului de prevenire a consumului abuziv de alcool în rândul populației cu vârste cuprinse între 18-60 ani. Acest capitol face referiri şi la strategiile utilizate la prevenirea consumului de alcool.

Capitolul III face referiri la problemele de sănătate generate de acțiunea consumului de alcool, cauzele consumului de alcool, riscurile cauzate de consumul de alcool, măsuri de prevenire şi combatere a consumului excesiv de alcool.

Partea specială a lucrării de dizertatie este destinată studiului statistic la nivel European în primul capitol, urmat de studiul National şi personal pe judetul Braşov asupra consumului excesiv de alcool. Aceasta parte a

lucrării de dizertație prezintă grafice şi tabele destinate pentru a ilustra consumul excesiv de alcool.

Finalul lucrării punctează o serie de concluzii şi normative esențiale pentru vegherea cât mai atenta a problemei "Consumul excesiv de alcool". În această conjunctură, promovarea sănătății, prevenirea ei şi lansarea unor probleme optime de management pentru promovarea unui stil de viață sănătos prin combaterea consumului excesiv de alcool devine o sarcină indispensabilă pentru pregătirea societății.

Campaniile mass-media pot creşte nivelul cunoştințelor despre efectele factorilor nocivi asupra sănătății, pot influența acordul politicului pentru instituirea de măsuri şi/sau programe, pot ofei indicații pentru acțiuni simple şi eficiente destinate acestui scop.

Campaniile mass-media pot de asemenea promova, oferi sprijin şi facilita accesul la serviciile de sănătate publică pentru renunțarea la factorul nociv asupra stării lor de sănătate.

ÎN LOC DE PREFAȚĂ

De mai bine de trei milenii, de-a lungul atâtor zguduiri sociale, omenirea şi omul s-au schimbat permanent. Tot de atâta vreme, medicina, în ciuda marilor şi profundelor frământări şi reînoiri şi-a păstrat menirea ei fundamentală, aceea de a fi de folos omului, şi-a lărgit capacitatea ei tămăduitoare a tot mai multe boli de etiologie şi patologie din ce în ce mai numeroase, din ce în ce mai diversă. Sfâşiată de ideologii,reacționare, societatea a trăit de-a lungul secolelor mari şi profunde tragedii, a plătit tribute cu mari sacrificii umane şi mateiale.

Marile probleme ale eticii şi deontologiei medicale s-au pus şi se vor mai pune încă cu dreptul de multă acuitate. Despre ele au vorbit şi vorbesc răspicat cei mai de seama oameni politici, savanți, cercetători, mari dascăli şi pedagogi. Procesele rapide în ştiință au impus şi ele adaptări în medicină, au determinat mutații neobişnuite altădată în diagnosticul şi tratamentul bolilor, în comportamentul medicilor, în relațiile dintre medic şi bolnav/ pacient. Paralel cu dezvoltarea bazei materiale, în toate sectoarele de activitate s-au dezvoltat şi condiții necesare asigurării medico- sanitare din ce în ce mai bune pentru comunitatea de toate vârstele.

Legăturile şi relațiile puternice dintre medic şi bolnav/ pacient conțin suflet şi încredere, omenie, speranță şi dăruire, dragoste şi sacrificiu. ,,Contactul zilnic cu suferința" fizică şi psihică îi face pe ,,oaspeții în halate albe", să fie mai înțelgători, mai docili față de om , în general, şi le permite să îşi dezvolte şi/sau educe cele mai frumoase şi nobile calități ale profesiunii pe care o exercită.

Medical mai este supus unei etici speciale, pentru că practica medicală compară un character de moralitate de dezinteres, de devotare şi permanent sacrificiu, acest character îi consacră o originalitate profesională. Etica profesională, în marile ei principii, se cunoaste. Ea diferă semnificativ de a celorlalte profesii şi profesiuni liberale, deoarece nici una dintre ele nu are raporturi atât de apropiate de om, de suferința fizică a acestuia. Existența medicinei şi a medicilor este justificată prin dreptul ce s-a recunoscut oamenilor bolnavi, a celor suferinzi să beneficieze necondiționat de ajutor.

Dreptul la sănătate îl au toți indivizii, dar dreptul la vindecare revine în exclusivitate numai medicilor

Este din ce în ce mai necesar să se acționeze pe toate planurile de activitate şi influențare, că toate cadrele medico- sanitare (medici ți asistenți) să-şi facă datoria la locul de muncă, să se perfecționeze neîncetat, să-şi pună întreaga lor capacitate în scopul prevenirii, monitorizării şi tratării bolilor, a omului bolnav/ suferind. Este necesar şi sincer mărturisesc este cât se poate de obligatoriu. În statul nostru, reglementarea răspunderii medicale porneşte de la concepția că întreaga activitate de ocrotire a sănătății se desfăşoară conştient şi este raportată la interesele generale ale societății şi la cerințele obiective ale dezvoltării sociale şi comunicare, constituie temeiul antrenării unor reacții, respective a unor consecinte diferite pe plan social, economic, familial etc.

Obligațiile de conduită prescrise de normele de drept şi răspundere juridicăl sunt strâns legate de stat şi de drept, fiind supuse concomitent unor puternice influențe din partea celorlalte forme de obligații, pe care

le include răspunderea civică şi socială. Tocmai prezența sancțiunii în structura fiecărei norme juridice este elemental esențial care distinge răspunderea juridică de răspunderea morală.

Este un foarte mare adevăr că indiferent ce faci şi cine eşti, ai o elementară obligație în această efemeră lume, să fii în primul rând om, să realizezi ceva pentru oameni, să nu trăieşti degeaba. În cazul medicului, aceste criterii sacre, capătă o semnificație adâncă, o răspundere suplimentară, deoarece obiectul muncii lui este omul şi în special acel om bolnav, suferind (indiferent de vârstă, etnie, statut socio-economic, pregătire profesională, statut de stare civilă, apartenența politică) în care boala a sădit o mică suspiciune, o îndoială, o neliniște, o durere, o neînțelegere sufletească. Nu-i este permis absolut nimănui să nesocotească aceasta ,,oază de speranță'', să nu-şi pună în joc, în luptă permanentă cu boala, toată priceperea, toată pregătirea profesională, tot elanul şi sufletul.

Omul nu mai este sau ar trebui să nu mai fie duşmanul omului, ar trebui să devină prieten sau frate. Condiția medicului, acum şi în perspectiva de mâîne trebuie discutată mai ales în funcție de faptele lui, şi mai ales cele legate de sănătate, de faptele care slujesc societatea, comunitatea şi scopul nobil al statutului în profesiunea medicală.

Medicul şi asistentul medical ar trebui să fie un permanent model de muncă, în comportament, conduită profesională, cu alte cuvinte ,,cumpătat în toate''. El trebuie să aibă conştiința mereu trează, să acționeze la îndemnul ei, să trăiască pentru bolnavii cărora să le fie deopotrivă un adevărat parinte, prieten, frate.

PARTEA GENERALĂ

Întroducere

În secolul XXI consumul de alcool a depăşit stadiul de simplu fenomen, manifestându-se ca unele dintre cele mai grave şi îngrijorătoare probleme cu care se confruntă civilizația umană şi se poate spune că, în prezent, fenomenul consumului de alcool a depăşit nivelul de toleranță rezonabilă față de înțelegerea şi standardele actuale ale umanității.

De aceea, prioritățile în materie de control a consumului excesiv de alcool ar trebui să se plaseze în centrul preocupărilor socio-economice a țărilor, aceasta implicînd un angajament de ansamblu al societății: familii, şcoli, cluburi sportive, lăcaşuri de cult, organizații non-guvernamentale, media etc. La modul concret, trebuie recunoscut faptul că oricât de performant ar fi un sistem de combatere, primordială va rămâne întodeauna activitatea de prevenire.

Estimarea ponderii consumului de băuturi alcoolice în rândul tinerilor din România este în jur de 40% din totalul celor care consumă alcool. Este un procent îngrijorător deoarece, acesta, în loc să scadă de la an la an, se întâmplă exact ceea ce nu ne dorim – creşte.

Libertatea este cel mai de preț dar al omului, dar pe care Dumnezeu îl respectă întru totul:„ *Ți-am pus înainte viața şi moartea, binecuvântarea şi blestemul,* ***alege viața****.''* . Acest dar de mare preț, omul îl poate câştiga urmărind trei lucruri: în viață fă ceea ce îți place! Fă ceea ce îți foloseşte! Nu-ți face niciodată rău!

Consumul de alcool reprezintă una din provocările cu care se confruntă umanitatea, efectele directe sau

indirecte ale acestuia relevându-l ca pe un fenomen îngrijorator.

Ansamblul unor condiţii social-economice, psihologice şi spirituale se constituie în factori de influenţă negativă asupra eredităţii sociale şi biologice ca şi asupra constructelor mintale ce se elaboreaza alienant şi aberant cu reflectare negative asupra procesualităţii adaptative biologice, psihologice, socio-familiare, profesionale şi scolare şi care generează în plan psihic stări de frustare, de nesiguranţă, de instabilitate afectivă, de inadaptare trazitorie sau de durata la exigenţele sociale, determinând respingerea şi revolta împotriva obiceiurilor, tradiţiilor şi a sistemului de valori practicat de societate.

CAPITOLUL I

POLITICI PUBLICE DE SANATATE PENTRU PREVENIREA, PROFILAXIA SI MONITORIZEREA CONSUMULUI DE ALCOOL

TIPOLOGIA POLITICILOR PUBLICE

Politicile publice sunt un element esențial al democrațiilor moderne căci ele oferă cauza funcționărilor guvernamentali şi în acelaşi timp, dau cetățenilor posibilitatea de a-şi exercita controlul asupra acestor functionari.

Acțiunea guvernamentală este amplă şi deosebit de complexă. De accea într-o democrație sănătoasă este esențial ca activitatea guvernului să se desfaşoare prin realizarea de politici publice/politici de sănătate şi totodată să dezvolte o discuție publică în jurul acestora. În ciuda faptului că există semen de întrebare în legătură cu anumite tehnici analitice folosite pentru a atinge obiectivele politicilor publice implicit a politicilor de sănătate se recunoaşte din ce în ce mai mult importanța politicilor publice pentru guvernarea democratică.

Marea majoritate a populației aşteptă pe an ce trece ca guvernele care vin şi pleacă să adopte decizii inteligente. Cei mai mulți cetățeni, chiar şi aceia care nu sunt foarte pretențioşi aşteaptă ca aceste decizii să fie rezultatul unei poziții generale, a unei anumite viziuni.

Guvernele din țara noastră mai ales guvernele post decembriste lui 1989 pot fi foarte ferme în luarea deciziilor, fără să facă acest lucru într-un mod foarte inteligent. A lua decizii inteligente înseamna a opera într-

un cadru coerent, indiferent cât de general este acesta. Se întâmplă din ce în ce mai rar ca politicile de sănătate, să răspundă unei probleme izolate. Afirmația este valabilă şi pentru politicile publice. Cele mai adesea ele sunt răspunsuri la manunchiuri de probleme încălcite ale căror soluții pot fie ele însele contradictorii.

Majoritatea problemelor care îşi află răspunsul în politicile publice sunt complexe "ca urmare a mărimii sau avengurii lor", ele fiind compuse din seturi de probleme, poate cele mai mici, dar care, dat fiind că nu sunt interconectate, sunt greu de înțeles dar şi greu de separate din punct de vedere logic cât şi chronologic. Prin natura sa generală, o politică este aşadar un ghid de acțiune, un plan, un cadru, un curs de acțiune menit să răspundă anumitor probleme.

Politicile de sănătate, la fel ca şi politicile publice fac parte împreună cu politicile în domeniul locuirii, educației, securității sociale şi asistentei sociale din domeniul politicilor sociale căci prin intermediul acestora statul devine principalul responsabil pentru stabilirea criteriilor de redistribuire în societate a unei resurse deosebit de importante pentru bunăstarea individului şi comunității: SĂNĂTATEA.

Asigurarea satisfacerii unor nevoi mai mult sau mai puțin elementare de sănătate fizică şi psihică a individului şi comunității reprezintă deci un obiectiv social general, la realizarea caruia politicile publice mai exact politicile în domeniul sănătății contribuie în foarte mare masură. O prima redistribuire se refera la consecințele costurilor şi efectelor diferitelor decizii cu implicații negative asupra sănătății indivizilor şi comunității. Cea mai elementara formă de intervenție a

statului este cea regulatorie recompensând individual/comunitatea pentru existenţa unor externalităţi negative.

Un sistem de tip al asigurarilor sociale va tinde să ofere servicii de sănătate gratuite populaţiei acoperind, din taxele şi impozitele generale toate cheltiuelile necesare. Acest lucru nu presupune ca în mod direct, statul este furnizorul de servicii de sănătate. Avantajele legata de un astfel de sistem sunt legate de rate mari de cuprindere şi acoperire a populatiei în cadrul sistemului de sănătate, căt şi de costuri relativ scăzute de administrare a serviciilor sociale şi în special a celor legate de accesul la aceste servicii.

Organizaţia către Cooperare Economica şi Dezvoltare (OECD) este un organism internaţional format din douazeci şi noua de state (29 state) care "ofera guvernelor un cadru în care să discute, să elaboreze şi să perfecţioneze politicile publice, sociale, economice şi/sau de sănătate". Ele îşi desfăşoară activitatea comparându-şi experienţele, căutînd soluţii la problemele commune şi printr-un efort susţinut de cooperare a politicilor interne şi internationale să fie împarţite de toate naţiunile.

Datorită faptului că problemele devin tot mai complexe, se manifestă cu o viteză tot mai mare iar încrederea în guvern scade tot mai mult, problema care se pune este capacitatea de a guverna (OECP PUMA 2000). Prin reţeaua PUMA ce se ocupă de Managementul Strategic şi Cooperarea Politicilor Publice este parţial îndeplinită cerinţa ca organizaţia să acorde o atenţie deosebită capacităţii pentru politici publice.

Această reţea se întruneşte annual şi reuneşte înalţi funcţionari din administraţiile centrale (şefi ai cabinetelor

prim-miniştrilor, secretari de cabinet, secretari generali de stat, secretari generali ai guvernelor) ai statelor membre, ca şi din Comisia Uniunii Europene.

De-a lungul anilor s-au realizat cateva rapoarte a căror temă recurența este dezvoltarea coerenței politicilor publice şi soluționarea problemelor contemporane cu care se confruntă guvernarea.

Structurile de guvernare şi răspunsurile manageriale tradiționale sunt din ce în ce mai puțin eficiente. Este necesară o schimbare radicală pentru a proteja însăşi capacitatea de a guvena şi a oferii servicii inclusive servicii medicale şi de asistență socială.

Banca Mondială este o altă organizație internațională cu multă influență care în ultimii 10 ani şi-a îndreptat riguros atenția către capacitatea de a guverna şi capacitatea ei pentru politicile publice. Intemeiată în 1944, Banca Mondială oferă în present aproximativ 30 miliarde de dolari în diferite țări, sub formă de împrumut pentru sprijinirea dezvoltării. Deşi inițial este organizată în programe cu specific economic Banca Mondială încearcă acum să resolve "probleme mai puțin extinse, precum dezvoltarea socială şi economică, calitatea guvernării, reforma sanitară şi reforma instituțiilor". În raportul său din 1997 intitulat "Statul într-o lume în schimbare", Banca Mondială a subliniat importanta pe care o are o bună guvernare în dezvoltarea economică durabilă.

Pentru a creşte bunăstarea umană trebuie să crească capacitatea statului – prin aceasta înțelegând capacitatea statului de a realiza şi promova în mod eficient acțiuni colective.

Această idee de bază poate fi tradusă în practică într-o strategie prin care orice stat poate fi transformat într-un partener eficient şi credibil la dezvoltarea ţării sale, strategie care cuprinde doua elemente. Primul element al acestei strategii constă în a aduce statul la nivelul capacităților sale. Trebuie să analizăm cu forte multă atenție tipul de intervenție efectuată de un stat ale cărui capacitate sunt scăzute, ca şi locul în care această intervenție survine.

Al doilea element al strategiei este creşterea capacității statului prin revigorarea instituțiilor publice. Aceasta înseamnă a concepe reguli şi constrângeri eficiente, a pune control acțiunile atribuite ale statului şi a unei competiții mai mari, crescându-le astfel eficiența, a mari performanțele instituțiilor şi a stimulentelor sub orice formă oferite angajaților. **(Alina Mungiu – Pippidi**: "Politici publice. Teorie si practica", Ed. Polirom, Iasi 2002; Dr. Lucian Blaga: "Politici sociale pentru sănătate", Ed. Omega Ideal, Bucureşti, 2006**).**

1.2. PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE

Organizarea Mondiala a Sănătății din dorința efectivă de reînnoire a strategiei a determinat un proces prin politicile de promovarea sănătății. Promovarea sănătății reprezintă procesul care confera populațiilor mijloace de a-şi asigura controlul asupra propriei persoane şi de a o ameliora.

CHARTA DE A OTTAWA organizată de OMS în perioada 17- 21 noiembrie 1986 a fost prima conferință

internațională pentru PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE .

Promovarea sănătății are ca viziune a sa o stare de bine a ființei umane. Sănătatea este o resursă în acest fel, resursa extrem de valoroasă. Doctorul I.E. ASVALL, directorul părții europene a OMS a arătat că :"Timpul a demonstrat că sănătatea nu este un obiect de consum, ci o necesitate". Pentru peioada europeană, țările europene au avut o perioadă de afirmare a sănătății pe intervalul 2000-2005. Promovarea sănătății implică o serie de obiective pentru țări:

În primul rând este construirea unei politici "sănătoase" de sănătate publică atunci când Ministerul Sănătății redă prin parlament o serie de decizii de o reala importanța pentru dezvoltarea sănătății. Ministerul oricare va fi, cu o specialitate în orice fel de activitate, trebuie să țină seama de coordonatele moderne ale medicinei. Un ministru al sănătății care nu ştie regulile medicinei care vrea să se facă auzut dar din "spusele altcuiva" va fi o derâdere a guvernului, a unui parlament la care sănătatea nu este o necessitate supremă, este un congres al nefericiților.

Pe lângă un parlament la care sănătatea sa reprezintă o necesitate este nevoie ca la oricare din anturajele sănătății să existe un mediu, un cadru "adecvat" sănătății, pentru care, comunitățile să lucreze pentru sănătate, la care oameni cu responsabilitate să acționeze în sănătatea lor şi a altora. Promovarea sănătății va fi începutul şi sfârşitul acțiunilor de sănătate odata cu reorientarea sistemelor de sănătate din întreaga Uniune Europeană.

Premizele sănătății şi ale politicilor pentru promovarea sănătății (politici publice de sănătate) putem aminti: pacea, hrana, locuința, un anumit venit anual etc. Fără aceste elemente primordiale nu există o sănătate prosperă la care este obligatoriu un proces social, un process economic şi un proces individual.

O promovare a sănătății se poate obține doar atunci când în tot ce există ca sănătate, să se organizeze ca egalitate, iar oamenii nu-şi pot permite se obțină capacitate optimă de sănătate. Pentru o promovare a sănătății trebuie să existe o acțiune la care să lucreze împreună o serie de instituții centrale într-o țară-guvern, domeniile de sănătate, factorul social şi economic, ONG-urile, presa, televiziunile, radioul etc. Promovarea sănătății trebuie pusă pe agenda politicilor, pe legislație, pe modificările de organizare, pe orice măsura, pe orice sistem.

Trebuie avută în vedere şi o politică de protejare a mediului ambiental care să resolve o serie de incoveniente ale sănătății ca o sarcină durabilă a lor. Politicile de promovare a sănătății trebuie să țină seama de activitatea speciei umane atăt la domiciliu căt şi la locul de muncă, dar mai ales şi de o politică a parteneriatelor în sprijinul sănătății.

În prezent există o "falsă idée de siguranță" împotriva bolilor infecto-contagioase, iar efectele de înrăutățire a stării de sănătate a oamenilor se prevăd a destina în viitor circa 80% din populația planetei, sărăcia din mrejele țărilor lor, țările sărace vor fi țările cu o "aglomerare a populației" chiar în țările cu o medie a orașelor de 5 milioane de locuitori între 8 şi 9/10 dintre acestea sunt în țările mici ca dezvoltare economică. În

aceste ţări, prin creşterea popuaţiei se va crea o creştere a bolilor infecto-contagioase şi parazitare şi se va instala o avalanşa de boli cornice din păcate unele cu evoluţie din perioada adoleşcenţei. Ţările de referinţă pentru promovarea sănătăţii unde s-au înregistrat progrese remarcabile pe această linie sunt Suedia şi Canada.

În plus trebuie să se ţină seama de categoriile defavorizate cum sunt femeile şi bărbaţii, aceste categorii fiind o importanţa problemă medico-social încă insuficient rezolvată de politici publice de sănătate. Ample observaţii se fac şi asupra persoanelor cu marginalizare socială: persoanele cu venituri mici, pensionarii, şomerii, analfabeţii, toxicomanii, delicvenţii, deviaţii, copii abuzaţi sau utilizaţi ca forţă în gospodării, străinii imigranţi etc. Putem spune că sănătatea publică este o ştiinţă a dezvoltării.

Fenomenul social există, într-o prezentă prea aglomerată a lumii pe măsură ce se va extinde populaţia, vor sporii problemele sociale în special de antagonism social care va aduce continentele, în special continental European la o parte de nesiguranţa privind viitorul. **(Prof. Univ. Dr. Liviu Vulvu, Dr. Adela Morar:** *Tratat de sănătate publică*, vol. I, Editura Universităţii ”Lucian Blaga”, Sibiu, 2006).

BAZA JURIDICĂ A POLITICILOR DE SĂNĂTATE

În raport cu evoluția extrem de lentă a sistemelor biologice, evoluția sistemelor biologice, evoluția sistemelor sociale şi de sănătate cuprinde transformări şi schimbări ştiintifice deosebit de rapide, care influențează atăt apariția unor noi structuri şi funcții, dar mai ales modificarea celor existente. Constituirea treptată şi evoluția rapidă a structurilor şi funcțiilor sistemului medical au fost posibile datorită permanentelor progrese făcute de medicină atât din punct de vedere al extinderii cunoştințelor sale ştiintifice şi al inovării arsenalului său etnic, cât şi din punct de vedere al specializării grupurilor sale profesionale. Luând în vedere/considerare aceste coordinate istorice, se impune o abordare complexă a modelului de constituire şi institutionalizare a practicii medicale, ca tip particular de sistem social.

Medicina, ca instituție socială s-a dezvoltat şi a progresat în măsura în care şi-a constituit propriile sale resurse şi modalități de acțiune. Apariția ei ca formă instituționalizată de practică socială a impus, la fel ca în cazul altor instituții şi organizații sociale îndeplinirea unor caracteristici ferme bine definite .

Practicarea medicinei nu a fost întotdeauna o profesiune, cel puțin în sensul actual al termenului. În perioada inițială a constituirii ei, era mai degrabă o practică empirică decât una ştiințifică, exercitată de persoane mai mult sau mai puțin specializate. Chiar în perioada imediat următoare Evului Mediu, când medicina începe să devină o veritabilă profesie, existau destul de puține forme legiferate de control asupra modului de

exercitare a profesiunii medicale, ca şi slabele cunoştințe din acest vast domeniu.

Odată cu progresul medicinei, al cunoştințelor despre boli şi al procedeselor şi tehnicilor terapeutice sau de diagnostic medical, devine un factor din ce în ce mai eficient în tratarea bolilor şi capătă, din acest punct de vedere, o poziție privilegiată. Abia atunci când medicii au devenit mai eficienți în tratarea bolilor cum sublinia R. SCHYOCK în anul 1947, a avut loc o schimbare importantă în atitudinea publicului față de medicină şi de practica medicală.

Odată cu rupture care intervine între medicina ştiințifică şi medicina empirică, practicată de profane, se instituie diferite modalități de control asupra formelor de activitate profesională a medicilor şi asupra prescripțiilor în materie de sănătate.

Cu acest scop înființarea primelor organizații şi asociații profesionale ale medicilor a dat posibilitatea elaborării unor forme incipiente de control instituționalizat asupra activității membrilor (medicilor) şi asupra programelor de instituire profesională în domeniul medicinei, acordându-i-se, totodată, corpului medical (medici, asistenți medicali, paramedici etc.) toate drepturile şi privilegiile care decurg din recunoaşterea oficială a statutului său profesional.

În mod treptat activitatea medicală şi-a constituit propriul sector de activitate, deosebit de alte sectoare, putând dispune de un ansamblu de mijloace, resurse şi instituții necesare pentru organizarea practicii profesionale într-un cadru instituțional caracretizat atât de diversitate cât şi de unitate. La rândul ei, legitimitatea

exercitării profesiei de medic a fost un rezultat firesc al recunoaşterii utilității sociale a acestor profesii.

Pe de altă parte sistemul medical, în ansamblul său, a căpătat o recunoaştere formală din partea societății, primind un mandat oficial în baza căruia a dobândit autonomie, legitimitate şi autoritate în raport cu realizarea diverselor funcții în domeniul ocrotirii sănătății. O condiție aparte care a permis medicinei să devină o veritabilă instituție a constituit-o reglementarea raporturilor dintre membrii săi şi a relațiilor dintre aceştia şi publicul beneficiar, **astfel spus relația medic-pacient.**

Orice instituție socială, inclusiv cea medicală, dispune de un sistem de control al propriei sale activități, care permite elaborarea unor structuri autoritare, de ierarhie şi de organizare a acțiunilor, precum şi elaborarea unor procedee specializate pentru persoanele care exercită acțiuni instituționalizate şi în relație cu persoanele care sunt obiectul acestor acțiuni, adică pacienții sau bolnavii. Acest sitem de control se caracterizează şi concretizează într-un ansamblu normativ, care condiționează aplicarea acestor procedee şi modul lor de acceptare de către public.

În domeniul medical, deontologia profesională, legislația în materie de sănătate, vaccinarea obligatore sau masurile de profilaxie şi prevenție constituie un exemplu sugestiv al intervenției acestui sistem normativ.

În cursul istoriei, dar mai ales în ultima sută de ani, între medicină şi societate s-au stabilit legături strinse, determinate de înțelegerea faptului că efectele bolii trebuie combătute cu mijloace specializate, care sunt numai de competența unui anumit grup socio-profesional.

KERR L. WHITE (1978) considera în acest sens, că orice societate încheie, în mod sombolic, un anumit contract cu medicina, care necesită existența şi exigența mai multor mecanisme ce articulează sistemul medical cu celelalte forme de activitate socială.

Încrederea pe care orice societate o investeşte în medicină rezultă din importanța atribuită consecințelor bolii şi morții, motiv pentru care instituționalizarea practicii medicale legitimează şi oferă autoritate deplină medicului practician pentru a controla factorii care afectează sănătatea comunității respective. Dat fiind rolul important pe care îl joacă medicina în definirea a ceea ce este normal sau anonim (astfel spus patologic), ea are o autonomie aparte față de celelalte ramuri de activitate socială, dar, în acelaşi timp şi o mare responsabilitate.

Deşi actual tendința în domeniul managementului sistemelor medicale pare a fi favorizată descetralizării serviciilor medicale, ca mijloc important de raționalizare a resurselor, de reducere a cheltuielilor sau de evitare a ilegalității accesului la sănătate, experiența mai multor țări în materie de descentralizare a demonstrat că ea constituie încă un deziderat, câtă vreme nu asigurăm decăt în măsură limitată avantajele menționate mai sus.

Pe de altă parte, descentralizarea serviciilor de sănătate din mai multe zone ale țării sau diferitelor țări ale lumii nu numai ca nu a redus costurile necesare, dar le-a amplificat. Pentru acest motiv, nu numai concentrarea autorității la nivel central şi capacitatea acesteia de a avea o viziune mai largă asupra funcționalității serviciilor de sănătate pe plan național pare o soluție mai bună.

Statisticile indică faptul că, în ultimii ani, numărul de servicii de sănătate pe cap de locuitor, din diferite ţări, a crescut proporţional cu creşterea speranţei de viaţă dar şi cu sporirea numărului de cazuri de bolnavi cronici, creşterii numărului de îmbolnaviri acute sau cornice care necesită nu numai tratament ambulatoriu de specialitate, ci şi tratament în spitale de profil. **(Dr. Sorin M. Rădulescu:** *Sociologia sănătăţii şi a bolii*, Ed. Nemira, 2002, pag. 288-290**).**

Medicina nu este o artă. Medicina a devenit guvernată de ghiduri de bună practică medicală, de protocoale terapeutice şi, mai presus de toate, de anumite canoane şi legi bine definite şi stabilite. În aceste condiţii relaţia dintre cadrul medical şi pacient a ajuns astăzi o potenţială sursă de situaţii litigioase. Într-un interval de doua luni de presă scrisă din România au apărut **în nu mai puţin de 97 de articole având ca subiect cazuri grave de malpraxis medical,** relevă un studiu realizat de MEDRIGHT EXPERT în colaborare cu MEDIA ROMPASS.

Aceste normative de data recente, de natură să reglementeze activitatea medicală şi să sancţioneze personalul medical pentru eventuale culpe medicale, supuse peste materialele aparute în presă, expun medicii şi personalul medical acuzaţiilor de malpraxis formulare de către pacienţii/aparţinătorii nemulţumiţi de actul sau de culpa medicală.

Programul Naţional de Evaluare, Consultanţă şi Asistenţă Legală Specializată "MANAGEMENTUL RISCULUI ÎN PRACTICA MEDICALĂ" lansat la Bucureşti în luna septembrie 2007 presupune ample soluţii pentru informarea şi protejarea medicilor, de

natură să ducă la îmbunătățirea calității actului medical, cu beneficii atât pentru medici cât şi pentru pacienți.

Programul are ca scop informarea şi educarea cadrelor medicale cu privire la tematica malpraxisului din România dar şi în țările partenere ale Uniunii Europene, respective la tehnicile şi metodele pe care le pune la dispoziția medicilor pentru a se proteja împotriva acuzațiilor legate de săvârşirea erorilor în practica medicală.

La data de 04 decembrie 2007 s-a încheiat prima etapă a programului, care a vizat implementarea acestuia în patru "cenntre pilot" acestea fiind Spitale Universitare din Bucureşti". Deciziile şi hotărârile medicale vor fi luate întotdeauna avându-se în vedere interesul şi drepturile pacientului, principiile medicale generale acceptate, nediscriminare între pacienți, respecterea demnității umane, a principiilor eticii şi deontologiei medicale, precum şi grija față de sănătatea publică, în toate formele ei.

Evident medical curant, asistentul medical, paramedical, moaşa răspund juridic atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al aparținătorilor acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, se află în stare comatoasă.

Reprezentantul familiei nu poate fi contactat, din cauza situației de urgență care nu mai suferă amânare. În această situație, medicul, asistentul medical, paramedical, moaşa, pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorităților tutelare, după caz, pot acționa fără nici un acord, în situații de ungență, când intervalul de timp până

la exprimarea acordului ar pune în pericol viața pacientului.

Documentele medicale au incontestabil valoare, o valoare documentară şi medico-legală protejată de normative bine puse la punc. Nu este exclusă nici valoarea istorică, în măsura în care constatările ori înregistrările sunt în directă legătură cu fenomene de ansamblu, de ordin socio-medical, ori constituie fundament al unor studii statistice de ansamblu. În acest context legea prevede obligația creatorie de arhive, în speță şi a medicilor de da în condiții speciale anumite categorii de documente medicale, potrivit unor nomenclatoare întocmite sub coordonarea metodologică a reprezentanților abilități ai ARHIVEOR NAȚIONALE.

În ultimii ani MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, cu sprijinul unor colective de specialişti în domeniul medicinei preventive a elaborate o serie de legi privind controlul şi prevenirea consumului de alcool. Aceste legi sunt conținute în ORDINUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII NR. 713 (publicat în Monitorul Oficial a României în 14.03.2002, Nr. 036.), ele stabilesc politica statului privind controlul şi prevenirea consumului abuziv de alcool, consumul illicit de droguri şi de alte substanțe psihotrope, reducerea şi eradicarea acestor consumuri, educarea populației în spiritul abstinenței şi al unui mod de viață sănătos, precum şi înlăturarea consecințelor dependenței fizice şi/sau psihice față de acestea.

CAPITOLUL II

IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE ŞI IMPACTUL ACESTORA ASUPRA PROCESULUI DE PREVENIRE A CONSUMULUI DE ALCOOL

2.1. STRATEGII UTILIZATE ÎN PROMOVAREA POLITICILOR PUBLICE REFERITOARE LA PREVENIREA CONSUMULUI DE ALCOOL.

Dupa OMS promovarea sănătății înseamna procesul de punere în practică a intervențiilor desemnate să prevină îmbolnavirea. Deoarece de-a lungul timpului procesul de promovare a sănătății căpătase mai multe definiții, termenul începuse să-şi reducă din semnificație şi considerație.

Conform OMS promovarea sănătății este procesul în care permite oamenilor sau le dă posibilitatea să-şi îmbunătățească şi să-şi intensifice controlul asupra propriei lor sănătăți. Este procesul care "adaugă ani vieții şi viața anilor". Premizele pentru sănătate sunt:

Procesul de promovare a sănătății recunoaşte în mod explicit caracterul intersectorial al determinismului sănătății şi pune în evidența rolu guvernului, acționând împreună cu acesta la satisfacerea şi echilibrarea în populație a principalelor necesități: pace, adăpost, hrană, căldură, educație, venit etc. Promovarea sănătății a devenit în țările dezvoltate un domeniu prioritar, deoarece s-a observat că în serviciile curative supertehnoregizate se consumă foarte multe resurse, iar de ele nu beneficiază decât un număr din populație, în

timp ce acțiunile de promovare a sănătății sunt mai ieftine şi de ele beneficiază pe termen lung întreaga populație.

Promovarea sănătății pune accent pe modelul "pozitiv" al sănătății, un concept nou, diferit de modelul biomedical clasificat drept un concept "negative" de descriere a sănătății. Educația pentru sănătate reprezintă cel mai important moment al promovării sănătății şi este definit ca fiind activitatea de comunicare care are ca scop creşterea stării de bine şi prevenirea sau diminuarea bolii la indivizii şi grupurile populaționale, prin influențarea în mod favorabil a atitudinilor, cedințelor, cunostințelor şi comportamentelor, atât a celor care dețin puterea cât şi a comuntății în general.

Cel mai important obiectiv al educației pentru sănătate este a "împuternicii: indivizii şi grupurile din comunitate asupra propriei lor sănătăți. Pe langă aceasta educația pentru sănătate îşi propune ca sănătatea să nu mai fie privită ca responsabilitate exclusivă a sectorului sanitar, ci mai degrabă ca o responsabilitate a fiecărui individ în parte. Cei care primesc educație pentru sănătate trebuie să devină la rândul lor, furnizori de educație pentru sănătate.

Modalitățile de acțiune pentru sănătate sunt fie orientate asupra bolii, fie orientate spre factorii de risc, fie orientate spre menținerea stării de sănătate.

În acest tip de educație se intervine prioritar asupra anumitor boi, acționând invaziv asupra factorilor de risc asociați acestei boli. Evaluarea procesului sau a rezultatelor unui asemenea program de educație va fi

greu de realizat deoarece de exemplu, într-o comunitate pot exista în acelaşi timp atât un program de prevenție a bolilor hepatice, cât şi un program de prevenire a bolilor pancreatice.

Liderii acestor initiative separate pot adopta o serie de factori de risc care se suprapun şi atunci populația se poate simți "dezorientată" în fața avalanşei de informații care decurg din aplicarea acestor programe. Lipsa de comunicare dintre liderii acestor programe de comunicare centrate pe o anumită afecțiune/boala poate reduce foarte mult complianța maselor.

Factorii determinanți ai sănătății include în acelaşi timp şi probleme legate de calitatea vieții care sunt componente ale "stării de bine", oferind protecție împotriva unui comportament nesănătos. Aceste atribute positive ale sănătății (stiluri de viață favorabile sănătății şi un înalt nivel al stimei de sine) contribuie la "împuternicirea" indivizilor şi comunității de a realiza un mai bun control asupra proprie sănătăți. În practică aceste considerații generale ale teoriei privind educația pentru sănătate au fost oarecum eclipsate de dominația programelor orientate spre boala şi spre factorii de risc. Modelul orientat către sănătatea populației recunoaşte dimensiunea pozitivă a sănătății, oferă o mai bună oportunitate şi adecvare a programelor de educație şi nu în ultimul rând, ajută la promovarea sănătății prin prisma dezvoltării comunitare.

În mod tradițional campaniile de educație pentru sănătate s-au realizat bazîndu-se pe credința că informațiile difuzate de promotorii sănătății ajung la nivelul populației, care însuşindu-şi aceste informații, îşi va îmbunătății cunoştințele şi îşi va schimba atitudinile şi

comportamentul. (**Dr. Liviu Vulvu**: *Tratat de sănătate pulică*, vol III, Ed. Universității "Lucian Blaga", Sibiu. 2006)

2.2. IMPACTUL APLICĂRII POLITICILOR PUBLICE ŞI ASISTENȚEI MEDICALE ASUPRA POPULAȚIEI

Deşi multe probleme continuă să persiste, modul de definire al acestora se modifică odată cu schimbarea valorilor şi a condițiilor care le-au generat. Alcoolismul este edificator în acest sens. În secolul XIX, alcoolismul reprezenta o problema personală. În prima jumatate a secolului XX, alcoolismul constituia răspunsul indivizilor la diferite presiuni sociale, familiale etc., devenind o problemă socială pentru a cărei ameliorare se recomanda cu precădere consilierea şi accesul la alte servicii sociale. Recent, alcoolismul este considerat o boală care necesită tratament medical acoperit din asigurarea de sănătate. Această definiție medicală reduce responsabilitatea individuală şi stigmatul aferent. Nu există o abordare tipică şi care să garanteze succesul atunci când este vorba de a consulta şi examina un pacien alcoolic.

Comunicarea cu pacientul alcoolic mai ales pe partea medicală se poate dovedi extrem de dificilă. Prioritățile lor sânt foarte diferite şi li se pare dificil să exprime ce simt. Fiind vorba de o problemă personală, pacientul trebuie să fie implicat în decizia terapeutică şi să-şi asume responsabilitatea propriei sănătăți. În cazul în care pacientul este negativist iar problema acestuia pare fără ieşire, trebuie luptat pentru a încerca să minimalizăm importanța problemei pentru care a consumat băuturi alcoolice, astfel încât discuția să aibă un caracter

constructiv pozitiv. Este esențial că în timpul consultării să precizăm cât de devreme limitele confidențialității, mai ales pentru aceia care au un risc crescut de autovătămare (suicid, abuz psihic ori sexual). În conjunctura unui climat de sinceritate se capată încrederea necesară dezvăluirii problemelor pe care le au, inclusiv consumul de alcool.

CAPITOLUL III

PROBLEME DE SĂNĂTATE GENERATE DE ACȚIUNEA CONSUMULUI DE ALCOOL

1.1. CONSIDERAȚII GENERALE

Trăim într-o societate care se schimbă din ce în ce mai repede. Nu mai avem timp să ne cunoaştem pe noi înşine pentru că trebuie să îndeplinim obligații care de multe ori ne depăşesc capacitățile. Acest lucru este cel mai evident la adolescenți şi la tineri, care în plin proces de maturizare, trebuie să-şi formeze personalitatea, într-o lume fără repere şi fără modele, dar, cu cerințe din ce în ce mai complexe. Pe cale de consecință, refugiul este grupul de prieteni unde autoritatea părinților şi cea a profesorilor nu se manifestă, iar, în anumite cazuri, printre alte „activități" consumă alcool. Consecințele sunt evidente şi extrem de mediatizate: accidente sau chiar decese în urma conducerii sub influența băuturilor alcoolice, agresiuni fizice etc.

Motivele pentru care se consumă alcool sunt diverse de la curiozitatea specifică vârstei, dorința de a face parte dintr-un grup valorizat social, presiunea grupului de prieteni, modele din familie sau pur şi simplu plăcerea de a consuma aceste substanțe.

Este dificil de a găsi remediul situației. Cele mai eficiente strategii includ mesaje care sensibilizează individul, grupul sau grupurile din care acesta face parte ori familia, aceste strategii, includ campanii mass-media. Publicitatea prin televiziune joacă un rol foarte important

deoarece, televizorul este principalul mijloc de informare și totodată și cel mai eficient.

Orice cercetare are limitele ei și aceasta nu face excepție. Dintre limite amintim: nu se poate afirma că structura motivațională a personalității, stima de sine, anxietatea sunt singurele variabile care detemină consumul de alcool. Pe lângă acestea pot să intervină factori externi cum ar fi mass-media prin intermediul publicității sau a clipurilor muzicale cu mesaje pro-consum. Nu este de neglijat nici rolul factorilor inhibitori ai comportamentului de consum. Concluzionăm că este necesară o atentă monitorizare a consumului de alcool pentru că acest fenomen ia din ce în ce mai multă amploare în România.

Oamenii, în general, încearcă să influențeze mediul pentru a putea duce o viață mai plăcută. Aceasta presupune că individul va încerca pe cât posibil să-și procure plăcerea și să evite neplăcerea. Aceste căi de a obține plăcerea prin modificarea dispoziției, a emoțiilor, sunt diferite de la individ la individ. Una dintre căi este consumul unor substanțe denumite substanțe psihotrope.

Alcoolul este folosit concomitent ca aliment și ca substanță psihoactivă. Alcoolul este consumat în cantități mici și de către oameni care care beau numai pentru că așa este obiceiul. Aceasta se datoreaza faptului că băuturile alcoolice sunt ușor accesibile, iar efectul alcoolului este resimtit într-o primă etapă ca fiind plăcut. Ca aliment, 1 g de alcool are o putere calorică de 29 kJ, având astfel, o valoare nutritivă apreciabilă. Ca substanță psihoactivă, alcoolul este un sedativ, adică este o substanță care scade activitatea sistemului nervos central, alterând comportamentul, conștiința și dispoziția psihică.

Cuvântul alcool îşi are originea în limba arabă – al - kohol "lucru subtil" - o traducere de care multi vor fi încântați. Dicționarul de droguri, toxicomanii şi dependențe (2005) descrie alcoolul ca fiind denumirea populară a etanolului. Alcoolul se obține prin fermentarea vegetalelor bogate în zaharuri (struguri, mere, pere, sfeclă, trestie de zahăr, cereale precum orzul şi orezul, cartofi, lemn) sau prin distilare. În timpul fermentării are loc un proces chimic de catabolizare (descompunere) a zahărului. La produsele alcoolice obținute prin fermentare concentrația alcoolică nu depepăşeste 15%, cele cu o concentrație mai mare se obțin prin distilarea produşilor de fermentație. Alături de alcoolul etilic, băuturile mai conțin, în unele cazuri, alcooluri superioare sau esențe care dau „buchetul" (Porot A. Şi Porot M., 1999).

Alcoolul poate lua naştere în natură fără nici o intervenție din partea omului. Anumite fructe căzute pe pământ şi intrate în fermentație sunt consumate de diferite animale care prezintă apoi semne clare ale stării de ebrietate. Poate aşa a cunoscut şi omul alcoolul.

Cele mai vechi documente istorice în care sunt menționate băuturile alcoolice datează de aproximativ 6.000 de ani. În toate scrierile vechi din Mesopotamia, Egipt, China, Grecia precum şi în Biblie găsim mărturii despre folosirea băuturilor alcoolice. În Egipt, acum peste 3000 de ani se fabrica berea de fermentație. Se spune că tributul adunat de unii dintre primii faraoni ai Egiptului, în timpul unei expediții, consta în 470 de ulcioare cu miere şi 6.428 de ulcioare cu vin. Am putea să remarcăm, puțin ironic, că întotdeauna ulcioarele cu vin erau mai numeroase. Grecii şi romanii aveau chiar şi zei ai vinului.

La romani zeul vinului era Bachus în cinstea căruia se organizau în fiecare an sărbători numite bacanale unde consumul de băuturi alcoolice era considerabil. Trecând oarecum de la profan înspre laic putem să spunem că şi Biserica foloseşte vinul ca parte a unor ritualuri religioase. În credința ortodoxă vinul face parte, alături de pâine din ritualul de „spălare a păcatelor” .

Ca substanță aparte, alcoolul a fost produs mult mai târziu, în jurul anului 1.000 prin invenția unei tehnici performante de distilare. Aceasta înseamnă că băuturile spirtoase există începând din Evul Mediu. Se pare că alcoolismul pe scară largă nu a fost prezent în Antichitate. În secolul al XV – lea celții au adus cu ei în Insulele Britanice o băutură pe care o numeau „whisky” care în traducere înseamnă „apa vieții”.

În general, băuturile alcoolice se pot împărți în trei categorii (Stavros C,1988): **Slabe** – până la 12º alcool cum sunt : berea, mustul şi vinul slab; **Mijlocii** – ce conțin între 12º şi 20º alcool (vinuri tari, vechi şi dulci, vermut); **Tari** – între 20º şi 60º alcool (țuică, vodcă, rachiu, rom, gin, lichoruri, etc.). Băuturile tari se consumă ca atare sau în amestec.

Tabelul 1. Conţinutul de alcool al diferitelor băuturi

Bere	5%	0,5 l	20-25 g
Vin	10%	0,125 l	10-13 g
Lichior	30%	0,05 l	15 g
Rachiu alb	25%	0,05 l	12,5 g
Vodca, rom	33%	0,05 l	17 g
Palinca de prune	45%	0,05 l	22,5 g

Vinul rămâne băutura alcoolică cea mai pupulară. Există o tendinţă ce pare să favorizeze consumul ocazional de vin poate şi datorită recomandării unor medici care „prescriu" vinul ca „medicament" împotriva bolilor cardio-vasculare. Cum orice consum excesiv este dăunător doza de vin care nu trebuie depăşită la o masă este de ½ litru pe zi pentru sedentari şi un litru pentru muncitorii ce execută munci fizice. Vinurile „de masă" au între 7º şi 14º iar cele „tari" între 15 º şi 25º.

Principalul concurent al vinului este berea. Berea „slabă" are 2º alcool, iar cea „tare" de la 5º la 9º. Berea se obţine prin fermentaţia alcoolică a unui extract din hamei şi malţ de orz. Alcoolul etilic este un drog psihotrop. Datorită consumului unei asemenea substanţe, viaţa oricât de stresantă ar fi în realitate, pare mai blândă, consumatorul are o senzaţie artificială a unei stări de bine. În contrast cu aceste satisfacţii imediate, urmările negative ale consumului de alcool sunt mult mai numeroase (Abraham şi colaboratorii, 2004).

Consumul excesiv de alcool generează dependență, sclavie față de un compus chimic. Acestă dependență se recunoaşte prin: stabilirea priorităților. Scopul principal al unui alcoolic este acela de a bea, pentru aceasta fiind capabil de orice sacrificii.Orice altă activitate este lăsată de o parte, chiar dacă efectele negative sunt previzibile.
Toleranța: Efectul scontat se obține prin consumul unor cantități din ce în ce mai mari de alcool. S**imptomele abstinenței:** În momentul în care se opreşte consumul de alcool se instalează sevrajul caracterizat de simptome neplăcute cum ar fi tremurăturile, insomnia, agitația. Reluarea consumului duce la încetarea acestor simptome.
Disperarea: Este nevoia copleşitoare de a bea chiar şi în momentul în care se consumă alcool. C**onflictul interior:** Alcoolicul poate conştientiza că acest consum îi creează probleme şi încearcă să renunțe la alcool. Uneori reuşeşte, dar dacă începe să bea din nou nu se mai poate abține. P**roblemele exterioare**: Alcoolicul se confruntă cu probleme în relațiile personale şi profesionale (ibidem). Conform statisticilor oficiale, media consumului anual de alcool pe cap de locuitor se întinde de la 1 litru în Israel la 13,6 litri în Franța (Smart şi Mann,1992) (apud Vraşti,2001). În România el este în jur de 7,7 litri şi a crescut continuu. Se consideră că 80% din toți adulții beau o băutură alcoolică în cursul unui an. Dintr-o altă perspectivă, băutul este totuşi o activitate specifică şi este făcută în anumite perioade ale săptămânii, în locuri specifice şi la ocazii specifice (Vraşti, 2001).

Consumul excesiv de alcool dăunează grav sănătății, fiind corelat cu 80% dintre cazurile de sinucidere, 50% din crime, 30% dintre accidentele rutiere fatale şi 15%

din cazurile de înec. Este de asemenea unul din factori în unul din trei cazuri de divorţ şi unul din trei cazuri ale molestării de copii.

Alcoolul este un factor determinant în 27- 37% din cauzele de moarte violentă, fără legătură cu accidentele rutiere. Actele de suicid se comit pe fondul consumului de alcool. Alcoolismul creşte morbiditatea, duce la neînțelegerea dintre oameni, la invalidități permanente, el consituie un factor criminogen de prim ordin influențând sau chiar detemințând actele infracționale. La acestea contribuie accesul facil la un număr ridicat de produse de acest gen, eludarea legii care prevede ca minorii să nu poată cumpăra băuturi alcoolice, dezinformarea ca urmare a publicității agresive din mass-media şi mai ales insuficienta informare a publicului larg referitor la efectele nocive ale alcoolului (Richard şi Senon, 2005).

O trecere în revistă a 15 studii estimează că alcoolul a fost prezent în 25-50% din toate cazurile de violență fizică asupra soțiilor (Hamilton şi Collins,1981) (apud Vraşti,2001). De asemenea, un procent însemnat al abuzurilor asupra copiilor se fac sub influența alcoolului. De aici rezultă că alcoolul este un factor important care influențează atmosfera familială şi relația dintre părinți şi copii.

Cele mai frecvente accidente violente sunt cele din circulația rutieră. Şoferul care conduce sub influența băuturilor alcoolice este un pericol atât pentru el cât şi pentru ceilalți participanți la trafic, fie ei pietoni sau şoferi. În aparență, şoferul aflat sub influența băuturilor alcoolice se simte mai destins, nu mai este timorat, dar în acelaşi timp el devine mai puțin prudent, nu observă la

timp stările de pericol sau uită interdicțiile, devine curajos şi agresiv (Stavros C.,1988).

Alcoolul creşte timpul de reacție la stimuli acustici sau vizuali în medie cu 35%, câmpul vizual este îngustat, percepția distanțelor este perturbată. În SUA, din 1979 şi până în prezent, în medie 45.000 de oameni pe an mor în accidente de trafic. Alcoolul este incriminat în jur de 55-65% din acestea, procent ce este raportat şi de statisticile din Canada, Australia, Marea Britanie şi Noua Zeelandă. În țările nordice procentul de şoferi ce conduc noaptea sub influența alcoolului este de 1% față de SUA cu 8,4%, Franța cu 5%, Marea Britanie cu 3% sau Olanda cu 4%.

Un procentaj de 14% din şoferii SUA care au fost antrenați în accidente fatale de trafic sub influența alcoolului, au avut antecedente în conducerea autovehiculelor sub influența alcoolului (Wilson,1993). Adicția este o relație de dependență mai mult sau mai puțin alienantă pentru individ, şi mai mult sau mai puțin acceptată, uneori total respinsă de mediul social al acestuia, în legătură cu un produs (drog, tutun, alcool, medicamente). Termenul este utilizat mai ales de către teoreticieni; în limbajul popular şi medical se utilizează curent termenii dependențăşi toxicomanie (Richard şi Senon, 2005).

Alcoolismul este o „intoxicație prin utilizarea repetată a băuturilor alcoolice, boală cronică indusă prin consumul repetat de alcool”(ibidem). Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) defineşte alcoolismul ca fiind „o stare în care un subiect consumă alcool în detrimentul sănătății sale, a activității sale pe plan socio-profesional pierzând controlul față de băutură şi incapabil de a se abține de la consum’’.

Evident, alcoolic nu poți deveni după un singur consum exagerat de alcool. Alcoolismul se instalează în timp, după numeroase episoade de beție. De la un pahar ocazional la dependență drumul este foarte scurt. Şi ocazii numeroase există fără îndoială. La sărbătorile naționale, la zilele de naştere sau onomastice, alcoolul este elementul constant prezent. Acest lucru este explicat şi de efectele pe care le are alcoolul. Imediat după consum apare o stare de bine, o dezinhibiție socială care îl vor determina pe consumator să repete comportamentul de consum. După ce este instalată această dependeță fizică alcoolicul va căuta pretexte de a bea. Dacă primul pahar este aşteptat cu nerăbdare şi este urmat de altele şi altele, dacă apar tremurul uşor al mâinilor şi amneziile de scurtă durată putem spune că s-a instalat alcoolismul cronic (Stavros, 1988).

Cu certitudine putem spune că abuzul de alcool are loc atunci când se bea: în imprejurări nepotrivite (conducerea maşinii, serviciu, sport, sarcină); până la beție; pentru ameliorarea unei stări sufleteşti tulburate ("de necaz"); pe termen lung în cantități mari (la bărbați zilnic peste 40 g iar la femei peste 20 g de alcool pur pe zi).

Intoxicația acută alcoolică (beția) diferă de la individ la individ, are diferite grade de manifestare. Aceste simptome sunt în directă legătură cu concentrația alcoolului în sânge. Concentrația de alcool în sânge se exprimă în "promil" (‰). O alcoolemie de 1‰ înseamnă un mililitru de alcool pur pe un litru de sânge. Simptomatologia, la anumite concentrații de alcool (Stavros, 1988): 0,5 g la litru de sânge corespunde clinic prin voalarea personalității, cu o uşoară stare de euforie;

peste 0,5 g la litru sânge şi până la un gram alcoolemie, echivalează cu tulburări de comportament, de echilibru şi ale funcțiilor motorii în general; la 1,5 g /l de sânge suntem în limitele beției; peste 1,5 g/l de sânge, individul intră în comă alcoolică; la 3,5 – 4 g/l sânge se instalează moartea clinică.

Tulburările psihice care apar în intoxicația acută cu alcool sunt: extraversia, agresivitatea, încrederea, facilitarea comunicării, supraestimare, hipomnezie, stare confuzională (Abraham şi colaboratorii, 2004). Starea de beție se manifestă prin agitație, confuzie mintală, pierderea echilibrului, somnolență progresivă; trecerea spre starea comatoasă se remarcă prin stupoare, temperatură scăzută a corpului, respirație lentă sau profundă.În starea subcomatoasă şi comatoasă, individul este capabil de acte de violență, pe un fond acut anxios sau, din contră, poate deveni melancolic sau depresiv. Beția alcoolică parcurge 4 stadii.

Stadiul I este prezentă agitația psihomotorie de tip hipomaniacal, corespunzând unei alcoolemii de 0,5 – 1,5g‰. Tabloul clinic exprimă o stare de bună dispoziție, comportament mai liber, predispoziție la anumite glume, confidențe, dar şi explozii de iritabilitate. Mimica este mobilă, ochii strălucitori prezintă vasodilatații periferice, respirația şi pulsul sunt crescute. Pot apărea şi megalomania, suspiciunea, tristețea.

Stadiul II de intoxicație acută corespunde unei alcoolemii cuprinsă între 1,5 – 3g‰ cu grave tulburări ale activității nervoase superioare. Ideația şi limbajul devin incoerente, apare reducerea progresivă a capacității de percepție şi creşterea fazei latente între stimul şi reacția psihomotorie. Discernământul devine tot mai

precar, aspectul hipnoid confuzional expune subiectul la diverse inciente

Stadiul III (paralitic), se caracterizează prin narcotizarea scoarţei cerebrale corespunzătoare unei alcoolemii de 3-4g‰. Reflexele condiționate sunt abolite, limbajul neinteligibil, coordonarea motorie profund tulburată, se pierde controlului sfincterelor, după care urmează un somn profund de câteva ore.

Stadiul IV comatos, caracterizat prin abolirea reflexelor spinale, pupilele sunt imobile, se instalează midriaza, hipotensiune, cianoză, hipotermie, transpirație vâscoasă. Acest stadiu corespunde unei alcoolemii de 4-5g‰. În general, decesul survine la o alcoolemie de 5g‰, prin oprirea respirației. Există o mare diversitate individuală a acestor stadii în raport cu toleranța, tipul de sistem nervos, de starea inițială a organismului în momentul ingerării alcoolului (Boțiu, Vintilă, 1998).

Se deosebesc două tipuri de băutori abuzivi: Băutorul din obişnuinţă care bea regulat pentru a se simți în largul său şi iese în evidență prin stări de ebrietate în situatii nepotrivite şi prin boli organice; Băutorul la probleme care se îmbată intenționat sau nu se poate opri decât cu greu odată ce a început să bea, el tratându-şi disconfortul, crizele sufleteşti sau sentimentele de inferioritate cu alcool. Este comportamentul frecvent folosit ca pretext de către alcoolici.

Autorii francezi Reyss-Brion şi Ey au distins două tipuri de persoane alcoolice: **persoane cu dependență primară**, datând de la primele experiențe de alcoolizare, cu un consum frecvent solitar, adesea minim, adesea intermitent; **persoane cu o dependență secundară**, după un lung trecut de alcoolizare cotidiană – sunt mult mai

frecvent întâlnite. În grupul alcoolicilor secundri sunt incluşi indivizi care, în momentul în care încep să bea, nu au o nevoie specială de a face acest lucru şi alcoolismul lor este rezultatul obiceiului de a bea copios în compania altora, de-a lungul a numeroşi ani.

Dacă la început au o mare toleranță la alcool şi pot adesea să bea cantități prodigioase, apoi se prăbuşesc şi schimbările mentale şi fizice devin evidente. Alcoolicii secundari se disting de cei primari prin faptul că la primii adaptarea psihologică la viață a fost bună, mulți dintre ei au excelat în munca lor şi alții, numeroşi, au avut numeroase realizări. Reuşita tratamentului la alcoolicii secundari este mai bună ca la cei primari, cu condiția ca ei să solicite ajutorul înainte ca schimbările mentale şi psihice să fi devenit ireversibile. Alcoolicii primari, neadaptați inițial, au mai puțin de îndreptat (Constantinescu şi colaboratorii, 2001).

În stare de ebrietate apar modificări ale (ibidem): dispoziției psihice: de la bună dispoziție la deprimare, supărare şi chiar agresiune; inițiativei: de la stimulare la inhibare; comportamentului social: de la facilitarea unor contacte la manifestări agresive; Stării de cunoştiintă: de la senzația de a fi mai treaz şi conştient la comă; Raționamentului: încetinire, idei obsesive; Motricității: vorbire mai greoaie cu ton nepotrivit (prea tare, sau prea încet), perturbări în coordonarea mişcărilor şi gesticulație necontrolată cu mişcări ample; Modificări neuro-vegetative: vasodilatație, modificarea pulsului, grețuri şi vărsături, tulburări ale termoreglării, uneori pierderea controlului asupra sfincterelor.

Criteriile pentru abuzul de substanță inclusiv de alcool descrise în DSM IV- TR (2003) sunt următoarele:

Uz curent de substanță ducând la incapacitatea de a îndeplini obligațiile rolului major la serviciu, la şcoală sau acasă (de ex. absențe repetate sau performanță redusă în muncă, eliminări sau exmatriculări de la şcoală, neglijarea copiilor sau a casei); uz curent de o substanță în situații în care acesta este periculos fizic (de ex. condusul unui automobil); conflicte repetate cu legea în legătură cu uzul de o substanță (de ex. arestări pentru tulburări de conduită); uzul continuu de o substanță în disprețul faptului că are probleme sociale sau interpersonale cauzate sau exacerbate de efectele substanței (de ex. certuri cu partenerul de viață, bătăi).

Există trei faze succesive până la instalarea dependenței:

Fază asimptomatică, durând mai mulți ani, marcată printr-un debut insidios de dependență. Anumiți alcoolici devin dependenți în urma unor experiențe repetate de beție, alții cresc progresiv consumul de alcool cu beții rare sau absente. Activitățile sociale şi profesionale sunt păstrate intacte. Fază relativ scurtă de pierdere a controlului ingestiei de alcool. Faza de alcoolism propiu-zis în care apar semnele obişnuite de alcoolizare cronică. Intoxicația alcoolică cronică sau alcoolismul se subsumează consumului frecvent şi de durată fie şi în cantități moderate a băuturilor alcoolice. Este tendința irezistibilă de a consuma alcool sau ceea ce numim toxicomania alcoolică (Stavros, 1988).

Semnele clinice sunt (ibidem):

Tulburările nervoase mintale şi organice. Individul este euforic, bine dispus, caută să-şi motiveze cu argumente „logice" comportamentul. În general, până la urmă devine neîncrezător, nesociabil, egoist, gelos, bănuitor, are tulburări de memorie, devine laş, mincinos , ineficient profesional. Tulburările psihice asociate cu intoxicația cronică de alcool sunt: tulburări psihotice halucinatorii preponderent auditive la început sub formă de sunete apoi voci, tulburări afective (depresie), anxietate, fobii, tulburări mnezice (Abraham şi colaboratorii, 2004).

Trecerea la cronicitate se face în mai multe etape: în primul rând prin exaltarea funcțiilor antitoxice ale ficatului dovedită de hiperglicemie, dezechilibru neuro-vegetativ; apoi hiposensibilitatea celulară le permite neuronilor o ridicare a pragurilor de toleranță, ceea ce provoacă un apel din ce în ce mai mare la alcool pentru refacerea echilibrului funcțional, de unde obişnuința şi starea de trebuință. Odată cu dezobişnuirea bruscă şi inopinată apare aşa numita reacție de dezobişnuire ce poate ajunge până ladelir ium tremens. După o anumită perioadă de tulburări pur funcționale pot apărea leziuni ale țesutului nervos, ale ficatului şi ale altor organe (ciroză, encefalopatii, sindomul lui Korsakoff, paralizie, epilepsie, demență, comă hepatică) (Porot A şi Porot M,1999).

Există o perioadă de toleranță aparentă numită alcoolism lent şi o perioadă de îmbibare care poate dura mai mulți ani, în decursul căruia individul nu este văzut niciodată beat şi în care desfăşoară, la un nivel de

performanţă mai scăzut sau mai ridicat, o activitate profesională. După perioada de îmbibare apar semnele alcoolismului cronic: tremurături, tulburări digestive, vagi cefalee, oboseală accentuată şi impotenţă sexuală. După un anumit timp apare degradarea morală şi intelectuală. Alcoolicul devine indiferent faţă de viciu şi efectele acestuia pe care le tratează cu indiferenta. Degradarea psihică atinge sfera morală şi cea afectivă.

Exploziile de mânie sunt frecvente, discuţiile banale pot degenera în scene de violenţă, chiar extreme, ajungându-se la omucideri, sinucideri, maltratări ale copiilor. Datorită randamentului profesional scăzut alcoolicii pot fi concediaţi, acest lucru determinând o escaladare a consumului (Porot A şi Porot M,1999). DSM IV – TR (2003) descrie următoarele criterii pentru dependenţa de o substanţă inclusiv de alcool: toleranţă, aşa cum este ea definită de oricare din următoarele: necesitate de cantităţi considerabil crescute de substanţă pentru a ajunge la intoxicaţie sau la efectul dorit; efect redus considerabil prin continuarea uzului aceleaşi cantităţi de substanţă; Se disting două feluri de dependenţă: fizică şi psihică. Delimitarea dintre aceste două tipuri de dependenţă este destul de dificilă datorită modificărilor metabolice ce apar şi determină apariţia sevrajului.

Dependenţa fizică este o consecinţă a unui consum frecvent şi abuziv de substanţe nocive şi a adaptării organismului prin modificări metabolice la acesta, obţinându-se o creştere a toleranţei. Drept urmare organismul are nevoie de respectiva substanţă ca să funcţioneze. Dependenţa fizică se manifentă întotdeauna la întreruperea consumului când apar o serie de fenomene

neplăcute pe plan fizic, numite fenomene de sevraj (tremurături, senzație de vomă, sudorație abundentă, tulburări de somn neliniște). Intensitatea acestor fenomene se extinde de la o simplă stare de slăbiciune cu tulburări digestive până la manifestări grave, uneori letale, aşa numitul delirum tremens. „Normalitatea" se reinstalează la reluarea administrării subtanței (Edwards G., 2006).

Dependența psihică - se vorbeşte atunci când există dorința interioară, iar apoi cerința obsesivă de a consuma în continuare substanța nocivă, fie pentru a-şi procura din nou plăcere, fie pentru a evita neplăcerile. Dependența psihică se instalează pe neobservate din motive aparent neînsemnate, de exemplu din cauza proastei dispoziții, apatiei sau pentru că numai cu un pahar de băutura bucuria este deplină. Depedentul psihic foloseşte acea substanță pentru a obține starea de confort psihic şi pentru a rezolva stările de stres sau indispozițiile. Atunci când substanța nu este la îndemână, apare disconfortul psihic sau chiar frica ce îl determină pe cel în cauză să-şi facă provizii şi să-şi organizeze întreaga viață în aşa fel încât alcoolul să fie la îndemână. Astfel se formează o legătură emoțională cu alcoolul, care persistă încă multă vreme după ce dependența fizică a fost depaşită. Acesta este şi motivul pentru care, chiar şi în cazul tratamentului medicamentos şi psihologic, recidivele sunt frecvente. Un individ alcoolic nu va putea deci să mai consume alcool pentru că un singur pahar poate să ducă la anularea eforturilor făcute în direcția vindecării (ibidem).

Dependent de alcool este cel care nu se poate opri din consum fără a suferi de stări fizice sau psihice

neplăcute (alcolismul de tip delta, dependentul de doze mici) sau cel care ingerează în mod repetat atât de mult alcool încât îşi dăunează sieşi şi celor din jur (alcoolicul de tip gama şi epsilon).

Băutorii de **tip alfa** consumă alcool pentru a se uşura, încercând să-şi rezolve prin aceasta diferite probleme. În această formă încă există control asupra consumului de alcool dar progresiv se poate instala dependența. Băutorii de **tip beta** consumă frecvent alcool, cu diferite ocazii, fără a fi încă instalată dependența.Totuşi pot apărea anumite acuze legate de complicații organice datorate abuzului de alcool (boli de ficat, de stomac, etc.).

Băutorii de **tip gama** sunt dependenți de alcool în primul rând psihic, dar şi fizic. Nu mai pot controla cantitatea de alcool consumată (după primele pahare nu se pot opri până la îmbătare). Băutorii de **tip delta** sunt dependenți de alcool în primul rând fizic. Pot păstra o perioadă mai lungă controlul asupra cantității de alcool consumată (nu se îmbată tare, dar nici nu pot renunța). Băutorii de **tip epsilon** (periodici) sunt dependenți de alcool consumând necontrolat timp de câteva zile, având, însă şi perioade mai lungi fără consum abuziv (Richard şi Senon, 2005).

Un alt model stipulează existența a trei grupe de consumatori: Consumatorii de alcool cu risc care consumă mai mult de trei pahare pe zi pentru bărbați şi două pentru femei (consum stabilit de O.M.S.) fără apariția simptomelor fizice sau psihice. Consumatorii ce utilizează alcoolul în mod excesiv sau nociv. Acest tip de dă naştere afectărilor somatice sau sociale.
consumatorii dependenți de alcool.

3.2. CAUZELE CONSUMULUI DE ALCOOL

Există probleme de natura psiho-somatică, socială şi ideologică, adică trebuie să existe anumite trăsături psihice şi fizice într-o anumită situatie dată de anturaj în corelație cu o anumită atitudine față de viață, ca toxicomania alcoolică să se poată produce.

1.Cauzele genetice

Studiile psihologice asupra personalității alcoolicilor concluzionează că aceştia au slăbiciuni morale, sunt aproape lipsiți de caracter, deseori dezechilibrați, inadaptați social şi prezintă tulburări ale sexualității. Unele studii au ajuns la concluzia că există un factor genetic care predispune la alcoolism, dar, la fel ca şi în alte procese unde este implicat factorul ereditar nu trebuie subestimat rolul mediului. Mai exact putem să spunem că acțiunea complexă între ereditate şi mediu favorizează dependența alcoolică (Porot A. Şi Porot M., 1999).

2.Cauzele sociale (anturaj, mediu, imitare)

Este cunoscut faptul că un individ devine alcoolic mai mult din cauza anturajului decât a dispoziției. Toxicomania este secundară, este mai ales un obicei dobândit. Circumstanțele legate de mediu, profesie sau meserie, imitare, orgoliu joacă un rol preponderent în crearea unor obișnuințe toxice. Atitudinea publicului larg față de alcool şi implicit față de alcoolic este echivocă.

În timp ce alcoolicul este disprețuit ca fiind betiv, sunt admirați toți cei care la un chef reuşesc să bea cât mai mult. Consumul temporar excesiv de alcool, de

exemplu cu ocazia diferitelor sărbători, este considerat un semn al bărbăției. Un bărbăt adevărat este cel care suportă cât mai mult alcool şi, dimpotrivă, cel ce nu bea deloc sau puțin este considerat slab sau spărgător de chef. Prin această largă acceptanță față de alcool, opinia publică sprijină consumul de alcool şi promovează involuntar pericolul instalării alcoolismului (Porot A.şi Porot M.,1999).

Se constată frecvent o corelație între consumul şi abuzul de alcool şi poziția socială. Apartenența la un grup defavorizat este privită ca un factor favorizant pentru consumul crescut de alcool. Studii efectuate în Olanda au demonstrat totuşi că această apartenență nu este valabilă pentru adolescenți, pentru că prezența consumului de alcool şi de droguri ilicite se întâlneşte în toate straturile sociale. În multe țări există diferențe de consum între cei care au declarat că au un statut socio-economic ridicat şi cei cu statut socio-economic scăzut. În general cei cu un statut socio-economic mai bun au un consum de alcool mai mare. Aşa sunt: Danemarca, Anglia, Scoția, Belgia Flamandă, Ungaria, Țările Baltice, Polonia, dar sunt şi țări unde consumul este mai mare la elevii care au un statut socio-economic mai redus ca Irlanda de Nord, Slovacia, Irlanda, SUA şi țări în care nu există diferențe de consum între aceste două categorii sociale cum sunt Grecia, Austria, Republica Cehă şi Portugalia.

Motivele diferenței dintre țări sunt dificil de interpretat. Printre factorii care ar putea fi incriminați specialiştii avansează: modele subculturale de comportament adoptate de cei cu statut socio-economic scăzut din cauza presiunii sociale crescute care determină

un consum compensator crescut de alcool. De fapt, supraconsumul nu este în mod necesar consecința inechității sociale ci o problemă socială generală.

3.Cauzele organice

Nu există o anumită cauză organică responsabilă de instalarea alcoolismului şi mai ales nu există o alergie la alcool care să declanşeze dependența deja de la cea mai mică doză. Rezultatele unor studii arată că persoanele care au din naştere o cantitate mai redusă de endorfină, substanță de tipul morfinei sintetizată de organism şi care influențează dispoziția, reacționează pozitiv față de alcool. Abuzul cronic de alcool poate reduce cu până la 50% concentrația endorfinelor, care sunt atât de necesare pentru instalarea unei stări generale tonice. Acest lucru poate fi o explicație pentru dorința puternică de a consuma alcool, intrându-se de fapt într-un cerc vicios.

4.Cauzele psihice

Nu există trăsături universal valabile, dar din acest punct de vedere anumite caracteristici sunt mai des întâlnite la persoanele dependente de alcool: tendința de a evita problemele indiferent de capacitatea reală de a le rezolva, nesiguranță de sine şi inhibiție, dependența de ceilalți, toleranță redusă la frustrare, adesea o proastă dispoziție. Dar aceste trăsături pot fi la fel de bine şi consecințe ale consumului abuziv de alcool. În multe cazuri, dependența are la bază automedicația nereuşită a golurilor sufleteşti. La femei se întâlnesc des răni psihice din cauza unor abuzuri sexuale sau unor agresiuni. Dar rănile sufleteşti nu sunt o condiție necesară sau suficientă pentru

instalarea dependenței. Se pare că persoanele care cred că viața lor ar trebui să evolueze pe o curbă continuu ascendentă sunt mai predispuse la cosumul de alcool. Aceste persoane nu acceptă că această atitudine de viață este pierzătoare având în vedere că viață se desfăşoară asemenea unei curbe, cu suişuri şi coborâşuri.

5.Cauzele profesionale

Există diferențe între frecvența cu care alcoolismul apare în cadrul diferitelor grupe profesionale. Producătorii şi distribuitorii de băuturi alcoolice sunt deosebit de periclitați. De asemenea sunt incluşi în categoria de risc angajații în construcții, angajații în transporturi, dar şi liberii profesionişti fără program de lucru clar definit, precum şi meseriile cu multă rutină şi fără program de lucru clar definit. S-a constatat că solicitarea şi suprasolicitarea la locul de muncă sunt adesea mai uşor de suportat cu ajutorul alcoolului.

6.Cauzele educative

Părinții şi familia

Modelul familial de consum al alcoolului va încuraja copiii în consumul de alcool. Dacă copilul a început să bea, dezvoltarea armonioasă a acestuia este compromisă iar potențialul de autoreglare este restrâns.

În ceea ce priveşte legătura dintre copii şi consumul de alcool, părinții şi familia au o importanță deosebită. În cele mai multe cazuri inițierea consumului de alcool se face în familie cu ocazia unor evenimente festive cum sunt sărbătorirea zilei de naştere, căsătoria unor membrii de familie, etc. Continuarea consumului de

alcool depinde apoi de factorii cu efect favorizant şi protector față de acest consum. Studiile privind influența familiei asupra consumului şi afinității față de alcool au arătat că în general efectul se exercită mai ales în copilărie şi într-o oarecare măsură la adolescență. Cercetările au arătat importanța factorilor genetici, a modelelor de comportament şi a stilului de comunicare şi de educație din familie.

Ambele, afinitatea de a folosi substanțe psihoactive, ca alcoolul şi riscul individual de dependență sunt codeterminate într-o oarecare măsură de profilul genetic individual. Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development, a demonstrat că un consum moderat de alcool este influențat în mare măsură de factorii de mediu, în timp ce abuzul şi dependența de alcool sunt codeterminate într-o măsură semnificativă de factorii genetici. Consumul individual de alcool al părinților prin intensitatea şi frecvența sa este un codeterminant decisiv al consumului de alcool al copiilor. De exemplu, acolo unde părinții consumă alcool frecvent, băuturile alcoolice sunt mai uşor accesibile, fiind prezente în cantități mari în gospodărie.

De asemenea în aceste familii, ocaziile pentru consum sunt mai frecvente astfel copiii au mai multe ocazii să consume băuturi alcoolice. Influențele educative privind efectele negative ale consumului în familiile unde părinții au tendința să consume băuturi alcoolice în exces au puține şanse de succes. Ca o regulă, în astfel de familii comportamentul actual este acompaniat de o toleranță crescută sau chiar de o ideologie de sprijin pentru consumul de alcool şi alte substanțe psihoactive.

Copiii învață de la o vârstă mică pentru ce sunt folosite diferitele substanțe şi ce efect au. Chiar preşcolarii imită în jocul cu roluri, ritualul de a propune un toast, de a vorbi ca o persoană turmentată sau de a merge „pe două cărări". Cu timpul se va vedea, aceste aspecte ale jocului preced propriul consum, pentru că părinții sunt primul model pentru consumul de alcool.

Efectul negativ al consumului de alcool (apariția unor tulburări fizice şi mentale) se poate observa înaintea perioadei copilăriei şi adolescenței la mamele care consumă alcool în perioada de graviditate şi îşi expun copiii acțiunii toxice a acestuia. În plus, în familiile unde ambii părinți au probleme legate de consumul excesiv de alcool, probabilitatea dezvoltării problemelor de comportament la copii este mai mare din cauza disputelor, agresiunilor şi frecventelor violențe, precum şi a problemelor financiare generate de şomaj sau alte probleme sociale. În aceste familii depresia este destul de frecventă şi ea pune probleme noi dezvoltării copilului.

Un risc crescut pentru consumul de alcool se poate observa la copiii din familiile cu un singur părinte mai ales în cele în care părinții sunt divorțați. Ei beau mai mult decât cei din familiile „complete". Este important şi comportamentul fraților. Acolo unde fratele mai mare bea alcool mai frecvent, probabilitatea ca frații mai mici să facă la fel este mai mare.

Dintre aspectele vieții de familie care influențează comportamentul copiilor merită să amintim relația permisivă a părinților față de consumul de alcool.

Acest aspect se întâlneşte şi la consumul de droguri. În toate aceste familii se constată ca o trăsătură negativă comună comunicarea intra-familială marcată de

critici şi reproşuri, astfel că părinţii sunt văzuţi ca persoane ostile şi insuportabile. Pe de altă parte, acolo unde relaţia dintre copii şi părinţi este marcată de încredere şi respect mutual şi unde există un schimb liber de idei, consumul de alcool în rândul adolescenţilor este mai scăzut decât în familiile unde aceste relaţii sunt negative şi tulburate.

Asigurarea unui stil constructiv de comunicare în familie şi învăţarea modului de rezolvare a conflictelor, pot fi folosite mai târziu pentru rezolvarea problemelor proprii. Aceşti copii vor putea face faţă mai târziu la presiunea grupurilor care vor să-i determine să consume alcool, droguri sau alte comportamente cu risc pentru sănătate şi le va permite părinţilor lor să aibă o influenţă asupra cercului lor de prieteni, împiedicând contactul cu cei ce „distribuie" substanţe care produc dependenţă.

Şcoala

Deşi consumul de alcool spre deosebire de fumat, nu prea se întâlneşte la şcoală, o serie de circumstanţe în relaţie cu şcoala pot fi recunoscute ca având o influenţă clară asupra acestuia. Frecvenţa şi intensitatea consumului de alcool este independentă de inteligenţa şi rezultatele şcolare. Totuşi, unele studii arată o relaţie clară între consumul de alcool şi rezultatele şcolare. Un studiu efectuat în Germania arată că şi fumatul şi consumul de alcool pot fi prezise a fi experimentate de cei cu rezultate slabe la învăţătură. În acest context, alcoolul serveşte la început pentru compensarea stressului emoţional legat de aceste rezultate mai ales pentru că nu pot împlini speranţele părinţilor, sau pentru a depăşi conflictele familiale care urmează. Apoi, se intră într-un cerc vicios

care înrăutăţeşte situaţia şi creşte consumul până la dependenţă sau eşec şcolar.

Ca instituţie, şcoala are o influenţă mare asupra comportamentului elevilor. În afară de familie, de grupul de prieteni, şcoala este locul unde copiii îşi petrec o mare parte din timp. Şcoala este cel mai important loc de socializare şi de aceea atmosfera socială şi estetică din această instituţie nu trebuie neglijată, ci trebuie tratată ca o *„unitate socială cu comportament specific”*.

Studiul comportamentului cu risc pentru sănătate la elevi (HBSC) constată o asociere între frecvenţa „îmbătărilor” şi stressul şcolar, dar cele mai puternice asociaţii au fost evidenţiate cu mediul şcolar reflectat de starea de spirit a elevilor. Astfel, un mediu şcolar plictisitor se corelează pozitiv cu o frecvenţă mare de episoade de ebrietate (r = 0,22) în timp ce un mediu şcolar plăcut arată o corelaţie negativă a acestor stări ale elevilor, (r = -0,21 corelaţie Pearson), indiferent de sex.

Este interesant că elevii de 13 şi 15 ani declară mai puţine stări de ebrietate acolo unde în mediul şcolar sunt aplicate corect regulamentele şcolare. Percepţia unor regulamente şcolare prea stricte se dovedeşte a fi un predictor al unor episoade frecvente de ebrietate, la fel ca acolo unde profesorii cer prea mult de la elevii lor. În mod surprinzător, factorii care descriu relaţiile sociale dintre elevi nu au efect asupra frecvenţei consumului de alcool, la fel ca şi încercarea părinţilor de a-şi ajuta copiii în dificultate care arată o corelaţie slabă sau chiar nulă cu frecvenţa stărilor de ebrietate.

7. Colegii şi subcultura

Toate prognozele privind consumul de alcool şi excesele menționate mai sus sunt depăşite de influențele normative asupra comportamentului şi atitudinea exercitată de grupul de colegi de şcoală. Membrii unui grup în care se consumă frecvent alcool influențează comportamentul unui individ care tinde să adopte acelaşi comportament de consum. Ca substanță psihoactivă, alcoolul are efecte sociale şi este catalogat ca facilitator al legăturilor sociale la adulți în toate țările şi culturile şi este perceput şi imitat de adolescenți ca model cultural în grupurile lor.

Pe măsură ce adolescenții cresc, familia de bază devine mai puțin importantă în privința procesului de socializare, o pondere mai mare câştigând grupul prietenilor. Acesta este un proces normal de desprindere de „tutela" părinților prezent la toți adolescenții. În interiorul acestor grupuri se formează o identitate subculturală care se deosebeşte de normele generației părinților.

Apartenența la un grup special se exprimă prin simboluri specifice identității subculturale la care tinerii simt că au aderat (de ex. un adevărat „Punk" trebuie să fie „băut"). Adolescenții care aparțin diferitelor grupuri folosesc modele variate de comportament care să-i descrie. Deşi alcoolul se găseşte aproape în toate grupurile integrat în modelul comportamental el poate fi asociat şi cu alte comportamente cu risc pentru sănătate ca fumatul, consumul de droguri ilicite, etc. Fiecare grup are însă un comportament dominant, de ex. în unele grupuri fumatul este dominant, dar în acest fel se

încearcă să se exprime independența şi rezistența față de autoritate (părinte) sau autorități.

Dacă alcoolul consumat în cantități rezonabile în adolescență face parte din procesul natural de dezvoltare a comportamentului la această vârstă, angajarea în unele subculturi ale colegilor în care asistăm la un consum anormal, este expresia unor tulburări de comportament social şi poate evidenția tendința spre delincvență.

8. Cauzele conflictuale.

Fiecare conflict în familie sau la locul de muncă poate fi declanşant pentru abuzul de alcool. Dar şi consumul ridicat de alcool este la rândul său cauza pentru dificultăți familiale şi probleme profesionale, astfel încât conflictele cresc şi se complică într-un cerc vicios care este foarte greu de rupt.

9. Teoria bifactorială

Această teorie afirmă că există doi factori în etiologia alcoolismului: vulnerabilitatea, factorii precipitanți (teoria celor doi factori). Această idee sugerează că fiecare individ este „înclinat" spre anumite afecțiuni.

Vulnerabilitatea ar putea fi definită ca o sensibilitate particulară de a dezvolta o anumită afecțiune. Nu se cunoaşte de ce unii oameni sunt mai vulnerabili decât alții la anumite afecțiuni.

Se presupune totuşi că vulnerabilitatea are la bază factori genetici, de personalitate, fiziologici, neurobiologici. Teoria celor doi factori subliniază că pe lângă vulnerabilitate spre consumul de alcool trebuie să existe anumiți „triggeri" – precipitanți – care să contribuie la dezvoltarea problemei. Aceşti triggeri sunt :

stresul, factorii psihologici şi sociali. Există deci, o anumită categorie de pacienți care sunt mai supuşi riscului de a dezvolta probleme legate de alcool. (Constantinescu şi colaboratorii ,2001).

10. Disponibilitatea, publicitatea şi restricțiile legale

Autoritățile naționale şi locale controlează consumul de alcool prin trei metode: Reglarea disponibilității băuturilor alcoolice stabilind cui, unde şi cum se vor vinde acestea; Taxele pe băuturile alcoolice.

Numeroase studii arată că taxele ridicate şi deci prețurile mari ale băuturilor alcoolice au o influență decisivă asupra cantităților consumate. Acolo unde alcoolul se găseşte doar în câteva locuri, disponibilitatea lui este limitată şi se bea mai puțin. Creşterea vârstei minime la care o persoană poate cumpăra alcool reduce frecvența accidentelor legate de consumul lui la adolescenți. Controlul strict al vânzărilor băuturilor alcoolice, reduce de asemenea consumul de alcool.

Legi stricte pot schimba normele sociale şi toleranța societății față de consumul băuturilor alcoolice. Măsura şi gradul în care se aplică reglementările oficiale depinde de la țară la țară. În privința vârstei de la care adolescenții pot cumpăra băuturi alcoolice, ea oscilează între 15 ani în Danemarca, 16 ani în Austria, Belgia, Franța şi Ungaria şi 18 ani în restul țărilor din Europa cu excepția Greciei şi Portugaliei unde nu există restricții. În SUA vârsta legală este de 21 de ani.

Ca şi fumatul, consumul regulat de băuturi alcoolice este afectat de prețul produselor. În acest context, contează nu numai prețul ci şi puterea de cumpărare a adolescenților, la fel ca la țigări.

Proporția adolescenților care consumă băuturi alcoolice reflectă aparent dezvoltarea industrială a țării, dar trebuie adăugați şi factorii legați de reclame care în multe țări nu sunt, sau sunt puțin restricționate. Doar Belgia, Lituania, Norvegia, Polonia şi Suedia au interzis total reclamele pentru băuturile alcoolice. Orientarea mesajelor reclamelor către stilul de viață al adolescenților inclusiv al femeilor tinere, pare să fie cauza creşterii consumului printre băieții şi fetele de liceu, pentru că restricționarea lor în Belgia, Polonia şi Suedia a fost acompaniată de schimbarea obiceiurilor de consum în aceste țări şi scăderea consumului. Cu toate acestea efectele pozitive apar numai acolo unde măsurile restrictive sunt conjugate şi țintesc toate verigile legale de control.

3.3. RISCURILE PENTRU SĂNĂTATE

Consumul băuturilor alcoolice va determina în primul rând consecințe sociale, pentru că cele organice au nevoie de o perioadă îndelungată de acțiune pentru a se manifesta. De aceea ne vom folosi în cele ce urmează de definiția dată de specialişti:

„Consecințele sociale produse de consumul de băuturi alcoolice sunt schimbări subiective sau obiective, atribuite sau atribuabile alcoolului, care se manifestă în comportamentul social individual, în interacțiunile sociale sau în mediul social."

În analiza „răului social" trebuie să clarificăm semnificația expresiei „legate de alcool", care în alte cuvinte subliniază ideea de cauzalitate în analiza efectelor sociale negative. Atunci când se spune că

alcoolul este „în relație", „asociat cu", sau „legat de" unele comportamente sau acțiuni sociale, acest termen poate fi interpretat ca indicând o cauzalitate, dar nu poate semnifica mai mult decât că totuşi atunci când alcoolul este prezent într-un eveniment, acest comportament sau acțiune tinde să se producă şi este departe de a declara ferm că el a fost cauzat de alcool.

În unele cazuri alcoolul este implicat direct cum este cazul în accidentele de circulație. Dar chiar în astfel de cazuri mai sunt o serie de factori care contribuie la producerea accidentelor ca manevrarea bruscă a vehicolului în mers, sau apariția bruscă a unui nor de ceață, sau a unei porțiuni cu polei pe şosea, la care un şofer „treaz" reacționează mai adecvat.

Ca substanță chimică, alcoolul are efecte cunoscute şi previzibile. El are efecte caracteristice asupra funcțiilor metabolice ale organismului uman. Consecințele lui asupra comportamentului cuprind: efecte psihomotorii care influențează precizia mişcărilor, viteza de reacție, procesele de cunoaştere, vigilența, etc. ce sunt responsabile de multe din consecințele sociale ale consumului de alcool. Cu toate acestea, ele nu sunt suficiente pentru a prezice şi explica aceste consecințe. Deteriorările produse de alcool au şi alte consecințe decât cele produse asupra sănătății.

Ele sunt determinate de afectarea proceselor de cunoaştere şi de comportament care stau la baza unor fenomene negative individuale şi/sau colective în societate, determinând ceea ce se numeşte riscul creşterii reacțiilor negative. Consecințele sociale ale consumului de alcool sunt diferite în funcție de contextul social în care s-a produs consumul, de loc, dar şi de cantitate.

Specialiştii au constatat că efectele sociale sunt diferite la aceeaşi cantitate consumată şi că reacţiile la consum sunt diferite la societăţile consumatoare de alcool faţă de cele care nu consumă deloc.

Prietenii fac parte din mediul social în care se învaţă cum să bea şi cum să se comporte după aceea. Influenţa este mutuală: prieteniile sunt ai celor ce beau în funcţie de comportamentul şi atitudinea lor faţă de alcool; ei se selectează în funcţie de preferinţele de consum. Cu toate acestea acest proces de selecţie este mascat cu eticheta „presiunea colegilor" şi formează o temă repetată de conflicte între obligaţiile familiale şi cele de a bea cu prietenii. Atunci când alcoolul determină stilul şi conţinutul vieţii, el devine un determinant major al reţelei de prieteni. Calitatea prieteniei şi efectele alcoolului asupra ei nu trebuie judecate în întregime după valorile clasei de mijloc. Indivizii dependenţi de alcool, inclusiv cei din cartierele rău famate se pot lega prin legături intense de prietenie. Alcoolul induce totuşi o instabilitate emoţională considerabilă care se reflectă în interacţiunea din aceste grupuri de prieteni.

Numeroasele crime şi violenţe se produc şi îşi au protagoniştii (victima şi agresorul) în acelaşi „grup de prieteni, sau cunoscuţi de pahar". Femeile, în special cele tinere, se expun la riscuri deosebite dacă fac parte din astfel de grupuri de prieteni de pahar. În multe societăţi, o femeie care bea pare să semnaleze că este uşor abordabilă şi pentru o parte din bărbaţi o astfel de femeie este prin definiţie disponibilă sexual. Astfel de concepte stau la baza agresiunilor sexuale şi ale violurilor care se petrec din cauza avansurilor sexuale mediate de alcool.

Mai recent în licee şi universităţi se observă un comportament în care consumul de alcool pare de nestăpânit în rândul unor „prieteni" care vor avea în viitor probleme prin consecinţele consumului exagerat. Se crede că anumite comportamente anormale sunt considerate acceptabile dacă se petrec sub influenţa consumului de alcool, dar studiile efectuate au arătat că populaţia generală nu scuză aceste ieşiri. Cu rare excepţii, legislaţia din ţările Europei de Vest nu absolvă de vină o persoană care a produs o crimă sau altă faptă penală, dacă a fost comisă sub influenţa consumului de alcool.

Alcoolul este legat de violenţa domestică şi contribuie la deteriorarea relaţiilor dintre soţ şi soţie şi la destrămarea familiei. Cele mai frecvente victime în aceste situaţii sunt copiii. Dimensiunea acestor probleme este subestimată din cauza limitelor culturale şi legale care împiedică cunoaşterea vieţii private. Afectarea severă a copiilor se face prin agresiune directă (hărţuire, bătaie, viol, crimă) şi indirectă (atmosfera stressantă şi agresiunea psihică). În ţările unde consumul de alcool este ridicat, cel puţin un copil din 3000 se naşte cu sindromul alcoolismului fetal, dar specialiştii au constatat o frecvenţă de zece ori mai mare a tulburărilor de comportament legate de expunerea mamei la alcool în timpul graviditătii.

Alcoolismul părinţilor poate afecta grav dezvoltarea copilului şi modul lui de acţiune încă nu se cunoaşte decât parţial. În mod special în aceste familii, abuzul, neglijenţa, izolarea şi insecuritatea sau inconsistenţa comportamentului parental sunt foarte frecvente. În aceste familii riscul transmiterii între

generaţii a problemelor legate de alcool este mai mare de 2,5 – 10 ori.

Efectul negativ al consumului excesiv de alcool se exercită şi asupra membrilor nebăutori ai familiei, în special asupra copiilor aşa cum s-a precizat şi, aceste aspecte constituie serioase probleme de sănătate publică. Eforturile de a implica soţia sau alt membru de familie în tratamentul celor dependenţi pot avea nu numai un impact imediat ci şi ulterior pentru că poate reduce dependenţa la ceilalţi membri ai grupului de consumatori de alcool.

Multe studii au demonstrat impactul consumului de alcool asupra productivităţii muncii, directe sau în urma concedierilor, dar şi din cauza bolilor intercurente mult mai frecvente şi mai grave şi a accidentelor de tot felul.

Alcoolul are un impact dublu asupra educaţiei si formarii ca adult. În primul rând părinţii care beau cresc riscul performanţelor scăzute la învăţătură, a absenţelor nemotivate sau motivate de la şcoală şi mai rău a abandonului şcolar printre copiii lor. În multe cazuri copiii mamelor mari băutoare au frecvent tulburări de atenţie şi instabilitate psihomotorie. Dar cei care abuzează de consumul de alcool au abilităţi reduse de creştere şi educare a copiilor lor.

Numeroase cercetări şi rapoarte atestă impactul semnificativ al consumului de alcool asupra accidentelor, suicidului şi violenţei. Ele sunt susţinute de un spectru larg de constatări făcute în diferite ţări şi culturi. Consumul de alcool în cantităţi mari creşte riscul şi probabilitatea accidentelor, sau deceselor prin accidente sau violenţă. Mulţi dintre cei care au fost implicaţi în

accidente, auto-răniri sau violență au fost sub influența consumului de alcool. De asemenea 20-50% din cei care se sinucid sau au o tentativă de suicid sunt sub influența băuturilor alcoolice sau sunt cunoscuți ca băutori înrăiți. Reducerea consumului de alcool din diferite motive a determinat o scădere a accidentelor, rănirilor şi violenței precum şi a deceselor din aceste cauze.

În societatea modernă, alcoolul a fost considerat o cauză majoră a tulburărilor de comportament care variază de la simple nereguli la adevărate amenințări la adresa siguranței şi ordinei publice şi este recunoscut în prezent de toate autoritățile centrale şi locale din toate sistemele: poliție şi ordine publică, sistemul judiciar, sănătate, asigurări sociale şi autoritățile locale, etc. care susțin necesitatea controlului consumului prin mijloace adecvate şi stricte.

Costul social se ridică la peste 3% din PIB prin cheltuieli directe legate de sistemul judiciar, de sănătate şi securitate socială, dar şi de pierderile materiale şi, de cheltuieli indirecte datorate deceselor premature şi excesului de morbiditate şi mortalități

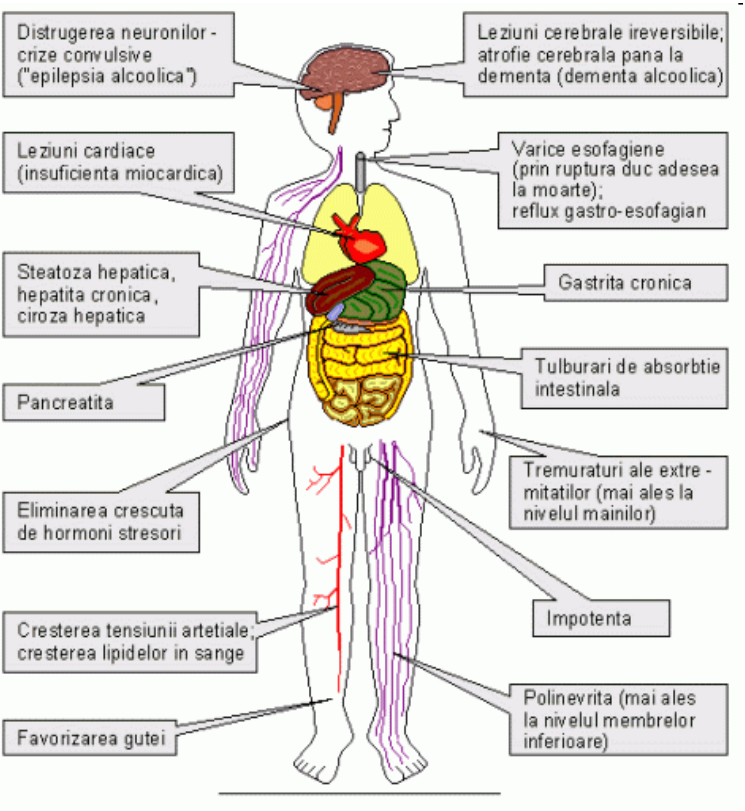


Figura 1. Efectele alcoolului asupra organismului

EFECTELE ALCOOLULUI ASUPRA ORGANISMULUI

1. Efectele asupra ficatului

Dintre toate organele, ficatul este cel mai afectat de consumul îndelungat şI în doze mari al alcoolului. Inițial ficatul creşte în dimensiuni şi se măreşte şi conținutul în grăsimi, apărând astfel

aspectul de ficat lipodistrofic. Ulterior, prin perpetuarea consumului de alcool, ficatul suferă modificări cantitative şi calitative care pot merge până la hepatită toxică alcoolică şi ciroză hepatică.

2. Efectele asupra tubului digestiv

Întrucât tubul digestiv vine primul în contact cu toxicul, la acest nivel apar o seamă de condiţii medicale produse de consumul îndelungat de alcool. Astfel, la consumatorii cronici pot apărea: esofagite, gastrite, ulcer gastric şi duodenal, pancreatite acute şi cronice. Modificările la nivel morfologic se reflectă şi la nivel funcţional: apare o afectare a digestiei şi absorbţiei principiilor alimentare, aici fiind incluse vitaminele şi aminoacizii esenţiali, ceea ce pe termen lung se traduce printr-o slabă stare de nutriţie şi diverse avitaminoze, cea mai importantă fiind deficienţa de vitamină B12 şI de acid folic.

3. Efectele asupra creierului

Acţiunea alcoolului este nespecifică, în sensul că nu există un receptor specific pentru etanol. Acesta se pare că acţionează la nemijlocit prin intercalarea moleculelor de alcool în membrana neuronală.

Această intercalare produce la început o fluidificare şi o mai mare permeabilitate a membranei. Ulterior, după un consum îndelungat, membrana neuronală devine rigidă şi puţin permeabilă. Se influenţează astfel activitatea canalelor ionice, a proteinelor funcţionale membranare şi a receptorilor diferiţilor neurotransmiţători.

În afara anumitor tulburări psihice, abordate ulterior, alcoolul produce la nivelul sistemului nervosa anumite condiții neurologice: neuropatia periferică - apare de obicei după o periodă lungă de consum intens de etanol. Se manifestă prin parestezii ale membrelor şi scăderea forței musculare mai ales la nivel ectromelic. La ora actuală se consideră că această entitate se datorează unei acțiunii combinate: pe de o parte acțiunea per se a alcoolului, pe de altă parte efectele deprivării organismului de vitamina B12. degenerarea cerebeloasă - manifestată prin nistagmus şi tulburări de echilibru care pot merge până la astazo-abazie.

4. Efectele asupra comportamentului

Alcoolul este în esență un depresant alcool sistemului nervos central, asemănător ca acțiune cu barbituricele şi benzodiazepinele. În această privință este demnă de remarcat posibilitatea cumulării efectelor prin asocierea alcool-barbiturice sau alcool-benzodiazepine, ca şi dependența încrucişată care poate apărea la unele cazuri.

La o concentrație de 0,05% se produc afectări ale judecății, gândirii, şi dezinhibiție comportamentală. La o concentrație dublă este afectată activitatea motorie voluntară. Confuzia şi obnubilarea apar la concentrații de 0,3%, iar dincolo de această valoare se poate instala coma, când pot apărea tulburări respiratorii şi cardiovasculare prin inhibiția centrilor corespunzători din trunchiul cerebral. Aşa cum se va arăta ulterior, prin efectul de up-regulation, persoanele cu antecedente semnificative privind consumul de alcool pot prezenta simptome mult atenuate la

aceleaşi doze de alcool față de persoanele naive.

5. Efectele asupra somnului

La nivelul populației generale este de obicei acceptat faptul că alcoolul induce somn. Înregistrările somnografice ale indivizilor care consumaseră anterior alcool au relevat că acesta induce într-adevăr somn, dar:
scade durata perioadelor de somn REM;
scade durata fazei de somn profund (faza IV);
induce un somn agitat (superficializarea somnului) şi fragmentat de frecvente perioade de
trezie.

6. Efecte asupra fătului

Atât alcoolul, cât şi aldehida acetică pot traversa bariera placentară. Practic se poate afirma că fătul este supus aceleiași concentrații de alcool ca şi gravida. În doze foarte mari alcoolul produce moartea fetală şi avortul spontan. Consumul de către gravidă a unor doze apreciabile şi frecvente de alcool va avea efecte profunde asupra fătului, a cărui dezvoltare va fi mult afectată. Copiii născuți de mame alcoolice pot prezenta: retardare psihomotorie, microcefalie, cardiopatii congenitale, greutate mai mică la naştere față de medie. Chiar dacă unele dintre acestea se pot ameliora ulterior, retardul psihic va rămâne permanent. De aceea, toate gravidele trebuie sfătuite să evite consumul de alcool în timpul sarcinii.

7. Efectele alcoolului asupra temperaturii corpului.

Alcoolul produce senzația de căldură a corpului deoarece vâsle sanguine mici, în special din piele, suferă o acțiune

vasodilatatoare. Alcoolicii beau mai mult pe vreme geroasă, pentru a se încălzi. Dar căldura astfel obținută, prin vasodilatație, este înşelătoare. Alcoolicii au o "senzație de bine şi cald" şi se culcă pe unde apucă, în ger. Aceştia sunt cei găsiți morți, dimineața, în parcuri, clădiri neîncălzite, pe străzi.

8. Efectele alcoolului asupra sexualității

În privința relației dintre consumul de alcool şi funcțiile sexuale, domină concepția populară, tradițională, conform căreia alcoolul este un afrodiziac. Şi dacă consumul moderat de alcool poate avea un astfel de efect, cantitățile mai mari duc la deprimarea funcțiilor sexuale.

Este mai puțin cunoscut însă faptul că alcoolul produce cu timpul alterări ale funcțiilor germinale (de reproducere) atât la bărbat, cât şi la femeie. Libidoul, potența şi capacitatea de procreere a bărbaților scad. La femei, scade libidoul, creşte sterilitatea şi posibilitatea avorturilor repetate. La descendenții lor pot apărea maltformații congenitale sau late tare genetice care îi marchează toată viața, făcându-i să suporte unele daune psihioce şi fizice de care ei, copiii, nu sunt vinovați.

Consumul cronic de alcoolare efecte dăunătoare asupra glandelor sexuale masculine, ducând la atrofii testiculare, la impotență sexuală, dar şi la alte anomalii secundare acestora, cum ar fi dezvoltarea glandelor mamare (ginecomastie) fragilitatea şi chiar căderea părului pubian axilar.

Insuficiența sexuală determinată de alcool (de fapt de alcoolismul cronic), atât la bărbați, cât şi la femei, apare şi se instalează în două etape: La început, scade secreția hormonală (testosteron, progesteron, foliculină)

și, în consecință, spermatogeneza; la femei, apar tulburări ale ciclului menstrual.

De menționat faptul că, în acest stadiu de evoluție, încetarea consumului sistematic de alcool este suficientă pentru a obține restituția funcției hormonale germinale și, implicit, a capacității sexuale. Cu timpul se ajunge la alterarea definitvă a structurii testiculului și la involuții ale organelor genitale femine, caracterizate prin insuficiența ovulației și a capacității de procreere.

9. Efectele alcoolului asupra acțiunii unor medicamente administrate concomitent cu consumul de alcool

Unele medicamente pot stimula absorbția alcoolului (eritromicina), altele pot accentua efectul alcoolului asupra sistemului nervos (medicamentele psihotrope, cu reprezentatntul lor principal diazepamul). Interacțiunile dintre alcool și medicamente pot avea atât caracter acut, cât și cronic, atunci când cei doi agenți sunt administrați împreună.

10. Efect cancerigen

Alcoolul, consumat în mod sistematic, este incriminat în apariția cancerului la nivelul gurii, faringelui, esofagului și stomacului, adică acolo pe unde trece el din sticlă și până în momentul în care se absoarbe prin mucoasa intestinală. Apare însă cancer și la mare distanță de tubul digestiv (cancer pulmonar, de prostată, de sân).

11.Efectele alcoolului asupra greutății corporale

Alcoolul acționează în mod diferit asupra greutății corporale, în funcție de cantitatea și mai ales de obiceiul

de a bea alcool în mod cronic. Se consideră că alcoolul îngraşă numai persoanele care îl consumă ocazional sau repetat, la intervale neregulate de timp, dar nu în cantitate mare.

Marii consumatori de alcool slăbesc deoarece caloriile rezultate din "arderea" alcoolului (7 cal/g de alcool) sunt folosite ca un combustibil necesarvieţii, dar singurul, deoarece aceste persoane trec mâncarea pe plan secundar sau chiar o resping.

3.4. MASURI DE PREVENIRE SI COMBATERE A CONSUMULUI EXCESIV DE ALCOOL

Măsurile de prevenire şi combatere pot fi descrise din două perspective: măsuri care se adresează consumatorului individual şi măsuri care se adresează colectivităţilor.

Măsurile individuale trebuie îndreptate către acţiunile care vor determina atingerea următoarelor ţinte: Urmăriţi consumul de alcool cu atenţie; Recomandaţi consumatorilor să ceară sprijinul familiei şi prietenilor; Se recomandă ca înainte de masă să se consume una sau mai multe băuturi nealcoolice; Se recomandă ca să se amâne consumul de alcool în timpul zilei; Dacă totuşi se consumă alcool, să se consume în porţii mici şi cu concentraţie alcoolică redusă; Cei care consumă alcool trebuie sfătuiţi să se angajeze în alte activităţi atunci când doresc să bea (de ex. atunci când sunt plictisiţi sau stressaţi); Este mai bine ca înainte de a consuma băuturi

alcoolice să se mănânce; Nu trebuie refuzat ajutorul grupului de prieteni;
Trebuie redus timpul petrecut cu prietenii care sunt mari consumatori de alcool, precum şi barurile, cafenelele, sau sau alte locuri unde se consumă băuturi alcoolice.

Progresul pe calea reducerii consumului de alcool trebuie urmărit cu atenție. Astfel, persoana trebuie să fie consiliată ca: Să urmărească să-şi țină promisiunea de a nu consuma băuturi alcoolice; Să urmărească perioadele dificile din timpul zilei în care simte nevoia să bea; Să urmărească dacă îşi pierde motivația; Să precizeze dacă are nevoie de mai mult sprijin; De asemenea este necesară consemnarea:

Cantității consumate în fiecare săptămână; Să se evite situațiile dificile în care este înclinat să consume băuturi alcoolice; Să-şi reamintească motivul principal care l-a determinat să reducă din consum; Să comunice cu familia şi prietenii şi să ceară ajutor

Măsurile colective se adresează colectivităților şi comunității. Motivele pentru care oamenii consumă băuturi alcoolice sunt variate şi mulți dintre cei care beau alcool au inclus acest comportament în viața socială. Răul făcut de alcool se extinde dincolo de persoana consumatorului, familie şi comunitate, la întreaga populație. Se estimează că băuturile alcoolice sunt responsabile aşa cu s-a arătat de 9% din povara totală a bolilor din regiune. Alcoolul este legat de accidente şi violență şi are o pondere mare în reducerea speranței de viață în țările unde consumul este mare. În consecință una din măsurile de sănătate publică care poate

îmbunătății calitatea vieții este reducerea consumului de alcool.

Din 1992, Planul European de Acțiune împotriva Alcoolului a pus bazele dezvoltării şi aplicării politicilor şi programelor de combatere în țările membre. În acest sens pentru perioada 2000-2005 planul prevede continuarea politicilor şi acțiunilor de reducere a consecințelor consumului exagerat de băuturi alcoolice în țările Regiunii Europene a OMS, prin realizarea următoarelor obiective generale:

Generarea unor preocupări mai mari pentru şi, susținerea educației pentru, politicile de sănătate publică menite să prevină răul produs de consumul exagerat de alcool;

Reducerea problemelor generate de consumul de alcool care apar în diferite locuri (acasă, la locul de muncă, în localurile unde se cosumă băuturi alcoolice sau în comunitate);

Reducerea numărului şi gravității problemelor legate de consumul de alcool ca: decesele, accidentele invalidante, violența, abuzarea şi neglijarea copiilor şi crizele familiale;

Asigurarea unui tratament efectiv şi accesibil pentru cei care sunt victimele consumului exagerat de alcool.

Harta Europeană asupra consumului de alcool adoptată în 1995, precum şi Declarația privind Tineretul şi Alcoolul din 2001, au ca scop protejarea populației şi a tinerilor în special de presiunile pentru creşterea consumului precum şi pentru reducerea efectelor negative prin următoarele principii:

Toți oamenii au dreptul la o viață de familie, în comunitate şi la locul de muncă unde
să fie protejați de accidente, violență şi alte efecte negative produse de consumul de alcool;

Toți oamenii au dreptul la informații valide şi imparțiale şi la educație precoce asupra consecințelor consumului de alcool asupra sănătății, familiei şi societății;

Toți copiii şi adolescenții au dreptul să crească într-un mediu protejat de consecințele negative ale consumului de alcool şi, în măsura în care este posibil de efectele negative ale publicității făcute băuturilor alcoolice.

Toți oamenii care suferă din cauza consumului excesiv de alcool şi membrii familiilor acestora au dreptul la accesul la îngrijiri şi tratament.

Toți cei care nu vor să consume alcool, sau care nu pot din motive de sănătate sau din alte motive, au dreptul să fie protejați de presiunile pentru consum şi să fie sprijiniți să păstreze acest comportament.

Raționalmentul acestor măsuri are la bază faptul că sănătatea şi bunăstarea sunt drepturi fundamentale ale fiecărei ființe umane. Protejarea şi promovarea sănătății şi bunăstării copiilor şi tinerilor este tema centrală a Convenției ONU privind drepturile copilului şi o parte vitală a cadrului politicilor OMS „HEALTH21" şi misiunii UNICEF.

Planul European de Acțiune împotriva Alcoolului pentru perioada 2000-2005, prevede referitor la copii şi tineri, necesitatea de a se asigura un mediu protector acasă, în instituțiile de învățământ, la locul de muncă şi în comunitățile locale față de presiunile pentru consum,

precum şi reducerea numărului şi gravității efectelor alcoolismului. În plus se propune includerea pe agenda Adunării Generale a ONU din 2001 dedicată copiilor, a problemelor legate de alcoolism şi tineret.

Globalizarea comerțului şi a publicității formează tot mai mult percepția, preferințele şi comportamentul copiilor şi tinerilor. Astăzi, mulți dintre ei dispun de bani şi au mai multe ocazii să dea curs acestor presiuni, motiv pentru care sunt mult mai vulnerabili în fața tehnicilor de marketing care au devenit mai agresive în promovarea consumului diferitelor substanțe printre care tutunul, alcoolul şi drogurile sunt cele mai periculoase. În acelaşi timp, liberalizarea piețelor a erodat siguranța rețelelor de sănătate publică în multe țări şi a slăbit structura socială a generației tinere. Tranziția economică şi socială rapidă, sărăcia, lipsa de locuințe şi izolarea au crescut probabilitatea ca tutunul, alcoolul şi drogurile să joace un rol major şi distructiv în viața multor copii şi tineri aşa cum se poate observa în investigațiile din diferite unități şcolare.

Principalele tendințe în privința consumului de alcool la tineri sunt creşterea ponderii celor care experimentează consumul de băuturi alcoolice şi ca urmare a modelului de consum exagerat şi de „beție” în special la adulții tineri, precum şi de melanj a alcoolului cu alte substanțe psihoactive (folosirea polidrogurilor). că în prezent, la tineri se constată legături clare între folosirea alcoolului, tutunului şi drogurilor ilicite.

Costul consumului de băuturi alcoolice în rândul copiilor şi tinerilor este mare aşa cum rezultă din cele prezentate mai sus. În prezent nu există o limită sigură care să garanteze inocuitatea consumului de alcool în

special pentru copii şi tineri, de aceea politicile care se adresează tineretului trebuie să facă parte din răspunsul general al societății, pentru că ele reflectă de fapt practicile şi atitudinile societății adulte. Copiii şi tinerii sunt o resursă pentru dezvoltarea durabilă a societății şi ei pot contribui în mod pozitiv la rezolvarea problemelor legate de alcoolism.

Politicile efective privind controlul alcoolismului vor trebui să se concentreze asupra următoarelor măsuri: Asigurarea protecției de expunerea la alcool. Promovarea educației prin conştientizarea pericolelor generate de consumul exagerat de alcool în toate zonele de interes pentru sănătatea publică;

Asigurarea unui mediu adecvat care să creeze alternative pentru consumul altor băuturi care au efecte benefice asupra sănătății (sucuri naturale de fructe) în familie, comunitate;

Reducerea efectelor negative (reducerea răului) prin promovarea înțelegerii efectelor şi consecințelor negative ale cosumului exagerat de băuturi alcoolice asupra individului, familiei şi societății.

Procesul de aplicare a acestor strategii şi măsuri, trebuie să fie extinse la nivel național şi să includă reducerea consumului şi efectelor negative la diferite segmente de copii şi tineri, precum şi evaluarea progresului către țintele stabilite;

Dezvoltarea unor abordări comprehensive care privesc problemele sociale şi cele de sănătate ale acestei categorii de populație în conexiune cu consumul de alcool şi alte comportamente cu risc pentru sănătate, atât la nivel local, cât şi la nivel național în conformitate cu determinanții socio-culturali şi nevoile specifice.

Soluția optimă rămâne prevenirea care trebuie să fie unitară pentru toate substanțele care determină dependența. Efortul trebuie îndreptat către păstrarea unui număr cât mai mare de populație neaderenti către acest viciu-alcoolul. Sănătatea se apăra cu deprinderi sănătoase, prin întreținerea şi promovarea ei cu ajutorul acestora. Renunțarea la deprinderile nesănătoase cu risc pentru sănătate este costisitoare şi are randament scăzut. Prevenția nu este uşoară aşa cum facil se spune, ci este mai ieftină în comparative cu tratamentul. Prevenția nu trebuie însă să rămână ceva formal, declarativ, adăugat la sfarşitul fiecărui program de sănătate şi de cele mai multe ori fără finanțare insuficientă pentru că în acest fel cigar nu da nici un rezultat

PARTEA SPECIALĂ

CAPITOLUL I

PREZENTAREA PROIECTULUI

MOTIVAȚIA ALEGERII TEMEI

Această lucrare încearcă să prezinte complexitatea consumului excesiv de alcool, care este o patologie multidisciplinară, în care consecințele sunt deosebit de grave, cu implicații puternice de ordin economic, profesional, social şi nu în ultimul rând, familial. Societatea modernă se confruntă cu o creştere dramatică a consumului de alcool la ambele sexe şi la diferite categorii de vârstă, fiind interesate persoane din ce în ce mai tinere, care nu conştientizează consecințele negative pe care le implică consumul de alcool.

Cercetările asupra alcoolismului se orientează tot mai mult către studiul conduitei față de alcool, al factorilor predispozanți, a dinamicii alcoolului, a reacției organismului față de intoxicația alcoolică, necesitând de cele mai multe ori echipe multidisciplinare.

Urmările consumului de alcool sunt impresionante atât din punct de vedere al celui implicat direct cât şi a consecințelor nefaste suportate de rudele apropiate ale alcoolicilor, care îşi exprimă adesea, nedumerirea şi neînțelegerea în privința nepăsării cu care băutorii au abuzat ani de-a rândul de alcool.

În consecință, nouă cadrelor medicale, ne revine o sarcină extrem de importantă, care constă în informarea corectă şi realistă atât a pacientului, a familiei sale cât şi

a publicului larg asupra consecinţelor consumului abuziv de alcool, cu implicaţii majore biopsihosociale.

Afecţiunile somatice pe care le implică această patologie, frecvenţa formelor grave cu care pacienţii ajung să se adreseze instituţiilor sanitare, implică instituirea unor tratamente complexe, o perioadă lungă de refacere, absenteism de la locul de muncă, toate acestea constituind, în fond, pierderi bugetare importante.

Astfel centrul de greutate în stabilirea diagnosticului se deplasează către depistarea stadiilor incipiente ale bolii (diagnostic precoce), cuprinzând stadii preclinice şi urmărirea factorilor de risc, ceea ce permite depistarea activă a bolnavilor şi realizarea unei profilaxii eficiente, individualizate.

Orientarea către profilaxie şi către un diagnostic precoce este posibilă numai printr-o schimbare în abordarea şi atitudinea medicului privind boala şi bolnavul, dar şi printr-o adresabilitate precoce către instituţiile abilitate a pacientului conştient de riscurile ulterioare.

Datorită frecvenţei şi gravităţii alcoolismului această afecţiune este în centrul atenţiei medicinei şi a cercetărilor ştiinţifice, atât în ţara noastră cât şi pe plan mondial, alcoolismul constituind o problemă importantă atât din punctul de vedere al medicului cât şi al fiecărui individ al acestei societăţi.

BENEFICIARII PROIECTULUI DE SĂNĂTATE

Asociaţia „SPRIJINIREA INTEGRĂRII SOCIALE” a apărut în 1994 în scopul sprijinirii tinerilor adulţi, preponderent marginalizaţi sau defavorizaţi, dezvoltând

în timp programe ce au avut că obiectiv promovarea unui stil de viața sănătos, reintegrarea socială rapidă, completa şi stabilă a acestora.

Tinerii sunt cetățeni care dispun de capacitatea de a contribui la construirea unui viitor mai bun pentru toți. Trebuie să respectăm dreptul individului de a se exprimă şi de a participă la toate problemele care îi privesc, în funcție de vârsta şi maturitatea lui. **Mulți oameni, citează cu uşurință sloganul „Este cel mai uşor să previi decât să tratezi!”.**

Prin urmare focalizarea atenției este îndreptată asupra prevenirii comportamentelor cu risc pentru sănătate prin derularea de proiecte de prevenire, consiliere ambulatorie şi training-uri în domeniu.

Proiectul se bazează pe conceptul de mentorat şi are că scop prevenirea comportamentelor deviante, factorilor de risc la persoanele aflațe în situații de risc (lipsa de suport familial, situație socio-economică pecara etc.), prin facilitarea unor relații de „unu la unu” (supervizate profesional) cu un „amic mai mare” – voluntar, care să contribuie la dezvoltarea personală a indivizilor.

Proiectul reprezintă un răspuns la solicitarea familiei, care au identificat factori de risc pentru starea lor de sănătate (individuali, familiali, sociali) care îi predispun la comportament, boli hepatice, boli metabolice, afecțiuni cardiovasculare, boli neuropsihice.

Grupul țintă:

Tinerii (beneficiari direcți); Studenți voluntari cu rol de facilitatori ai întâlnirilor tinerii aceştia fiind studenți ai Facultății de Asistenta Socială şi studenți ai Facultății de

Medicină Generală şi Farmacie (beneficiari indirecţi); Familia fiind implicate în proiectul de SĂNĂTATE COMUNITARĂ NR. 1 (beneficiari indirecţi).

SALVAŢI ROMÂNIA dezvoltă începând cu anul 2009 un centru specializat pentru tinerii cu probleme de sănătate, posibilii bolnavi cronici de mai târziu. Se au în vedere toate afecţiunile patologice şi eventualii factori de risc cu posibil impact negativ, declanşator de boala cronică.

În acest fel se urmăreşte să se promoveze servicii comunitare de sănătate, programe pentru promovarea sănătăţii, dar şi a unui sil de viaţa sănătos, precum şi îmbunătăţirea atribuţiilor, abilităţilor profesioniştilor din domeniul sănătăţii, în vederea furnizării de servicii şi programe de intervenţie psihosocială în rândul pesoanelor cu probleme de sănătate.

Activităţile ce vor fi realizate în cadrul proiectului având că principal obiectiv dezvoltarea şi pilotarea unei serviciu nou de prevenţie şi intervenţie în România, prin care persoanele care reprezintă factori de risc sau care au fost diagnosticaţi cu diferite probleme de sănătate mai mult sau mai puţin grave pot beneficia de programe eficiente de reducere a riscului de dezvoltare a tulburărilor emoţionale şi ale consecinţelor negative ale acestora.

În cadrul proiectului vor fi create: un manual de psihoeducatie socio-medicală pentru profesioniştii care asigură intervenţie în cazul porsoanelor cu probleme de sănătate. Începând cu anul 2009 se începe pregătirea personalului medical, în vederea adaptării la condiţiile locale ale „PROGRAMULUI COMPREHENSIV DE SĂNĂTATE” şi folosirea „INDEXULUI DE

SĂNĂTATE" prin care se pot evalua mai bine efectele activităților tinerilor şi care sunt: Un mediu sănătos; Asistenta şi servicii medicale de calitate pentru adolescenți; Educație pentru sănătate; Consiliere şi servicii psihologice şi sociale; Servicii de nutriție; Promovarea sănătății elevilor; Promovarea sănătății personalului didactic; Implicarea familiei şi comunității; Colaborarea cu colegii de alte specialități.

Misiunea şi rolul de baza al cadrelor medicale a fost şi rămâne, politică de prevenire prin supravegherea determinanților majori ai stări de sănătate, pentru a asigură îmbunătățirea calității activității şi adaptarea ei la nevoile locale desprinse în intervențiile şi acțiunile de zi cu zi. Serviciul este organizatorul şi expertul de probleme de sănătate a tinerilor în cadrul **Direcției Județene de Sănătate Publică Braşov**.

3. ETICĂ MEDICALĂ

Din punct de vedere al eticii medicale, deciziile medicale trebuie să țină seamă, obligatoriu de cadrul deontologic şi legislația țării respective. în practică medicală, pot apărea adeseori situații dificile, neplăcute, ivite în urmă divergentei dintre decizia familiei şi cea a medicilor cu privire la diagnosticul şi tratamentul pacientului.

În practica medicală aceste divergențe, uneori adevărate dispute, apar mai frecvent la pacienții cu boli grave cardiovasculare, boli canceroase, tuberculoze, boli hepatice, induse de consumul de alcool.

De exemplu la unii pacienți unele familii refuză tratamentul corect, documentat ştiințific, sau refuză

anumite procedee medicale, care sunt absolut strict necesare diagnosticului, stadiului evolutiv al bolii sau aplicării tratamentului (de exemplu puncții hepatice, biopsii, endoscopii etc).

Refuzul familiei se explică prin mai mulți factori:

Ignorantă sau dezinteresul familiei; Convingeri religioase a unor secte cum ar fi de exemplu „MARTORII LUI IEHOVA" sau a celor din „ȘTIINȚĂ CREȘTINĂ". În unele cazuri întâlnim familii care sunt dezorientați şi ademeniți de o serie de „vraci", „vindecători", „tămăduitori" care asigură vindecarea cu metodele lor terapeutice (descântece, ritualuri, ierburi etc.); Alte situații le întâlnim când după începerea unui tratament corect, conform principiilor ştiințifice actuale (de exemplu în cazul cancerului hepatic), după obținerea remisiei, familia părăseşte clinica şi se adresează acestor şarlatani; fenomenul este unul general valabil şi este semnalat în toate țările globului.

În ultimele decenii literatura medicală şi nemedicala, consacrate problemelor de etică în medicină şi în care sunt implicați medici, jurişti, teologi, asistenți sociali, sociologi, organe ale statului din diferite domenii, mass-media etc, dezbăt toate aceste probleme şi căuta să demonstreze rolul important al justiției în luare unor decizii în cazul dilemelor etice ale practicilor medicale.

Refuzul familiei de a accepta un tratament vital pentru cel suferind sau a unor investigații reprezintă una dintre cele mai dificile, serioase şi neplăcute dileme de etică medicală pentru medic. Desigur în orice domeniu

terapeutic şi mai ales într-o fază experimentală clinica, pot apărea eşecuri, ceea ce nu înseamnă abandonarea ei.

În epoca noastră am intrat deja intr-o fază de creştere cvasiexpotentiala a terapiei genetice. Datele experimentale şi clinice arăta că tehnicile sofisticate ale biologiei moleculare sunt pe punctul, real, de a face parte, în viitor, din arsenalul terapeutic modern. Deşi aceste date sunt încurajatoare, totuşi există un drum lung de parcurs până la aplicarea de rutină, în terapteutica, a acestor tehnologii, aşa cum arăta însuşi MICHAEL STRAUSS, unul din promotorii acestei probleme.

Sunt convins că generaţiile viitoare de medici se vor bucura, probabil, de benefiicile terapiei genetice, precum şi altor cercetări, dar ei se vor confruntă cu multiple, neaşteptate şi imprevizibile dileme de etică medicală. Problemele de etică medicală reprezintă o componentă vitală majoră în practica medicală.

Preocupările şi aspectele de etică medicală se pierd în negură istoriei omenirii şi a istoriei medicinei. în ultimele decenii asistăm la o adevărată explozie a studiilor cercetărilor şi rapoartelor din domeniul eticii medicale peditarice. în prezent majoritatea manifestărilor ştiinţifice ale congreselor şi revistelor de specialitate includ şi abordează teme de etică medicală.

În ţară noastră, iniţiatorii programelor şi problemelor de bioetică în medicină au fost Academician Profesor Doctor STEFAN MILCU şi Profesor Doctor CONSTANTIN MAXIMILIAN personalităţi de renume ale medicinei româneşti.

Ar trebui menţionat faptul că aceste coduri de etică medicală au fost concepute înainte cu patru – cinci

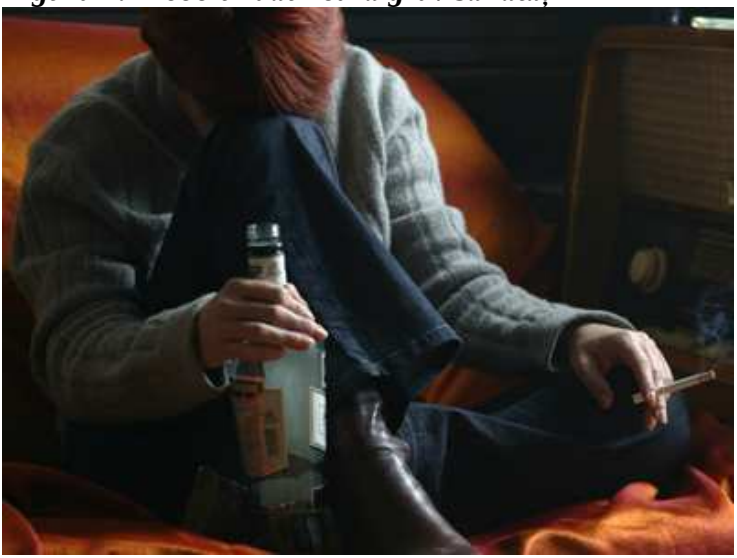
milenii de către babilonieni, fiind incluse în **„ CODUL LUI HAMMURABI ”.**

HAMMURABI a fost rege în BABILONIA (1728 – 1686 i.e.HR). El a conceput aşa numitul „COD AL LUI HAMMURABI” care a fost descoperit în anul 1902 ls SUşă de către arheologul francez D. MORGAN şi este păstrat în MUZEUL LOUVRE. Este o opera impresionantă care cuprinde legile şi aspectele juridice pe care celebrul rege HAMURABI le-a dat ţării sale. Este uluitor cum probleme din cod pot fi actuale şi în zilele noastre. Din punct de vedere al tînarului, de exemplu, codul lui HAMMURABI prevede drepturile tinerilor LEGITIMI dar şi pe cele ale tinerilor NELEGITIM. Din punct de vedere al eticii medicale medical trebuie să fie preocupat în întreaga să activitate de principiul de baza al eticii medicale respectiv de a face MAXIMUL DE BINE şi MINIMUM DE Rău şi DE RISCURILE TINERILOR (**Gheorghe Goldis,** *Etică Medicală în Practică Pediatrică*, Editură AIUS, Craiova, **2008**)

CAPITOLUL II

DATE STATISTICE PRIVIND SITUAȚIA LA NIVEL EUROPEAN/UE

Figura 2. Alcoolul dăunează grav sănătății



Europa joacă un rol semnificativ în producția, comercializarea și consumul băuturilor alcoolice, dar este și purtătoarea unei poveri sociale și economice determinate de acest fenomen. Consumul actual de alcool este responsabil de cca 10% din povara totală a bolilor, crește riscul cirozei hepatice, al unor cancere, al hipertensiunii arteriale, accidentelor vasculare cerebrale și malformațiilor congenitale.

În plus el crește riscul apariției multor probleme sociale cum sunt: dezintegrarea familială, absenteismul,

scăderea productivității muncii, probleme financiare, accidente de tot felul şi violență, suicid şi crimă (omucideri).

În fiecare an 55.000 de tineri europeni mor din cauza efectelor abuzului de alcool. Unul din patru decese la bărbații între 15-29 de ani are legătură cu consumul de alcool. În plus între 40% şi 60% din toate decesele determinate de accidente sunt atribuite alcoolului. Consumul de alcool şi în special intoxicația alcoolică acută pare să explice diferența considerabilă existentă între mortalitatea observată între partea de vest şi cea de est a regiunii europene şi cea dintre cele două sexe.

Costurile sociale, asigurările, bunăstarea, serviciile de sănătate, impunerea prevederilor legale şi penale asociate cu consumul de alcool, precum şi costurile rezultate din pierderile de producție formează un cost societal de 1-3% din PIB.

În regiunea europeană se estimează că băuturile alcoolice sunt responsabile de cca 9% din povara îmbolnăvirilor, crescând riscul cirozei hepatice, hipertensiunii arteriale, bolilor cardiovasculare, pancreatitei şi cancerului oro-faringian, de laringe, esofag, stomac, ficat şi rect. Alcoolul deteriorează acut multe funcții cerebrale psihomotorii şi cognitive. Afectarea controlului emoțional poate determina violență față de alții şi/sau față de propria persoană. Mai mult, consumul de alcool creşte riscul problemelor la serviciu, acasă în familie şi în societate.

Peste 90% din țările din Regiunea Europeană a OMS au un consum anual pe persoană mai mare de doi litri de alcool, nivel considerat a fi asociat cu cea mai mică mortalitate medie, dar este cel mai mare consum din

lume, pentru că media care ajungea la 7,3 litri de alcool pur pe persoană în 1998 oscila între 0,9 şi 13,3 l / persoană. Dacă se adaugă consumul neînregistrat se ajunge la aproape 20 de litri / persoană / an.

Proiectul European de Supraveghere a Consumului de Alcool şi alte Droguri (ESPAD) demonstrează că există o creştere clară a proporţiei elevilor care consumă băuturi alcoolice în partea centrală şi de răsărit a Europei, în special în Lituania, Polonia, Slovacia şi Slovenia. Cu toate acestea, consumul de alcool în rândul elevilor este mai comun la cei din Republica Cehă, Danemarca, Irlanda, Malta şi Regatul Unit al Marii Britanii. Din cele patru ţări din topul celor cu proporţia cea mai mare a intoxicaţiilor alcoolice, în 1995, în Danemarca şi Irlanda se constată o creştere, pe când în Finlanda şi Anglia nivelul intoxicaţiilor a rămas aproape neschimbat.

1.Consumul de alcool

Trei sferturi din cetăţenii UE (76%) au consumat băuturi alcoolice în ultimele 12 luni în timp ce 24% s-au abtinut.

• Dintre cei care raportează consumul de alcool în ultimul an, 88% au avut o băutură alcoolică în ultimele 30 de zile. Au existat puţine schimbări în acest procent începând cu toamna anului 2006 (87%).

• Cele mai mari procente din respondenţi care beau alcool sunt găsite şi în Danemarca (93%), Suedia (90%) şi Olanda (88%). Procentele sunt mai mici în Portugalia (58%), Italia (60%) şi Ungaria(64%).

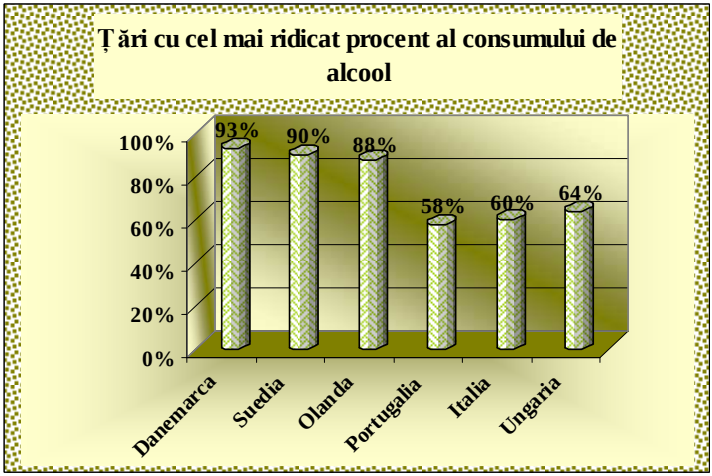


Figura nr. 3 - Ţări cu cel mai ridicat procent al consumului de alcool

• Aproximativ jumătate dintre consumatorii de alcool (49%) spun că beau între 1 şi 3 ori pe săptămână, dar consumatorii în unele ţări, cum ar fi Portugalia (43%) şi Italia (25%) raport de zi cu zi.
• Bărbaţii sunt mult mai probabil (84%) pentru a consuma băuturi alcoolice decât femeile (68%). Statutul ocupaţional superior pare a fi corelate cu prevalenta mai mare de consumul de alcool; managerii sunt mai susceptibile de a bea (87%) decât persoanele casa (61%).
• Tinerii cu vârste cuprinse între 15-24 de ani sunt mult mai probabil (25%) de a bea 5 sau mai multe băuturi o dată pe săptămână decât de persoane în vârstă de 55 + (11%), în rândul respondenţilor care au consumat alcool în ultimele 30 de zile. Acest lucru pune oamenii tineri, la

un risc mai mare de efecte adverse legate de consumul excesiv de alcool.

Conştientizarea de risc şi vătămare

O majoritate covârşitoare, cetățenii UE recunosc faptul că alcoolul poate avea efecte negative asupra sănătății. Aproape toți respondenții (97%) cred că alcoolul poate contribui la boli de ficat, dar numai doi din trei sunt constienti de riscul de cancer (67%).

Condițiile de sănătate, care le sunt prezentate unul câte unul, au fost: boli de ficat, boli de inima, cancer, depresie şi defecte de naştere. În plus, astm bronşic a fost inclus în condițiile de sănătate testate, deşi nu există nici o dovadă că consumul de alcool este un factor favorizant în astm. Scopul a fost de a folosi astm ca un element de control pentru a măsura "gradului de conştientizare false". În general, rezultatele sugerează un nivel destul de ridicat de conştientizare a faptului că consumul de băuturi alcoolice poate implica riscul de a dăuna sănătății, dar cu variații considerabile între tipurile de condițiile de sănătate adresate în studiu.

Riscul de boli hepatice este de departe cel mai larg recunoscută, cu 97% din respondenți fiind de acord în totalitate sau tind să fie de acord că consumul de băuturi alcoolice creşte riscul de boli hepatice. Pentru boli cardiace, depresie şi defecte de naştere, a numărului de oameni de acord este oarecum mai mică, cu 86%, 85% şi, respectiv, 84% fiind de acord că consumul de alcool poate creşte riscul de aceste condiții. Comparativ cu nivelul deosebit de ridicat de conştientizare pentru boli de ficat, aceste condiții pot fi văzute să scadă într-un interval de conştientizare în care se află la o "medie"

nivel. Conştientizarea riscului de cancer este în mod clar la un nivel inferior, cu 67% fiind de acord în totalitate sau tinde să fie de acord.

Nivel înalt de conştientizare a riscurilor - boli de ficat cu 97% din respondenți fiind de acord că consumul de alcool poate creşte riscul de boli hepatice, aceste condiții ocupă o poziție specială printre riscurile pe care oamenii asociat cu potabilă. Trei sferturi dintre respondenti (74%) sunt total de acord că consumul de alcool poate creşte riscul de boli hepatice, mai puțin de un sfert au unele rezerve (23% tind să fie de acord) şi extrem de puțini nu sunt de acord (2%) sau spun că nu ştiu (1%).

Nivelul de acord este cea mai mare (99%) în Portugalia, Finlanda şi Suedia, Olanda, Austria, Franta. Chiar şi în acele țări în care nivelul de acord este cel mai mic, Țările de Jos, Luxemburg şi Italia, România, Grecia, este încă 95%. Ar trebui să fim conştienți de faptul că acest nivel deosebit de ridicat de conştientizare a riscurilor nu indică în mod necesar şi înțelegerea deplină cunoştință de asociere între bolile de băut şi de ficat.

Nivelul mediu de conştientizare a riscurilor - boli de inimă, depresia şi malformații congenitale Pentru cele trei condiții care se încadrează în intervalul de nivelul mediu de conştientizare a riscurilor, bolile de inima, defecte de depresie şi de naştere, răspunsurile prezenta un model similar. O mare majoritate (84-86%) dintre respondenți sunt de acord că consumul de alcool poate creşte riscul, dar numai aproximativ jumătate sunt sigur (49-53% sunt de acord în totalitate.) Aproximativ o treime sunt de acord dar au rezerve (31 - 36% tind să fie de acord). Aproximativ unul din zece (8-10%) nu cred că

creşte riscul de băut aceste condiții, şi oarecum mai putine nu stiu (5-8%). Cu privire la fond sociodemografice, răspunsurile arată variații puține. Femeile (88%) sunt mai susceptibile decât bărbații (83%) să fie de acord că consumul de alcool poate creşte riscul de malformatii congenitale.

Pentru riscul bolilor de inimă, nivelul de acord este cel mai mare în Tările de Jos, Italia, Franța, Germania (93%) ,urmate de Bulgaria, Grecia şi Portugalia, Suedia, Finlanda, România (toate 91%). Nivelul de acord este cel mai mic în Austria (71%) şi Olanda (77%)

Nivelul scăzut de conştientizare a riscurilor - cancerului de condițiile de sănătate abordate în acest studiu, riscul de cancer este cel pentru care nivelul de conştientizare este cea mai scăzută, cu 67% din populația totală a eşantionului fiind de acord că consumul de băuturi alcoolice poate creşteriscul de cancer. Acest grup de respondenți este împărțit, cu aproape părți egale a fi sigur (36% total de acord) sau care au rezerve (31% tind să fie de acord). Mai mult, unul din cinci (21%) nu cred că există o asociere între consumul şi cancer, şi aproximativ unul din zece (12%) nu ştiu. Acest modele de răspunsuri sugerează că există, pe lângă un nivel mai scăzut de conştientizare a riscurilor, o cantitate considerabilă de confuzie în jurul această problemă în rândul populației generale.

Pentru riscul de cancer, nivelul de acord este cel mai ridicat în Franța (82%) şi România (80%), cel mai scăzut şi în Țările de Jos (51%), Germania (54%) şi Suedia (56%), Finlanda (70%), Portugalia (54%), Italia (76%), Bulgaria (80%), Grecia (74%), Olanda (86%),

Austria (76%). Femeile (72%) sunt mai înclinați să creadă că alcoolul poate juca un rol în dezvoltarea de cancer decât de bărbați (62%). Oamenii care nu au consumat băuturi alcoolice în ultimele 12 luni (75%) sunt mai probabil să fie de acord decât cei care au (65%).

Cetățenii UE sunt puternic de acord că alcoolul poate duce la rezultate nedorite sociale, cum ar fi violențele de stradă (96%), dificultati maritale, pierderea productivității la locul de muncă şi performanțe mai slabe la şcoală (toate% 94).

Tabel 2. Risc de boli induse de consumul de alcool

TĂRI	Risc boli de fical	Risc cancer	Risc boli de inima
SUEDIA	99%	56%	91%
FINLANDA	99%	70%	91%
PORTUGALIA	99%	54%	91%
TĂRILR DE JOS	95%	51%	93%
ITALIA	95%	76%	93%
FRANTA	99%	82%	93%
ROMÂNIA	95%	80%	91%
GERMANIA	95%	54%	93%
BULGARIA	98%	80%	93%
GRECIA	95%	74%	91%
OLANDA	99%	86%	77%
AUSTRIA	99%	76%	71%

3.Sprijin pentru politicile publice pe alcool

• avizul cetățenilor UE ", despre cine este principalul responsabil pentru reducerea efectelor nocive ale alcoholrelated este împărțit. În timp ce 53% cred că indivizii sunt suficient de responsabili pentru a se proteja de efectele nocive ale alcoolului, 43% spun autoritățile publice trebuie să intervină pentru a proteja persoanele fizice.

• bărbați, tineri, oameni de statutul ocupational mai mici și mai puțin financiar confortabile, toate tind să fie mult mai probabil să se susțină că o schimbare considerabilă în nivelul prețului ar afecta achizițiile de băuturi alcoolice. De exemplu, dacă prețul de băuturi alcoolice ar trebui să crească cu 25%, bărbați (32%) au fost mai predispusi decat femeile (28%), tinerii în vârstă de 15-24 ani (36%), mai multe șanse decât grupe de vârstă mai mari, muncitori (36%), mai multe șanse decât alte grupuri profesionale și cei care tind să aibă dificultăți în plata facturilor lor (38%) mai mult decât probabil financiar mai sigur să spun că le-ar cumpăra băuturi alcoolice mai puțin.

• O mare majoritate, 83% cred că controale aleatorii de poliție pe drumurile UE ar avea ca efect reducerea consumului de alcool înainte de a conduce. Un clar majoritate (73%) sprijin redus nivel din punct de vedere pasibile de alcool din sânge în traficul rutier pentru șoferii tineri și fără experiență la nivelul UE. O mare majoritate (89%) de sprijin o limită de vârstă de 18 ani pentru a vinde sau de servire băuturi alcoolice pe teritoriul UE. O majoritate clară, de asemenea, (77%) cred că reclamelor la alcool ce vizează tinerii ar trebui să fie interzisă în întreaga UE.

O majoritate clară (79%) sprijin plasarea avertismente pentru femeile gravide şi drivere (79%), pe sticle. Plasarea avertismentelor privind publicitatea alcool primeşte sprijin şi mai clară (82%).

PREVALENȚA CONSUMULUI DE ALCOOL

Majoritatea cetățenilor UE consuma băuturi alcoolice, dar există o variație largă de vârstă şi sex Pentru a măsura prevalența consumului de alcool, respondenții au fost întrebați dacă au consumat băuturi alcoolice în orice ultimele 12 luni.

Doar peste trei sferturi din cetățenii UE (76%) raportează că au consumat băuturi alcoolice în ultimele 12 luni, în timp ce 24% spun ca au abținut. În cursul ultimelor 12 luni, bărbați (84%) sunt mult mai susceptibile de a fi consumat băuturi alcoolice decât femeile (68%). Oamenii care au abandonat studiile anterioare (65%) sunt mai puțin probabil să fi avut băuturi alcoolice în ultimul an, comparativ cu cei care erau în educație mai mult (84%).

Statutul ocupational pare să aibă un impact asupra consumului de alcool, ca housepersons (61%) sunt mult mai puțin probabil să bea mult de manageri (87%). Se pare că, de asemenea, accesibilitatea este un factor: oameni care luptă să îşi plătească facturile lor (69%) sunt mai puțin probabil să bea decat cei care sunt mult mai confortabil (79%). Barbatii sunt mai predispusi (92%) au consumat băuturi alcoolice în ultimele 30 de zile decât femeile (83%), sugerând că ponderea sau bautori ocazional în rândul femeilor este puțin mai mare.

Tabel 3. Frecvența consumului de alcool în funcție de sex

Prevalența consumului de alcool în ultimile 12 luni
Bărbați 84%
Femei 68%
Prevalența consumului de alcool în ultimile 30 zile
Bărbați 92%
Femei 83%

Cetățeni ai UE care au declarat că au consumat băuturi alcoolice în ultimele 30 de zile, aproape trei sferturi (72%) au raportat că băut cel puțin o dată pe săptămână. Un număr semnificativ (14%) au raportat consumul de zi cu zi. Unele 27% din respondenți au fost bautorii de rare, consumului de alcool o dată sau de două-trei ori în ultimele 30 de zile. În sondajul Eurobarometru efectuat în toamna anului 2003, acoperind UE15, respondenții au fost întrebați pe băuturi câte zile au consumat alcool în ultimele patru săptămâni.

Rezultatele la nivel de țară cu privire la frecvența de băut sugerează o polaritate a modelelor de consum în Portugalia şi Italia, cu o proporție surprinzător de ridicat

de portugheză (43%) şi un sfert din respondenți italian (25 %) declarând că beau zilnic alcool. Consumatori suedez, polonez şi lituanian alcool sunt cel mai puțin probabil să bea alcool pe o bază de zi cu zi (toate% 1). Cea mai mare proporție a celor care au raportat băut doar o singură dată în ultimele 30 de zile au fost în Lituania (34%) şi Letonia (31%), Portugalia (30%).

Tabel 4. Frecvența consumului de alcool în fiecare zi

Prevalența consumului de alcool în fiecare zi
Portugalia 43%
Italia 25%
Slovenia 13%
România 13%
Suedia 1%
Polonia 1%
Lituania 1%

Tabel 5. Frecvența consumului de alcool la 30 zile

Prevalența consumului de alcool la 30 zile

Lituania	34%
Letonia	31%
Portugalia	30%

Uitându-mă la tendințele țară există câteva modificări pentru a fi văzut în frecvențele de băut din anul 2006, cu toate acestea bea zilnic din Slovenia şi România a crescut de la 9% la 13% (4 puncte procentuale în fiecare caz).

S-ar putea fi, de asemenea, o tendință în curs de dezvoltare, în Polonia, unde băut o dată pe săptămână sau mai puțin a scăzut cu 10% (de la 83% în 2006 la 73% în 2009) şi mai frecvente potabilă a crescut, 2-3 ori pe săptămână de la 9% la 19% (10 puncte procentuale), şi de 4-5 ori pe săptămână, de la 4% la 5% (1 punct).

De vârstă este de asemenea un factor: cel mai tanar grupul 15-24 de ani sunt mult mai puțin probabil (3%), să bea pe zi, decât cele mai vechi grup, cei peste 55 de ani sau mai mult (25%). Există, de asemenea, o diferență accentuată între grupări profesionale, ca manageri (10%) şi lucrătorii guler alb (8%) sunt mai puțin susceptibile de a bea alcool pe zi, decât pensionari (26%), housepersons (16%) şi care desfăşoară activități independente (15%).

Comparația cu răspunsurile oferite în 2006, sugerează unele modificări în ultimii trei ani, pentru o mai bună în unele state membre, pentru a mai rău în altele. Austria, Belgia, Irlanda, Luxemburg, Slovacia şi Spania au văzut de toate, o scădere a procentului celor

care au 5 sau mai multe băuturi, cel puțin o dată pe săptămână şi o creştere a procentului care spun că au multe băuturi mai rar decât o dată pe luni sau niciodată. Cu toate acestea, Irlanda, Austria şi Spania rămân printre statele membre cu peste nivelurile media UE de consumul excesiv de alcool.

Pentru unele state membre, în special Cipru, Grecia, Lituania şi Portugalia, comparația sugerează schimbări în direcția opusă - o creştere a procentului care spun că au cinci sau mai multe băuturi cel puțin o dată pe săptămână şi o scădere a procentului spunând că fie nu au ca multe băuturi sau de a face acest lucru mai puțin de o dată pe lună

Procentul de consumul excesiv de alcool frecvente (cu 5 sau mai multe băuturi, cel puțin o dată pe săptămână) este cea mai mare (33%) în rândul grupului de vârstă mai tânăr, cu vârsta 15-24 de ani. Acest lucru este în conformitate cu constatarea că 22% din această grupă de vârstă spun că au de obicei 5 sau băuturi mai mult pe zi beau. În timp ce mai puțin de jumătate (46%) din grupul de vârsta cea mai mică spun ca nu bea excesiv de alcool sau de a face acest lucru mai des decât o dată pe lună, în rândul grupurilor de vârstă aceste răspunsuri sunt date de jumătate sau mai multe dintre respondenți.

Atunci când se analizează grupurile profesionale, prevalența de consumul excesiv de alcool frecvent (o dată pe săptămână sau mai des) este cea mai mare în rândul şomerilor (38%), lucrătorii manuali (34%) şi care desfăşoară activități independente (32%). Prevalența de consumul excesiv de alcool frecvent (o dată pe săptămână sau mai des) este mai mare printre respondenții care luptă să îşi plătească facturile lor (37%)

decât în rândul celor care aproape niciodată nu au dificultăți în acest sens (26%).

În afară de variație între statele membre, există şi diferențe semnificative între grupurile socio-demografice:

• Barbații (17%) sunt ceva mai predispuşi decât femeile (12%) să cred că se poate încă mai conduce după cu trei sau mai multe băuturi. Femeile (22%) sunt mai susceptibile decât bărbații (16%).

• Cei peste 55 de ani sau mai mult (23%) sunt mai predispusi decat grupele de vârstă tinere.

• Cei care au plecat mai devreme de învățământ (28%) sunt mult mai probabil.

• Lucrătorii manuali (18%) sunt mai susceptibile de a considera că este OK pentru a conduce după trei sau mai multe băuturi, pensionari (18%) sunt mult mai probabil să ia în considerare cea mai sigura optiune zero şi persoanele casă (27%) sunt mult mai probabil.

• Cei care se străduiesc să îşi plătească facturile lor sunt mult mai probabil să spun că nu ştiu sau să-l considere pe OK pentru a conduce după trei sau mai multe băuturi decât cei care sunt financiar bine Aceste financiar bine sunt mult mai probabil să ia în considerare zero cea mai sigura optiune.

Cât mai multe de 20% din non-conducătorilor auto şi 17% din conducătorii auto rar consideră că cea mai sigură de a nu avea băuturi alcoolice la toate, comparativ cu doar 12% din conducătorii auto regulate Aşa cum mulți ca 16% dintre şoferi regulate consideră că este OK pentru a conduce după trei sau mai multe băuturi, în comparație cu 14% şi 11% din conducătorii auto rar şi non-drivere respectiv.

Majoritatea cetățenilor UE ar saluta mesaje de avertizare atât pe sticle şi pe reclame de alcool - În sondajul Eurobarometru din 2006, respondenții au fost întrebați dacă au fost de acord cu punerea în practică avertismentele de pe sticle de băuturi alcoolice şi anunțuri în scopul de a alerta femeile însărcinate şi şoferii de pericolele consumului de alcool

Rezultatele au arătat că 77% din cetățenii UE să sprijine aceste măsuri. În cadrul anchetei prezenta cauză a fost împărțit în întrebări separate pentru avertismente pe sticle şi avertizările de pe reclame pentru a obține o imagine mai clară de opinii. Rezultatele sugerează întărit uşor de sprijin, cu 79% din cetățenii UE de sprijin avertismente pe sticle, şi un procent chiar mai mare, 82%, de sprijin avertismente cu privire la reclame.

CLARIFICĂRI

1. Consumul de alcool

Trei sferturi din cetățenii UE (76%) au consumat băuturi alcoolice în ultimele 12 luni în timp ce 24% susțin că au abținut. Nu a fost variație mică a prevalenței consumului de alcool, deoarece problema a fost solicitat în toamna anului 2006. Aproximativ jumătate dintre consumatorii de alcool (49%) spun că beau între 1 şi 3 ori pe săptămână. Majoritatea consumatorilor de alcool (69%) au de obicei băuturi 1 sau 2 în fiecare sesiune, cu toate acestea 10% pretind a avea de obicei 5 sau mai multe băuturi.

Barbatii sunt mult mai probabil (84%) pentru a consuma băuturi alcoolice decât femeile (68%), iar acei oameni care beau tind să facă acest lucru mai des decât femeile şi-au bauturi mai mult pe şedință. Statutul profesional superior pare a corela cu o prevalență mai mare a consumului de alcool.

Frecvența şi nivelul consumului de alcool, de asemenea, variază în funcție de vârstă. Dintre respondenții care au declarat consumul de alcool în ultimele 30 de zile, de persoane cu varsta de 55 de ani şi mai sus sunt mult mai probabil (25%) de a bea zilnic decât tinerilor de 15-24 ani (3%). Cu toate acestea, un sfert (25%) dintre tinerii cu vârste între 15-24 de ani beau 5 sau mai multe băuturi o dată pe săptămână, comparativ cu doar 1 din 10 (11%), persoanelor cu vârsta între 55 +. Acest lucru pune oamenii tineri, la un risc mai mare de efecte adverse legate de consumul excesiv de alcool.

2. Conştientizarea de risc şi vătămare

Doar un pic peste un sfert din cetățenii UE (27%) sunt în măsură să dea un răspuns corect când a fost întrebat ce legal limita de alcool în sânge de conducere este în țara lor. Mai mult de o treime (36%) dau un răspuns inexact, in timp ce un număr egal (37%) spun că nu ştiu. Desi relativ puțini sunt capabili să indice în mod corect limita legală, o majoritate clară (61%) consideră că au un pahar sau mai multe (timp de 2 ore) înainte de a conduce este prea mult.

O majoritate covârşitoare, cetățenii UE recunosc faptul că alcoolul poate avea efecte negative asupra sănătății. Aproape toți respondenții (97%) cred că alcoolul poate contribui la boli de ficat, dar numai doi din trei sunt constienti de riscul de cancer (67%).

Cetățenii UE sunt puternic de acord că alcoolul poate duce la rezultate nedorite sociale, cum ar fi violențele de stradă (96%), dificultati maritale sau de pierdere a productivității la locul de muncă (ambele 94%).

3. Sprijin pentru politicile publice pe alcool

Opinia cetățenilor UE ", despre cine este principalul responsabil pentru reducerea efectelor nocive ale alcoolului este împărțit. În timp ce 53% cred că indivizii sunt suficient de responsabili pentru a se proteja de efectele nocive ale alcoolului, 43% spun autoritățile publice trebuie să intervină pentru a proteja persoanele fizice.

Bărbați, tineri, oameni de statutul ocupational mai

mici şi mai puțin bine financiar-sunt toate mai putea să creadă că o schimbare considerabilă în nivelul prețurilor ar putea afecta achizițiile de băuturi alcoolice.

În cazul în care prețul de creştere băuturi alcoolice cu 25%, bărbați (32%) au fost mai predispusi decat femeile (28%), tinerii în vârstă de 15-24 ani (36%), mai multe şanse decât grupurile de vârstă, lucrătorii manuali (36%) mai multe şanse decât alte grupuri profesionale şi cei care tind să aibă dificultăți în plata facturilor lor (38%) mai mult decât probabil financiar mai sigur să spun că le-ar cumpăra băuturi alcoolice mai puțin.

Aproximativ trei sferturi (73%) dintre cetățenii UE ar dori să vadă limitele de alcool din sânge reduse pentru șoferii tineri şi fără experiență în mod consecvent în întreaga UE, şi patru din cinci (83%) de sprijin controale aleatorii de poliție pe drumurile UE ca o măsură pentru a-reducedrink de conducere.

Nouă din zece (89%) de sprijin o limită de vârstă de 18 ani pentru a vinde sau care deservesc alcoholibeverages în întreaga UE. O majoritate clară, de asemenea, (77%) cred că alcoolul advertisintargeting tinerii ar trebui să fie interzisă în întreaga UE.

Majoritatea cetățenilor UE ar saluta mesaje de avertizare atât pe reclame Andon sticle de alcool. O majoritate clară (79%) de sprijin introducerea avertismente femei forpregnant şi drivere pe sticle. Plasarea avertismente cu privire la alcohadvertisements primeşte sprijin şi mai clară (82%).

CAPITOLUL III

DATE STATISTICE PRIVIND SITUATIA LA NIVEL NATIONAL

România este percepută ca o țară cu o cultură adânc înrădăcinată a consumului de alcool. Din păcate, deseori, consumul regulat de alcool se soldează cu abuzul sau chiar cu alcoolismul cronic, cu toate consecințele de rigoare pe plan individual şi social.

În perioada transformărilor economice asociate cu schimbări sociale şi rapide, consumul de alcool a crescut şi mai mult. Conform unui studiu realizat de Organizația Mondiala a Sănătății, România se plasează pe locul trei în lume după cantitatea înregistrată de alcool consumată în medie de o persoana matură. Dar este un lucru bine ştiut că în România volume enorme de vin şi alte băuturi alcoolice se produc în condiții de casă, în cantități care par să depăşească cu mult media europeană sau mondială.

Pierderea locurilor de muncă, intrarea în sărăcie şi alte forme de ,,eşec personal" sunt în mare măsură cauzate, condiționate sau acceptate de abuzul de alcool. Evident, se manifestă şi legătura inversă, stresul social intensificând şi mai mult exagerarea, iar odata cu ea, ducând şi la sporirea consumului de alcool.

Ameliorarea situației economice în anii 2000 şi apariția posibilității de emigrare la muncă peste hotare a dus la temperarea stresului social. Estimările arată însă că aceasta nu a dus la scăderea consumului de alcool, ci din contră, consumul a crescut. Totodată, se observă o tendință de trecere de la băuturile grele(vinuri, votcă) la cele mai uşoare (în special, bere).

Consumul de produse alcoolice înregistrează cel mai înalt nivel al prevalenței consumului în populația României, participanții la studiu declarând în proporție foarte mare faptul că au consumat băuturi alcoolice.

Sondajul efectuat în cadrul acestui studiu a arătat că în 60% din gospodăriile din România se consumă băuturi alcoolice. Consumul de alcool în menajurile din mediul rural prevalează față de cele din urban, 66% față de 50%. Cel mai înalt nivel al consumului de băuturi alcoolice este înregistrat în categoria populației cu vârstă cuprinsă între 20-44 ani, având studii medii de specialitate.

Consumul de alcool în treilea factor de risc pentru "bolnav" în UE, după tutun şi presiunea arterială, contabilitate de 7,2% din totalul bolilor bulden (12% la bărbați şi 2% la femei). Alcoolul este, de asemenea, responsabil de aproximativ 195.000 de decese pe an în UE, din care 45.000 de la ciroza, cancer de la 50000, 10000 sinucideri, 17000 din accidente de circulație, 27000 alte accidentale şi 17.000 datorate condițiilor neuropsihiatric. Multe studii au arătat că efectele alcoolului sunt mai dăunătoare în țări est-europenii care au o capacitate mai redusă de a controla consumul de alcool în special prin măsuri preventive.

Consiliul European a adoptat recomandarile 2001/458/CE privind consumul de alcool de către oameni tineri, în special în rândul copiilor şi adolescenților şi concluziile privind alcoolul şi oameni tineri. Comisia Europeană a adoptat recomandări privind aplicarea normelor în domeniul siguranței rutiere, sau pe maxim permis de conținutul de alcool din sânge (BAC) pentru conducătorii auto. Probabil cea mai importantă măsură şi eficiente în strategie UE pentru sprijinirea

statelor membre în reducerea consumului de alcool rău. Toate aceste documente sunt relevante, dar acestea devin cu adevărat eficiente numai în cazul în care Statele membre dezvoltă măsurile naționale de implementare a acestora.

Metode

Această lucrare foloseşte datele din bazele de date publice naționale şi internaționale. Impactul de consumul de alcool privind statutul înalt a fost evaluat consumul de alcool şi prevalența mortalității induse de alcool. Consumul de alcool a fost analizat folosind baza de date GISAH OMS . Prevalența consumului de alcool a fost analizată pe baza studiilor naționale şi internaționale. Consumul de alcool considerat în conformitate cu clasificarea OMS.

Tabel 6. Stratificarea de consumul de alcool şi de gen

CATEGORIA	**FEMEI**	**BĂRBAȚI**
Abstinenți	0	0
Parghie I	< 40	<20
Parghie II	40-60	20-40
Parghie III	>60	>40

Sursa: Rehm et al, 2004, citat de Anderson P, Baumberg alcool B. în Europe, London: Institutul de Studii alcool 2009

Potențialul ani de viață pierduți au fost calculate folosind speranța de viață la naştere stabilită la 82.5 ani pentru femalea şi 80.0 ani pentru barbati. OMS baza de date a mortalității a fost folosit pentru decese şi baza de date a populației ONU a fost folosit pentru numărul populației pe grupe de vârstă şi de gen. Trei grupuri de vârstă considerat : 0-19 ani (vârsta tânără), 20-64 ani (la vârsta adultă) şi 65 + ani. Potențial de ani de viață pierdute din cauza consumului de alcool au fost analizate pe grupe de vârstă şi de sex.

Total consumul de alcool

Consumul de alcool din România a înregistrat un trend ascendent de la 1961to 1979, când s-a înregistrat un vârf de aproape 11,9 litri de alcool pur pe cap de locuitor (age15 +) şi pe an. De atunci, se înregistrează un trend descendent lent până în 1989 şi apoi o creştere, atingând brațul maxim de consum în1994 (12,9 l / ani). După acest vârf, nu există consum încet decrescând ajungând la 9.7 l/ ani în 2003. La nivel global, maneta de consumul de alcool înregistrate pe cap de locuitor pe an a crescut aproape de două ori, de la 5,7 l în 1961 la 9.7 l în 2002. Cu toate acestea, consumul înregistrat nu ilustrează complet consumul de alcool în România. Există un consum suplimentar neînregistrate estimat la aproximativ 4 litri / locuitor / an. Acest alcool neînregistrate este cea mai mare parte de casă şi constă în struguri pentru vin şi băuturi spirtoase din fructe, care sunt cultural acceptate şi

constă în struguri pentru vin şi băuturi spirtoase din fructe, care sunt cultural acceptate şi chiar considerate bune pentru sănătate.

Structura consumului s-a schimbat considerabil pe parcursul anilor 1961-2002. În vinurile începutul anilor 60 'agenţiilor unde sunt folosite pentru a contabiliza mai mult de 60% din consumul de alcool (în litri de alcool pur pe an şi pe cap de locuitor), dar din moment ce anii '70 începutul anului, consumul a scăzut ajungând la 31% din total în 2003.

Berea a fost cel preferat în 60' precoce (14% din total consumtion în litri de alcool pur), dar consumul a crescut, ajungând la mai mare, care vin în anul 2003 (41%) între vin şi bere. În '60, spiritele au reprezentat aproximativ 21,1% din consumptoin alcool pur pe cap de locuitor şi pe an consuma rămâne destul de constantă din ultimii ani, ajungând la 25% în 2003.

Estimarea a fost făcută în cadrul proiectului HEM pe un studiu efectuat în 1992 şi raportate de Rerrer et al, 1995. În urma acestei date de 50% din femei în vârstă de 15 + şi 22% din bărbaţi sunt abstinenţii (adica 4.8 milioane de femei şi 1,9 milioane de barbati). Cu toate acestea, restul de 48% din femei şi 78% din bărbaţi utilizează pentru a bea alcool la diferite niveluri (în jur de 4,5 milioane de femei şi 6.8 milioane de oameni).

Din aceste persoane, circa 950 de mii de femei şi 3,8 milioane de bărbaţi sunt băuturi grele (categorii III si IV-mai mult de 40 g alcool / zi pentru femei şi respectiv 60 g alcool / zi pentru bărbaţi). Un alt sondaj naţional din 2001 a constatat o prevalenţă mai mare de abstinenţii (32% şi 66% la bărbaţi şi femei, respectiv).

Comparativ cu noi membri UE, România are o percepția foarte favorabil din abstinenții (locul al doilea, după Bulgaria, care să ia poziția cea mai joasă), de asemenea, pentru bărbați şi femei. Din contră, prevalența de băuturi grele este alarmantă, România fiind pe locul 5 la bărbați (după Republica Ceha, Ungaria, Estonia si Slovenia), şi pe locul al treilea (dupa Ungaria si Slovania), cu 43,9% şi respectiv 10 , 2% masculi şi femei.

Analiza de consum de alcool de către grupele de vârstă la bărbați a arătat cea mai mare prevalență în rândul adulților de vârstă-grup (20-64) (82-84%) şi o prevalență mai mică după vârsta de 65 de ani (69%). Cel mai redus consum (53%) a fost găsit în bărbați tineri (15-19). O situație destul de similară a fost gasit la femei (48%, 54% şi 32% din tineri.

Producția şi calitatea de alcool consum în România

România are o lungă tradiție în producerea de vin, această producție a scăzut cu 23% începând cu 1993 - 2006 (de la 6.549 milioane hectolitri în 1993 la 5014 în 2006). Producția de bere a scăzut în 1993 - 1997, dar sa confruntat cu o creştere spectaculoasă, după acest moment, ajungând în 2006 180% față de 1993 (de la 9929 mii hectolitri în 2006 la 17848 în 2006). După 1990 producția spirtoase "a fost destul de stabilă, ajungând în 2004 la pârghia din 1993. Producția a înregistrat o calitate bună şi este vândut în condiții de siguranță. Există ştampilelor oficiale de accize pentru a evita contrabandă

Tabel 7. Consumul de băuturi alcoolice divizat pe categorii de vârstă şi nivel de educație.

STUDII SUPERIOARE	55%
ŞCOALĂ POSTLICEALĂ	57%
PROFESIONALĂ	63%
STUDII MEDII INCOMPLETE	52%
PESTE 60 ANI	47%
45-59 ANI	58%
30-44 ANI	64%
20-29 ANI	65%
15-19 ANI	47%

Sursa: Date prezentate în cadrul studiului efectuat de către Serviciul de cercetare ,,OMNOMAS", România, 2008

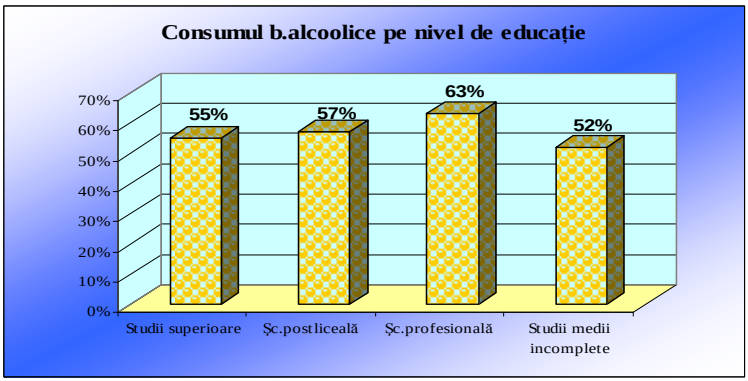


Figura nr. 3 – Consumul băuturilor alcoolice, raportat la nivelul studiilor

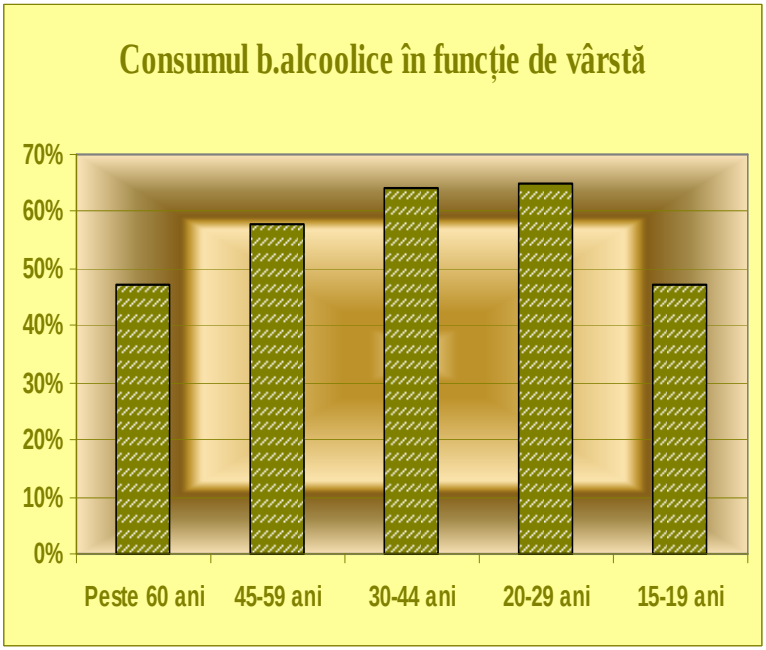


Figura nr. 4 – Consumul de băuturi alcoolice raportat la vârsta respondenților

Conform frecvenței consumului de băuturi alcoolice, s-a determinat că 25% din populație consumă alcool 1-2 ori pe lună, 24%- o dată în săptămână şi 23%- mai rar decât 1-2 ori pe lună. În fiecare zi consumă băuturi alcoolice 4% din totalul populației, dintre care cel mai des consumă bărbații (6%) din mediul rural (5%) cu vârste de peste 60 ani (13%), având studii medii incomplete.

Tabel 8. Frecvența consumului de băuturi alcoolice

1 data pe săptămână	24%
2-3 ori pe săptămână	19%
4-6 ori pe săptămână	4%
În fiecare zi	4%
1-2 ori pe lună	25%
Mai rar	23%

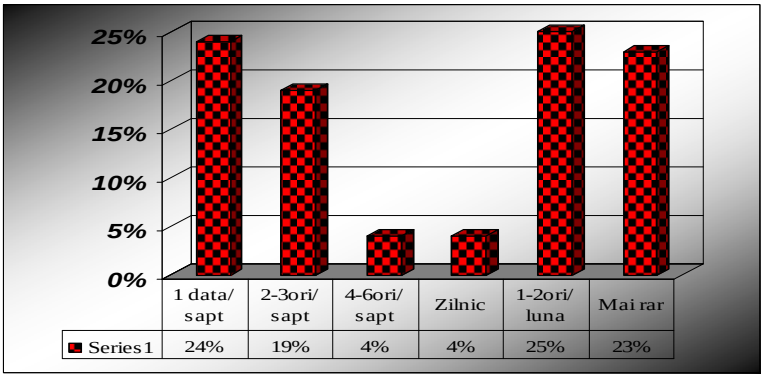


Figura nr. 5 – Frecvența consumului de bauturi alcoolice

Deşi există opinia că în cantităţi mici alcoolul chiar ar fi benefic sănătății, există şi multe argumente contra acestei afirmații. Nici cantitatea de alcool benefică sănătății, nici consumul abuziv de alcool nu sunt stabilite prin norme recunoscute internațional, iar de cele mai multe ori aceste norme variază de la o persoană la alta.

De aici apar dificultatea estimării unor indicatori legați de consumul abuziv de alcool. Spre exemplu, în Marea Britanie guvernul a stabilit specificații medicale privind consumul abuziv de alcool, prin care limita medicală săptămănală este stabilită la 21/14 unități pentru bărbați/ respective femei.

Limita zilnică este stabilită la 4/3 unități pentru bărbați/ femei. Unitatea de alcool reprezintă 8g sau 10 ml etanol (aproximativ 250 ml de bere, 100 ml de vin). Vom utiliza aceste limite pentru a stabili cât de frecvent în România se consumă alcool în cantități excesive.

Dacă am aplica primul criteriu, am ajunge la concluzia că 23,3% din bărbații din România şi 11,5% din femei săptămânal consumă mai mult alcool decât limitele medicale stabilite. Circa 75% dintre aceştia sunt locuitori ai mediului rural, care consumă preponderant vin. Iar 66% dintre ei produc băuturi alcoolice în gospodaria casnică în care locuiesc, ceea ce micşorează cheltuielile pentru procurarea băuturilor alcoolice.

Conform criteriului normelor zilnice de alcool inofensive pentru organism situația este şi mai alarmantă. Estimativ, între 69% şi 73% din bărbați între 62% şi 66% dintre femei depăşesc limita medicală inofensivă zilnică.

Aceasta este o cifra alarmantă, fiind legată de cele mai multe ori de sărbătorirea unor evenimente sau de ,,depăşirea stresului'', care este principalul motiv al consumului de alcool pentru 35% din populatia care întrece normela medicală recomandată.

Tabel 9. Consumul de alcool peste limitele medicale, % din total

	FEMEI	BARBATI	TOTAL
Indivizi care consumă peste limita săptămânală indicată	11,5	23,3	17,3
Indivizi care consumă peste limita zilnică indicată	62-66	69-73	66-70
Cheflii	41-46	44-48	42-47
Alcoolici impatimiti	1,1	5,8	3,4

Sursa: Sondaj Sociologic

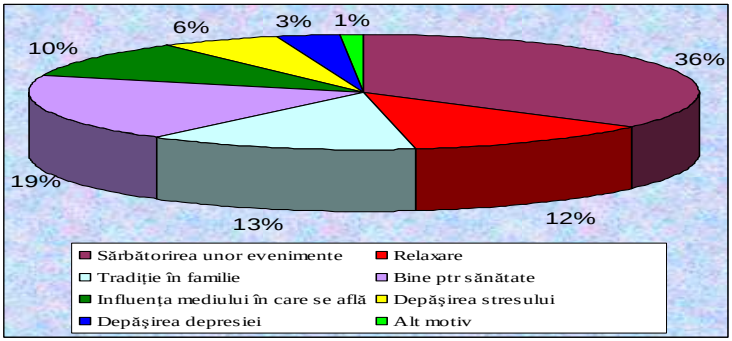
Printre motivele de bază pentru consumul de băuturi alcoolice cea mai înaltă pondere o acoperă sărbătorirea anumitor evenimente (35%), relaxare (22%), tradiții în familie (20%) şi pentru că e considerat că e bine pentru sănătate (19%).

Totodată, circa 28% din cetățeni au menționat ,,depășirea stresului'' printre principalele trei cauze care îi determină să consume băuturi alcoolice.

Tabel 10. Cauzele care determină consumul de alcool

Pentru sărbătorirea unor evenimente	35%
Pentru relaxare	12%
Aşa sunt tradiţiile în familie	13%
Este bine pentru sănătate	19%
Oamenii sunt influenţaţi de mediul în care se află	10%
Pentru depăşirea stresului	6%
Pentru depăşirea depresiei	3%
Alt motiv	1%

Sursa: Sondaj sociologic



Grafic 6. Cauzele care determină consumul de alcool

Conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate rata prevalenței de alcolism cronic la 100 mii locuitori a fost de 1300,2 in 2008, iar rata incidenței prin alcoolism cronic şi psihoze alcoolice la 100 mii de locuitori a fost de 111,9 în acelaşi an.

Din anul 2002 se observă o scădere a numărului de bolnavi de alcoolism cronic şi a persoanelor luate la evidență în legatură cu abuzul de alcool. Fenomenul alcoolismului şi a abuzului de alcool a avut o amploare mai mare în perioada inițială a tranzicției, care a lăsat o parte a populației fără un loc de muncă.

Şi în prezent, consumul excesiv de alcool este mai mult caracteristic populatței neîncadrate în câmpul muncii. Pe de o parte, aceasta implică un impact mai mic asupra reducerii productivității, dar pe de altă parte pentru persane inactive şi someri, consumul de alcool este una din cauzele de neîncadrare în câmpul muncii.

Deşi sunt lipsiți de venituri în formă de salariu, producția proprie a băuturilor alcoolice le permite celor săraci să mențină nivele de consum la nivele comparative cu cele ale populației cu venituri mai mari.

Tabel 11. Prevalența prin alcoolism cronic şi psihoze alcoolice a populației din România în anii 2001- 2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Număr de persoane luate la evidența profilactică în legatură cu abuzul de alcool	6441	3881	4125	3688	3878	5040	4752	4957
Număr bolnavi de alcoolism cronic sub supraveghere	55942	48694	48081	47678	47116	46656	45961	46507
Număr cazuri înregistrate cu psihoze alcoolice (populația de vârtă 18 ani şi peste)	368	231	212	294	525	710	769	832
Rata incidenței prin alcoolism cronic şi psihoze la 100 mii locuitori	109,2	82,0	84,1	81,4	85,3	114,0	107,4	111.9
Rata prevalenței prin alcoolism cronic la 100 locuitori	1356,8	1341,1	1327,3	1319,9	1307,6	1298,0	1282,0	1300,2

Sursa: Centrul National de Management în Sănătate

Deşi tipul băuturilor consumate diferă mult între diferite categorii de vârste, consumul excesiv de bere în rândurile tinerilor, face ca aceasta să fie a doua categorie de populație după consumul lunar de etanol. Şi aceasta în condițiile în care legea din România privind controlul şi prevenirea consumului abuziv de alcool şi alte substanțe psihotrope prevede că autoritățile administrației publice locale vor întreține, în cadrul unor complexe politici de stat, acțiuni în vederea interzicerii ofertei şi comercializării băuturilor alcoolice către persoanele sub 18 ani. Nici măsurile, nici efectele nu sunt cât de cât vizibile.

Tabel 12. Consumul mediu de alcool după grupa de vârstă, unităţi

CATEGORIE	15-19 ani ani	20-29 ani	30-44	45-59 ani	>60 ani
Băuturi tari	4,0%	17,8%	31,6%	27,6%	22,9%
Vin	42,7%	43,8%	46,4%	59,2%	72,1%
Bere	52,3%	38,5%	22,0%	13,2%	5,0%

Sursa:Sondaj Sociologic

În funcţie de distribuţia pe zone geografice, se observă o valoare superioară prevalenţei consumului de alcool actual (66,3%) şi de-a lungul vieţii (92,5%) pentru zona Moldovei, comparativ cu celelalte regiuni.

Tabel 13. Prevalenţa consumului de alcool, în funcţie de regiune

	Moldova	*Muntenia*	*Oltenia*	*Dobrogea*	*Transilvania*	*Banat Crisana Maramures*	*Bucuresti*
Prevalenta consumului de alcool de-a lungul vietii	92,5%	84,9%	74,5%	85,1%	88,1%	89,9%	87,1%
Prevalenta consumului de alcool in ultimul an	74,3%	71,9%	62,4%	61,9%	76,1%	72,7%	71,7%
Prevalenta consumului de alcool in ultimile 30 zile	66,3%	57,2%	48,5%	54,8%	58,0%	61,7%	59,0%

Decese cauzate de alcool

În 2002, aproximativ 20000 de decese au fost cauzate de diferite niveluri ale consumtion alcool, din care 12500 de decese premature (înainte de vârsta de 65 de ani). Cele mai multe decese (17266, bărbați 87%) au apărut la bărbați, decese pot fi atribuite de alcool au reprezentat 12% din numărul total de decese la bărbați şi 1,2% la femei. Această proporție a fost mult mai mare în vârstă adultă, atât la bărbați şi femei.

Consumul excesiv de alcool pare să sporească probabilitatea îmbolnăvirii (36,3% din cei care consumă peste norma medicală de alcool suferă de boli cornice față de 33,4% dintre cei care consumă sub norma medicală). Deosebit de mare este riscul apariției afecțiunilor hepatice în cazul abuzului de alcool. Iar datele arată că incidența bolilor şi a cazurilor mortale asociate cu consumul de alcool este în creştere. Morbiditatea implică costuri din bugetul de stat atât pentru tratament în cazul în care bolnavii dețin asigurare medicală, cât şi cheltuieli pentru plata concediilor de boală, reducerea poductivității ca urmare a incapacității sau capacității reduse de muncă.

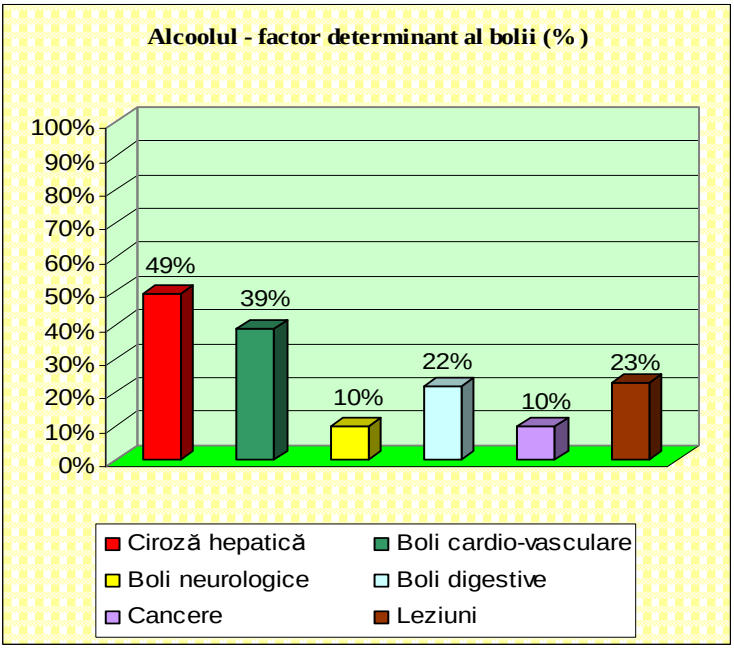


Figura nr. 7 – Alcoolul-factor determinant al bolii

Principalele cauze ale deceselor au fost dominate de bolile digestive (ciroza hepatică, 49%), bolile cardiovasculare (39%), leziuni (23%) şi digestive (22%), urmate de cancer (10%) şi tulburări neurogice (10%) .

Tabel 14.Cota de decese alcool în numărul total de decese de grupă de vârstă şi sex

	Masculin	**Feminin**

TANAR	6,5%	2,8%
ADULT	20,5%	6,0%
VARSTNIC	7,3%	0,0%
TOTAL	12,0%	1,2%

Există diferență imensă în proporție de decese cauzate de alcool între grupele de vârstă, în fiecare gen, bărbați (12,0%) si femei (1,2%). În grupa de vârstă tineri 6,5% din decesele cauzate de consumul de alcool sunt datorate pentru bărbați și 2,8% pentru femei. La bărbați adulți, decese de la alcool sunt 20,5% , la femei proporția diferă semnificativ 6,0%. Vârstnicii au o proportie a deceselor cauyate de alcool de 7,3%, in rândul femeilor vârstnice procentul este de 0,0%.

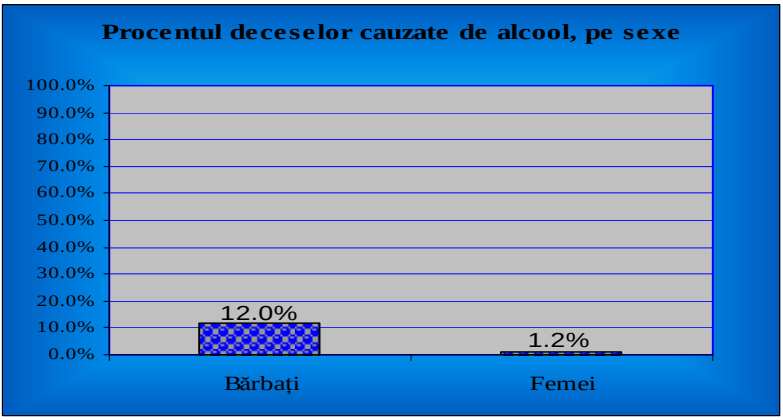


Figura nr.8 – Procentul deceselor cauzate de alcool, pe sexe

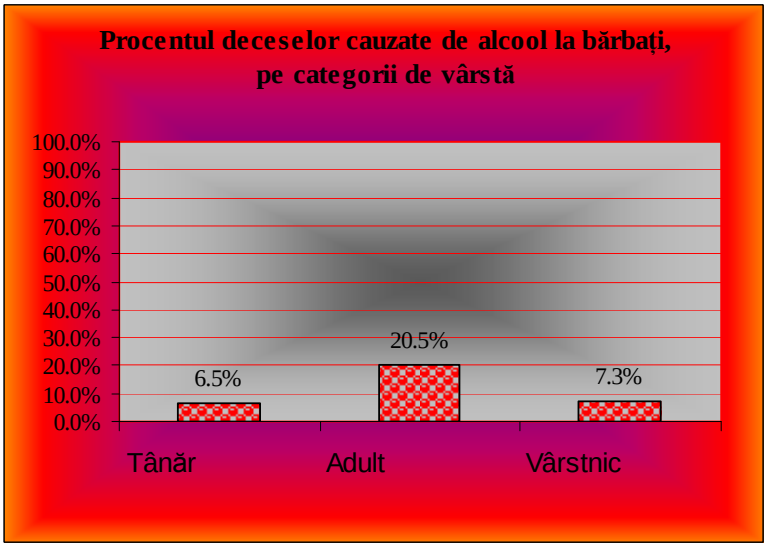


Figura nr. 9– Procentul deceselor cauzate de alcool la bărbați, pe categorii de vârstă

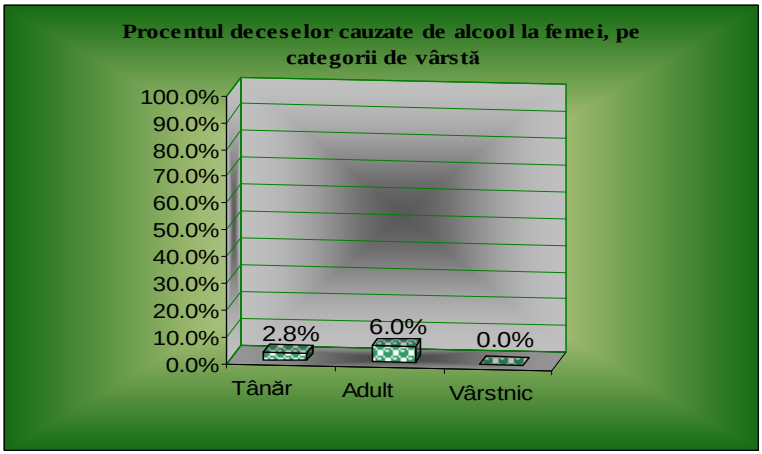


Figura nr. 10– Procentul deceselor cauzate de alcool la femei, pe categorii de vârstă

Tabel 15 Potențial de ani de viață pierduți

Grupa de varstă	Bărbați		Femei	
	PYLL	%	PYLL	%
0-19	9207	4,4%	2733	9%
20-44	78939	37,4%	13173	46%
45-64	99143	47,0%	12819	44%
65+	23584	11,2%	176	1%
Total	210873	100,0%	28902	100%

Potențial de ani de viață pierdute din cauza consumului de alcool în funcție de gen, 2002 (Sursa: HEM de calcul)

Potential de ani de viață pierduți

Consumul de alcool în 2002 a fost asuma responsabilitatea de aproape 240.000 ani de viață pierduți, din care 90% s-au pierdut la masculi. Cea mai mare parte a acestor ani potențial de viață s-au pierdut în vârstă adultă (84% la bărbați și 90% la femei)

Tabel 16. Accidente rutiere si victime cauzate de consumul de alcool

	2001	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Accidente rutiere, total	2580	2764	2900	2672	2447	2289	2298	2437
Cauzate de consumul de alcool	355	342	262	280	287	254	291	326
% din cazuri	13,8%	12,4%	9,0%	10,5%	11,7%	11,1%	12,7%	13,4%
Traumatizati	3147	3389	3505	3216	2887	2770	2807	2984
In accidente cauzate de consumul de alcool	484	438	340	366	363	305	354	424
Decedati	406	420	413	425	406	391	382	434
In accidente cauzate de consumul de alcool	55	55	53	60	51	36	52	79

Sursa: Ministerul Afacerilor Interne

Înregistrate consumul pe cap de locuitor de alcool aproape sa dublat în România în perioada 1961-2002. Un neînregistrate consumul pe cap de locuitor de 4 litri de alcool pur pe cap de locuitor este estimat suplimentar structura de consum s-a schimbat prin creşterea bere şi scăderea consumului de vin.

Referitoare la modelul de consum, România are o prevalență de abstinenții favorabil în comparație cu alte țări est-europene, dar o prevalență mare de bautori chef, atât la bărbați şi femei. O prevalență în creştere de consumul excesiv de alcool în rândul tinerilor este raportat de studii internaționale şi acest aspect ar trebui să fie abordat foarte atent pe termen lung, alcool vândut pe

piață este de bună calitate, dar întrebările în ceea ce priveşte pierderile de mortalitate în 2002, aproximativ 20000 moarte din cauza consumului de alcool, din care 12,500 au fost decese premature (înainte de vârsta de 65 de ani). 87% dintre aceste decese au avut loc la bărbați. Efectul cel mai negativ a avut loc în vârstă de 20-64 de persoane din care 20% din toate moarte la bărbați şi 6% din toate decesele la femei atribuite alcool. De fapt, unul din cinci decese la bărbați adulți a fost cauzată de consumul de alcool. (femei 7% vechi membri-bărbați 15%) şi 10 din UE (oameni noi membri 19 femei%, 7%; 19% bărbați, femei 7%).

În comparație cu UE 15-lea cifrele par a fi mai dăunătoare pentru România numai la bărbați. Cu toate acestea, în 2002, ratele de alcool pot fi atribuite moarte în România de aproximativ trei ori mai mare decât rata UE15 la bărbați (159 la 100.000 locuitori în România față de 55 în UE), ci şi, de asemenea, un an şi jumătate mai mare la femei (21 la 100.000 populației din România față de 14 în UE

Structura de decese legate de cauza de alcool a fost diferit între sexe fiind dominat de boli cardiovasculare, leziuni şi boli digestive la masculi şi de ciroya hepatica. Cancerul a reprezentat o proporție similară la ambele sexe. La bărbați adulți, de la alcool decese au fost cauzate de leziuni, digestive şi cardiovasculare.

Aceste constatări subliniază necesitatea de a adopta măsuri de sănătate publică puternică pentru controlul consecințele efectelor nocive ale alcoolului. În conformitate cu regulamentul şi recomandările UE, unele progrese au fost realizate mai ales la nivelul de prevenire primordial şi o mulțime de instituții naționale

se implice în acest domeniu. România implementează politicile UE şi recomandari în domeniile de conducere potabile (Concentrația de alcool din sânge de conducere este de 0 mg / ml), etichetarea produselor alcool, impozitarea, comerțului ilicit, restricție privind disponibilitatea şi vânzarea, în special a minorilor, publicitatea, de promovare şi de sponsorizare. Alcoolul este complet interzis la locurile de muncă.

Ministerul Agriculturii are responsabilități regulamentul şi standardele pentru producția de alcool şi de acordare a licențelor şi Ministerul Finanțelor Publice reglementează şi supraveghează politicii de impozitare. Agenția Națională Antidrugs are responsabilități în combaterea alcool şi tutun, împreună cu droguri ilicite, dar a fost recent reorganizat. De asemenea, măsuri de prevenție primară acestor programe educative sunt puse în aplicare. Boli atribuite alcool sunt acoperite de Casa Națională de Asigurări de sănătate şi, de asemenea, tratamentul de retragere.

După cum putem observa, multe politici ale controlului de alcool sunt dezvoltate şi puse în aplicare în diferite sectoare. Cu toate acestea, aceste măsuri sunt monitorizate separat şi impactul lor nu este foarte bine cunoscută şi înțeleasă. Unei strategii integrate, trans-sectoriale pe termen lung este necesară pentru a controla mai bine efectelor nocive ale alcoolului. Acest lucru necesită mobilizarea tuturor instituțiilor guvernamentale relevante, ci şi comunitățile locale, societatea civilă şi persoane fizice care trebuie să fie involueze.

CAPITOLUL IV

STUDIU PERSONAL PRIVIND CONSUMUL EXCESIV DE ALCOOL IN RANDUL POPULATIEI DIN JUDETULBRASOV

Studiul a fost realizat în luna ianuarie 2011, având ca scop reflectarea fenomenului consumului de alcool în rândul populației. Au fost chestionați 260 de adulți din judetul BRAŞOV. Chestionarul care se adresează populației din Judetul Brasov cuprind 11 întrebări specifice prin care se urmăreşte cunoaşterea vârstei la care au gustat pentru prima dată o băutură alcoolică, durata consumului, consumul în ultimele 30 de zile şi dacă în această perioadă au băut mai multe ore în şir.

În studiu am făcut investigații şi asupra felului băuturilor alcoolice consumate în mod obişnuit (vin, bere, băuturi tari) şi în mod mai explicit dacă au băut aşa de mult încât s-au îmbătat cu adevărat. În cele ce urmează sunt prezentate aspectele principale rezultate din urmărirea tendințelor consumului de alcool investigare a comportamentelor cu risc pentru sănătate

Tabel 17. Prevalența consumului de alcool, în funcție de grupa de vârsta

	15-24 ani	25-34 ani	45-54 ani	ani	55-64 ani	Total
Prevalența consumului de alcool de-a lungul vieții	81,8%	89,0%	91,1%	88,4%	85,7%	87,1%
Prevalenta consumului de alcool în ultimul an	69,1%	77,4%	75,0%	72,2%	62,0%	71,1%
Prevalența consumului de alcool în ultimile 30 zile	54,6%	66,7%	63,0%	58,7%	49,3%	59,0%

Astfel, nu mai puțin de 81,8% dintre respondenții cu vârsta cuprinsă între 15 şi 24 de ani au consumat băuturi alcoolice cel puțin o dată în viață.

Există o relație statistică intens semnificativă între consumul recent de alcool şi sexul respondentului, probabilitatea ca bărbații să consume alcool fiind de 3,4 ori mai mare în raport cu acelaşi parametru analizat în cazul femeilor.

Tabel 18. Prevalența consumului de alcool, în funcție de sexul respondentului

	Masculin	Feminin	Total
Prevalența consumului de alcool de-a lungul vieții	93,4%	80,8%	87,1%
Prevalența consumlui de alcool în ultimul an	83,7%	59,9%	71,7%
Prevalența consumului de alcool în ultimile 30 zile	73,9%	44,3%	59,0%

Prevalența consumului de alcool de-a lungul vieții înregistrează valori similare în zona rurală şi zona urbană, cu un procent mai ridicat al prevalenței consumului de alcool în ultimul an pentru populația din zona urbană mare (68,8% în mediul rural, 74,1% în mediul urban mic şi 73,8% în mediul urban mare).

Tabel 19. Prevalența consumului de alcool, în funcție de mediul de rezidență

	Rural Urban mic	Urban mare	Total

Prevalența consumului de alcool de-a lungul vieții	86,2% 87,8%	87,8%	87,1%
Prevalența consumului de alcool în ultimul an	68,8% 74,1%	73,8%	71,7%
Prevalența consumului de alcool în ultimile 30 zile	58,9% 57,3%	59,9%	59,0%

Probabilitatea de a fi consumat vreodată băuturi care conțin alcool crește o dată cu creșterea nivelului educațional al individului. Astfel, cu cât o persoană este mai instruită, cu atât este mai probabil ca aceasta să se afle în grupul persoanelor care au consumat vreodată băuturi alcoolice, procentul variind gradual: persoanele cu studii primare - 75,6%, subiecții cu studii secundare incomplete – 82,0%, intervievații cu studii secundare - 87,6%, respondenții cu studii superioare -92,9%.

Tabel 20. Prevalența consumului de alcool în funcție de nivelul educațional

	Studii primare	Studii secundare incomplete	Studii Secundare	Studii superioare	Total
Prevalența consumului de alcool de-a lungul vieții	75,6%	82,0%	87,6%	92,2%	87,1%
Prevalența consumului de alcool în ultimul an	50,2%	63,6%	72,2%	82,4%	71,7%
Prevalența consumului de alcool în ultimile 30 zile	42,0%	47,8%	60,9%	70,2%	59,0%

Acelaşi lucru se poate constata şi prin analiza consumului de alcool funcţie de nivelului socio-economic al respondenţilor. Procentul celor care au declarat că au consumat produse alcoolice creşte de la 87,2 % - intervievaţii cu nivel socioeconomic mediu la 94,8% - subiecţii cu un nivel socio-economic ridicat.

Tabel 21. Prevalenţa consumului de alcool în funcţie de nivelul socio-economic

	Venit mic	Venit mediu	Venit ridicat	Total
Prevalenţa consumului de alcool de-a lungul vieţii	87,0%	87,2%	94,8%	87,1%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimul an	70,4%	74,3%	83,7%	71,7%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimile 30 zile	57,4%	61,4%	76,6%	59,0%

Aplicarea testelor de semnificaţie statistică pentru măsurarea asocierii dintre prevalenţa consumului de alcool şi reprezentarea personală asupra venitului indică o relaţie statistic semnificativă numai în cazul prevalenţei consumului actual de alcool. O posibilă explicaţie ar fi legată de efectul măsurilor de menţinere a unui preţ ridicat pentru produsele alcoolice comercializate (creşterea accizelor în perioada menţionată).

Diferenţele nesemnificative dintre prevalenţele consumului de alcool între persoanele care declară venituri mici şi cele care declară venituri medii ar putea fi explicate pe de o parte de percepţia diferită a venitului personal (subiecţilor le este dificil să aprecieze măsura in care venitul personal le satisface nevoile de bază şi care sunt aceste nevoi minimale) iar, pe de altă parte, de preţul

diferitelor categorii de băuturi alcoolice, în funcție de calitatea acestora.

Prin urmare, putem aprecia că persoanele care nu au resurse financiare suficiente pentru a-şi asigura un trai decent, reuşesc totuşi să-şi procure băuturi alcoolice, dar de calitate slabă şi cu consecințe asupra stării de sănătate. Apare astfel necesitatea aplicării unor măsuri de întărire a controlului standardelor de calitate a băuturilor alcoolice comercializate. Acestea, alături de programele comunitare de conştientizare pot contribui la asigurarea protecției sănătății consumatorului.

Toți respondenții care au declarat că au consumat alcool în ultimele 30 de zile, au fost întrebați de câte ori au băut în aceeași perioadă mai mult de 6 băuturi alcoolice consecutiv (o băutură alcoolică fiind echivalentul unui pahar de vin sau unei cutii de bere). Datele sunt prezentate în tabelul de mai jos

Tabel 22. Frecvența consumului a mai mult de 6 băuturi alcoolice consecutiv în ultimele 30 de zile, în funcție de grupa de vârstă.

Grupa de vârstă	**15-34 ani**	**35- 64 ani**
De mai multe ori pe zi	**0,6%**	**0,8%**
Zilnic sau aproape zinic	**0,6%**	**1,5%**
De 2/3 ori pe zi	**2,5%**	**2,8%**

În fiecare săptămână	**2,7%**	**3,9%**
De 2/3 ori pe lună	**5,7%**	**3,9%**
O dată pe lună	**9,0%**	**12,5%**
Niciodată	**81,7%**	**71,5%**

Frecvența acestui model de consum este mare: dintre consumatorii de alcool actuali, aproximativ 1 din 3 au menționat că au consumat şase sau mai multe băuturi alcoolice una după alta, în luna de referință.

Fiecare respondent care a consumat alcool în ultimele 12 luni şi în ultimele 30 de zile a mai fost întrebat dacă a vizionat, în perioada de referință, reclame TV la alcool. Astfel, dintre cei care au declarat că au urmărit în ultimele 12 luni reclame TV ce promovau produse din alcool, 74,1% erau consumatori recenți, comparativ cu 25,9% respondenți care au vizionat astfel de reclame, dar nu făceau parte din această categorie.

De asemenea, dintre cei care au declarat că au vizionat în ultimele 30 de zile reclame TV referitoare la băuturile alcoolice, 61,7% sunt consumatori actuali de alcool, iar 38,3% nu au băut în perioada menționată. După cum se observă, vizionarea de astfel de reclame TV constituie un important factor de risc asociat consumului.

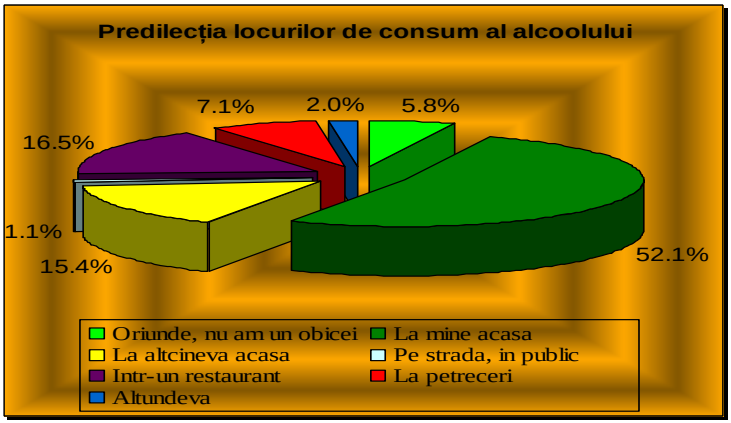
Respondenții care au consumat alcool în ultimele 12 luni au fost întrebați şi despre locul în care obişnuiesc să bea. Mai mult de jumătate dintre subiecți (52,1%) au declarat că, de obicei, consumă alcool acasă. În ordinea frecvenței, alte locații menționate sunt: restaurantul

(16,5%), locuința altei persoane (15,4%), discoteca (7,1%).

Unii respondenți au declarat că nu preferă o locație anume (5,8%). De asemenea, 1,1% dintre respondenți au menționat că beau alcool pe stradă/în spații publice (parcuri, etc), locuri în care consumul de băuturi alcoolice nu este permis.

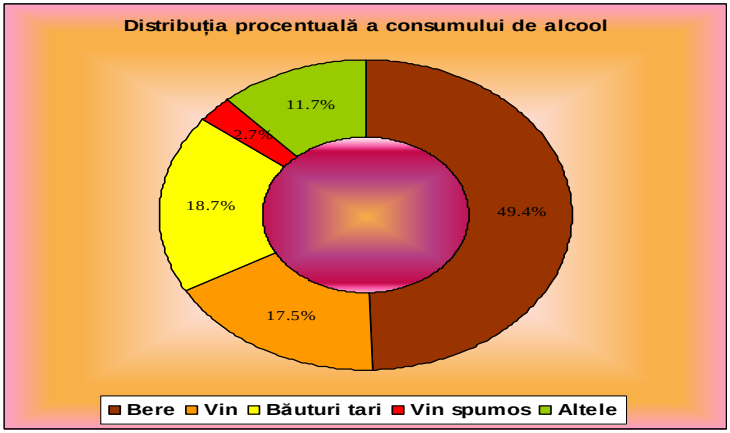
De aceea, este necesar ca programele de prevenire comunitară să se adreseze atât acestui ultim segment cât și persoanelor care consumă alcool la domiciliu, situație în care trebuie valorificat factorul de protecție reprezentat de familie.\

Figura nr. 11. Predilecția locurilor de consum al alcoolului



Dintre băuturile alcoolice, berea se află pe primul loc între preferințe,fiind menționată de un procent de 49,4% dintre consumatorii recenți.

Figura nr.12 – Distribuția procentuală a consumului de alcool



Un alt element important urmărit în studiu este motivația pentru care este consumat alcoolul. Consumatorii recenți de alcool au fost rugați să menționeze maximum trei motive care îi determină să bea. Cauzele invocate cel mai des au fost: "Ca să fiu mai vesel" (30,9%), respectiv "Ca să mă relaxez" (29,6%). O motivație de tip evitant („Să uit de probleme") este amintită de 22% dintre respondenți, în timp ce argumentația extrinsecă ("Pentru că se obişnuieşte în grup") este specificată de 16,1% dintre subiecți. Dorința de a-şi modifica dispoziția reprezintă motivația de consum pentru cea mai mare parte a consumatorilor, alcoolul fiind folosit ca mijloc de reducere a *stressului*. În ordinea frecvenței, urmează utilizarea alcoolului ca strategie de apărare, pe ultimul loc situându-se dorința de apartenență la un grup.

Tabel 23 Distribuția procentuală a motivelor invocate pentru consumul de alcool

Să-mi îmbunătățesc starea spirituală	**6,3%**
Să devin mai sociabil	**9,8%**
Să mă simt vesel	**30,9%**
Să am energie să mă distrez	**20,5%**
Să uit de probleme	**22%**
Să mă relaxez	**29,6%**
Să am energie să pot munci	**7,9%**
Pentru că în grupul meu prietenii obişnuiesc	**16,1%**
Din politețe	**1%**

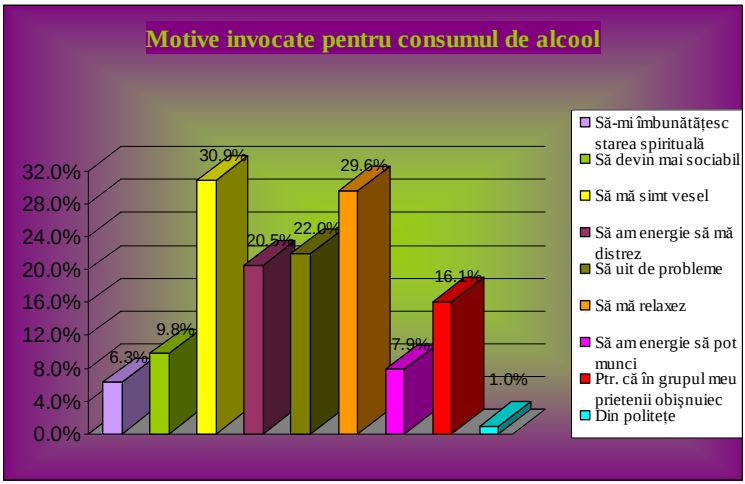


Figura nr.13 – Distribuția motivelor invocate pentru a consuma alcool

Referitor la percepția riscurilor generate de consumul de alcool, peste 75,9% dintre cei intervievati sunt de acord cu afirmația: “Un pahar de vin pe zi poate face bine la sănătate”, aceasta fiind şi *„doza socială”* acceptată. Un procent de 54,4% dintre intervievați sunt „total de acord” sau „de acord” cu afirmația: “Consumul moderat de alcool are efecte benefice asupra sănătății”, confirmând *mitul* conform căruia alcoolul are proprietățile unui medicament. În acelaşi timp,dintre cei chestionati evaluează corect (în proporție de peste 95%, indiferent de grupa de vârstă analizată) alte riscuri asociate consumului de alcool în exces, cum ar fi: accidente de circulație, alte tipuri de accidente, crime sau neînțelegeri în familie, probleme de sănătate, probleme în relația cu ceilalți sau probleme financiare.

Din analiză se observă că este informată asupra riscurilor asociate consumului de alcool atitudinea nu reflectă aceste cunoștințe. Pentru a răspunde acestei provocări și pentru a demonta *miturile* legate de consumul de alcool campaniile de prevenire trebuie să se bazeze pe evidențe științifice.

Tabel 24. Riscuri asociate consumului de alcool

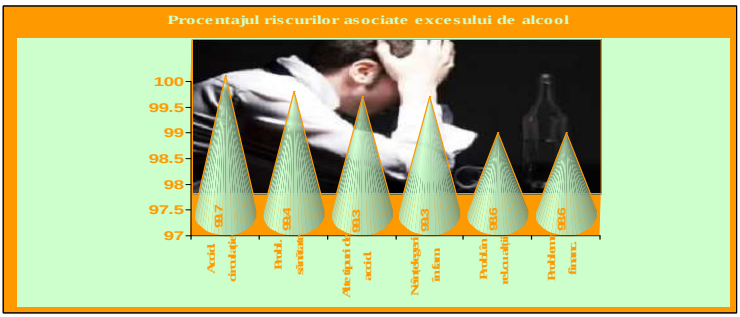


Figura nr. 14 – Procentajul riscurilor asociate excesului de alcool

Accident de circulație	**99,7%**
Alte tipuri de accidente	**99,3%**
Neînțelegeri în familie	**99,3%**
Probleme de sănătate	**99,4%**
Probleme în relație cu ceilelți	**98,6%**
Probleme financiare	**98,6%**

Atitudinea celor chestionati față de promovarea produselor din alcool a fost urmărită prin introducerea în chestionar a unei afirmații referitoare la interzicerea reclamelor TV pentru produsele alcoolice, 1 din 3 respondenți fiind de acord cu aceste reclame. Un procent de peste 90% dintre participanții la studiu susțin afirmația conform căreia "Dacă ai voință te poți lăsa de băut". Această atitudine pozitivă poate fi valorificată prin măsuri şi intervenții pro-active venite din partea profesioniştilor din domeniul bio-psiho-social.

Tabelul 25. Riscul perceput şi atitudinea față de consumul de alcool, în funcție de grupa de vârstă

	15-24 ani	***25-34 ani***	***35-44 ani***	***45-54 ani***	***55-64 ani***
Dacă o persoană consumă alcool moderat, nu are nici un risc ptr sănătate	55,3%	53,1%	49,3%	52,3%	51,9%
Ar trebui să se interzică reclamele ptr alcool la televizor	38,5%	34,2%	40,2%	37,9%	48,7%

Un pahar de vin pe zi poate face bine sănătății	77,1%	75,4%	73,8%	78,7%	73,6%
Dacă are voință, orice persoană se poate lăsa de băut	91,4%	92,6%	93,6%	93,2%	91,7%
Consumul moderat de alcool are efecte benefice asupra sănătății	54,8%	52,9%	54,2%	55,7%	54,8%

Aşa cum se observă din tabelul peste 85% din cei chestionati a experimentat consumul de băuturi alcoolice şi peste 70% dintre respondenți au consumat recent astfel de băuturi, ceea ce confirmă faptul că alcoolul este un drog social larg acceptat. Dintre aceştia, 36,7% au experimentat starea de ebrietate .

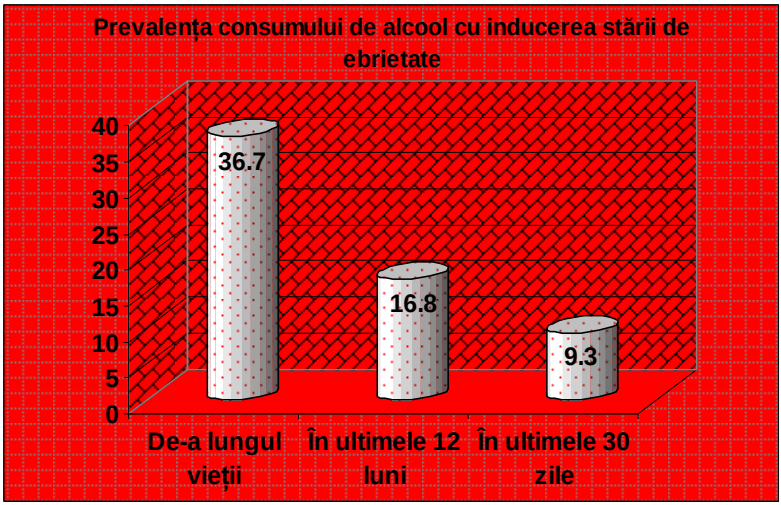


Figura nr.15 – Prevalența consumului de alcool cu inducerea stării de ebrietate

Studiind prevalența consumului de alcool de-a lungul vieții, în funcție de grupa de vârstă, se constată o diferență redusă (aproximativ 3%) între valorile acestui parametru pentru cele două intervale de vârstă alese: 85,5 % (15-34 ani) şi respectiv 88,6% (35-64 ani). Aceeaşi diferență se menține şi în cazul consumului recent şi actual de alcool, procentul mai ridicat aparținând de această dată grupei de vârstă 15-34 ani. Astfel, în ultimul an au consumat alcool 73,4% dintre intervievații cu vârstă cuprinsă între15-34 ani şi 70,2% dintre subiecții de 35-64 ani, prevalența consumului de alcool în ultimele 30 de zile fiind de 60,8% pentru consumatorii de alcool din prima grupă de vârstă aleasă şi de 57 % pentru cei cuprinşi în cea de a doua grupă

Tabel 26. Riscul perceput şi atitudinea față de consumul de alcool, în funcție de nivelul educațional

	Studii primare	Studii secundare incomplete	Studii Studii secundare superioare
Daca o persoană consumă alcool moderat nu are nici un risc pentru sănătate	62,5%	49,4%	53,8% 56,9%
Un pahar de vin pe zi poate face bine la sănătate	75,0%	75,9%	76,1% 73,3%
Consumul moderat de alcoolare efecte benefice asupra organismului	75,0%	55,0%	55,5% 48,9%

Prevalența consumului excesiv de alcool cu inducerea stării de ebrietate este mai mare în populația de sex masculin, 66,6% dintre bărbați declarând că au experimentat această stare; doar 18,3 % dintre femei au menționat că s-au aflat în stare de ebrietate ca urmare a consumului excesiv de alcool.

Riscul de a fi în stare de ebrietate este de 8,89 ori mai mare la bărbați decât la femei. Analizând prevalența stării de ebrietate ca urmare a consumului excesiv de alcool în funcție de variabilele demografice sex și grupa de vârstă se observă că, în rândul populației de sex masculin, pentru segmentul de vârstă 35-64 ani, se înregistrează procente superioare la toți cei trei indicatori de prevalență.

În cazul populației de sex feminin, situația se inversează, prevalența stării de ebrietate în ultimul an și în ultimele 30 de zile prezentând frecvențe aproape duble

în rândul femeilor tinere comparativ cu cele adulte. Mai mult, prevalența consumului excesiv de alcool cu inducerea stării de ebrietate de-a lungul vieții, pentru grupa de vârstă 15-34 ani, este cu aproape 10 procente mai mare, comparativ cu cea înregistrată pentru v\rsta de 35-64 ani.

	15-34 ani		35-64 ani	
	masculin	feminin	masculin	feminin
Prevalența stării de ebrietate de-a lungul vieții	61,6%	23,0%	71,7%	13,8%
Prevalența sări de ebrietate în ultimile 12 luni	37,5%	11,2%	44,7%	4,5%
Prevalența stării de ebrietate în ultimile 30 zile	22,3%	3,4%	24,1%	2,0%

Tabel 27. Prevalența consumului excesiv de alcool cu inducerea stării de ebrietate în funcție de grupa de vârstă şi sexul respondentului

Prin analiza frecvenței consumului consecutiv a mai mult de şase băuturi alcoolice, în ultimele 30 de zile, se observă că, pentru fiecare dintre cele două grupe de observă că, pentru fiecare dintre cele două grupe de vârstă alese, un procent de aproximativ 12% dintre respondenți se încadrează într-un model de consum de tip „BINGE DRINKING" (consum compulsiv).

Consumul compulsiv (definit aici ca şi „consumul consecutiv a 6 pahare de băuturi alcoolice"), indiferent de frecvența acestuia, este mai întâlnit la cei din grupa de vârstă 35-64 ani, dar alcoolul consumat compulsiv de 2-3 ori pe lună este predominant în rândul populației tinere (5,7 % față de 3,9%). Similar altor țări europene, consumul de tip „Binge drinking" în rândul tinerilor este

caracteristic sfârşitului de săptămână, fapt care atrage atenția asupra necesității oferirii de alternative pentru petrecerea a timpului liber şi derulării de programe orientate pe dezvoltarea abilităților sociale. Totuşi, tinerii sunt mai reținuți privind consumul compulsiv zilnic sau aproape zilnic (0,6 % față de 1,5%).

Prin încucişarea răspunsurilor la întrebările "Dacă ar fi să ne gândim la ultimele 30 de zile, cât de des ați consumat, una după alta mai mult de 6 băuturi alcoolice?", respectiv „Ai consultat doctorul pentru aceasta problema?" se obține o reprezentare a legăturii dintre consumul compulsiv de alcool şi apariția unor probleme de sănătate, care i-au determinat pe respondenți să apeleze la un medic.



Daca ar fi sa ne gândim la ultimile 30 zile, cât de des ați consumat una dupa alta, mai mult de 6 băuturi alcoolice?" Ai consultat doctorul pentru această problemă?

zilnic sau aproape zilnic	2-3 ori pe săptămână	În fiecare săptămână	2-3 ori pe lună	Odată pe lună	Niciodată
1,6%	9,7%	6,5%	3,2%	24,2%	54,8%

Tabel 28. Corelația între consumul abuziv de alcool şi consultarea medicului în legatură cu problemele generate de consumul de alcool

O categorie aparte în rândul celor care consumă alcool o reprezintă consumatorii la risc. Pentru a determina ponderea acestora s-a calculat riscul de consum cronic, utilizând formula: Astfel, dintre consumatorii de alcool un procent de 6,2% au riscul de a prezenta probleme medicale în situația menținerii consumului.

Probleme de sănătate sau efecte adverse care credeți că au fost legate de consumul de alcool. Recomandarea OMS pentru un consum în limite normale: pentru femei 168 gr alcool/saptămână, pentru barbati 280 gr alcool/saptămână. Concentratia pentru bere = 5 grade, Concentratia pentru vin = 12,5 grade, Concentratia pentru tarie = 22,5 grade. Iată densitatea alcoolului:

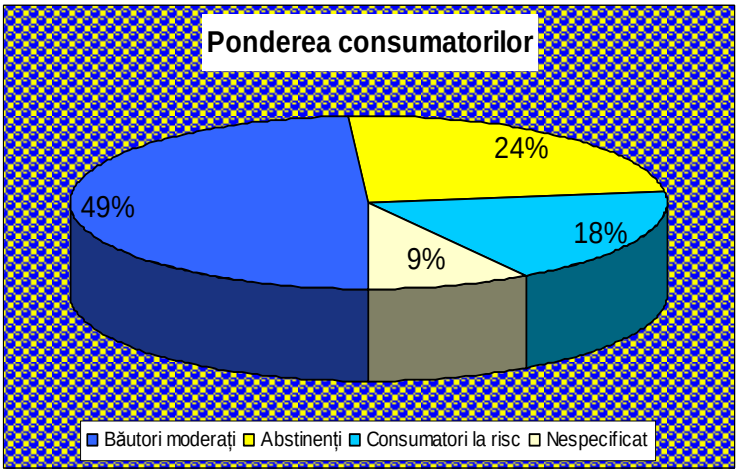


Figura nr. 16– Ponderea consumatorilor

Acest risc se referă la potențialul acestor persoane de a dezvolta tulburări cronice generate de consumul produselor alcoolice. Având în vedere implicațiile

costisitoare pentru sistemul de sănătate generate de tratarea complicațiilor pe termen lung induse de consumul cronic de alcool, devin necesare intervențiile specialiştilor de asistență medicală primară. Un rol deosebit de important revine medicilor de familie în depistarea timpurie şi îndrumarea cazurilor acute către rețeaua de asistență medicală secundară.

Creşterea cererii unor astfel de servicii în sistemul primar sanitar poate fi influențată prin desfăşurarea de campanii cu rol în conştientizarea populației asupra riscurilor asociate consumului de alcool.

	Alcoolici	**Nealcoolici**	**Total**
Mai puțin de un an	**21,5%**	**29,3%**	**26,5%**
1-5 ani	**12,3%**	**16,6%**	**15,1%**
Peste 5 ani	**31,7%**	**20,2%**	**24,2%**
Nu ştiu	**34,5%**	**34,0%**	**34,2%**

Tabel 27. Dupa cât timp alcoolul devine periculos pentru sanatate

26,5% din totalul respondentilor considera ca alcoolul devine periculos pentru sanatate într-un interval de timp de pâna la un an, parere împartasita de 21,5% dintre alcoolici si 29,3% dintre nealcoolici. Alcoolul începe sa dauneze sanatatii într-un interval de timp cuprins între unul si cinci ani considera 12,3% dintre alcoolici si 16,6% dintre nealcoolici (15,1% din total).

31,7% dintre persoanele care consuma bauturi alcoolice si 20,2% dintre persoanele care nu consuma bauturi alcoolice sustin ca alcoolul devine periculos pentru un consummator de alcool dupa mai mult de cinci ani de la debutul consumului. Se poate afirma astfel ca un consummator de bauturi alcoolice încearca sa-si creeze un confort psihic prin luarea în considerare a pericolelor doar odata cu trecerea anilor.

În concluzie, efectele negative asupra sănătății sunt recunoscute de cea mai mare parte a persoanelor intervievate (peste 90% dintre acestea) şi nu au existat diferente semnificative între consumatori şi neconsumatori, dar modul cum apelează la aceste cunoştinţe pe lungul drum de la încercarea unei mici cantităţi de alcool până la permanentizarea acestui obicei demonstrează eforturile substanţiale necesare conştientizării acestor noţiuni teoretice.

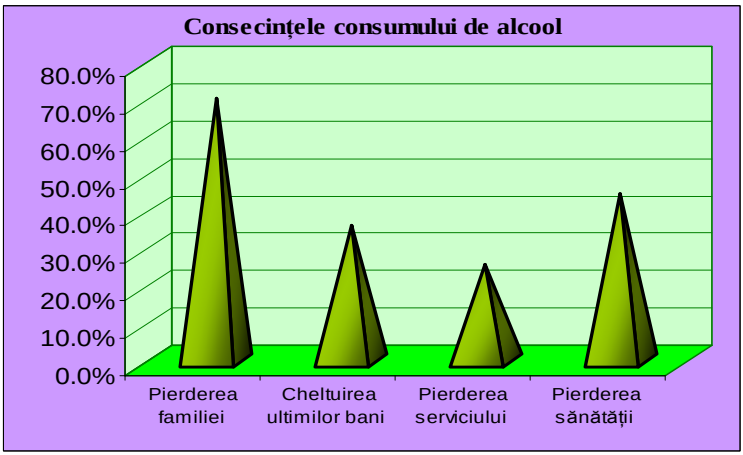


Figura nr. 17. Consecinţe ale consumului de alcool

Două elemente se desprind din această scală a consecințelor consumului de alcool: prima este cea care deranjează familia –consumul excesiv de alcool, dar al doilea este foarte importantă individual pierderea sănătății, boli invalidante şi mari consumatoare de servicii medicale.

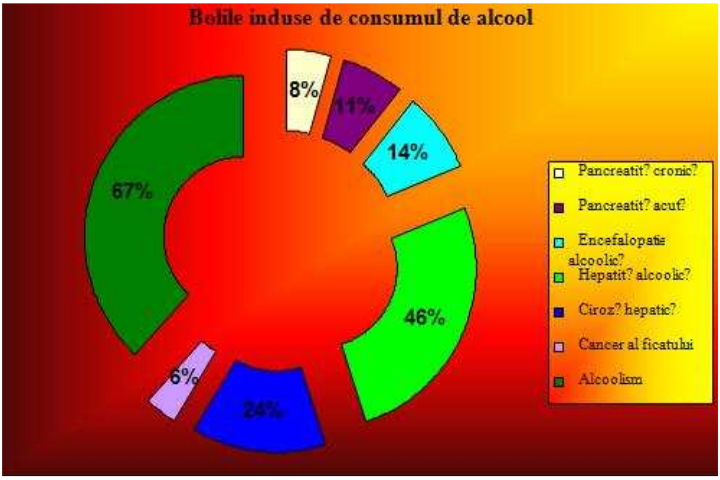


Figura nr. 18. Bolile induse de consumul de alcool

Referitor la motivele renunțării la consumul de alcol au fost obținute, în ordinea frecvenței, următoarele răspunsuri:

Tabel 28. Motivele renunțării la consumul de alcool

Alcoolul dăunează grav sănătății	**78,4%**
Alcoolul mă costă prea mult	**25,9%**

Partenerului nu-i place	**21,4%**
M-am îmbolnavit	**18,9%**
Doctorul mi-a interzis	**18,4%**
Îmi este frică de hepatita alcoolică	**15,6%**
Prietenii s-au lăsat	**3%**
Sunt însărcinată	**1,4%**

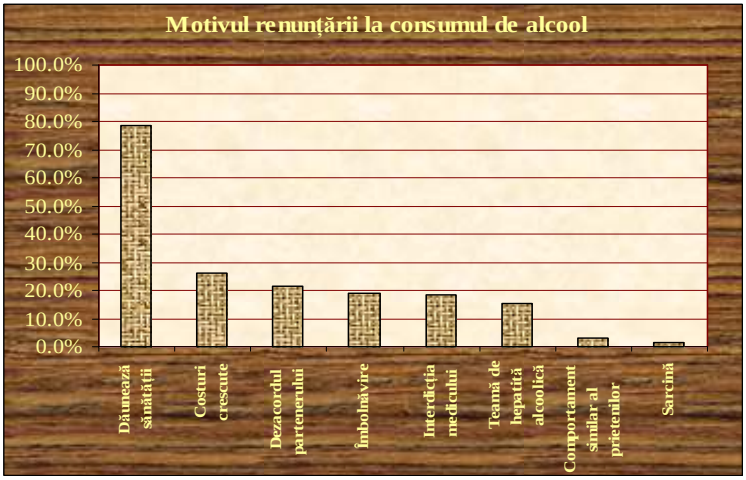


Figura nr. 19. Motivul renunțării la consumul de alcool

ANEXA

Figura 1. Cantitatea de alcool admisă



Tabelul 1. Conținutul de alcool al diferitelor băuturi

Sortiment	Conț. de alcool	Volumul (Litri)	Alcool pur (Grame)
Bere	5%	0,5 l	20-25 g
Vin	10%	0,125 l	10-13 g
Lichior	30%	0,05 l	15 g
Rachiu alb	25%	0,05 l	12,5 g
Vodca, rom	33%	0,05 l	17 g

Palinca de prune	45%	0,05 l	22,5 g

Tabelul 2. Prevenţia consumului de alcool în funcţie de vârstă, Sex şi mediu

	15-24 ani	25-34 ani	45-54 ani	ani	55-64 ani	Total
Prevalenţa consumului de alcool de-a lungul vieţii	81,8%	89,0%	91,1%	88,4%	85,7%	87,1%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimul an	69,1%	77,4%	75,0%	72,2%	62,0%	71,1%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimile 30 zile	54,6%	66,7%	63,0%	58,7%	49,3%	59,0%

	Masculin	Feminin	Total
Prevalenţa consumului de alcool de-a lungul vieţii	93,4%	80,8%	87,1%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimul an	83,7%	59,9%	71,7%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimile 30 zile	73,9%	44,3%	59,0%

	Rural	Urban mic	Urban mare	Total
Prevalenţa consumului de alcool de-a lungul vieţii	86,2%	87,8%	87,8%	87,1%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimul an	68,8%	74,1%	73,8%	71,7%
Prevalenţa consumului de alcool în ultimile 30 zile	58,9%	57,3%	59,9%	59,0%

Figura 2. Motivul consumului de alcool



Tabel 3. Distribuția procentuală a motivelor invocate pentru consumul de alcool

Să-mi îmbunătățesc starea spirituală	**6,3%**
Să devin mai sociabil	**9,8%**
Să mă simt vesel	**30,9%**
Să am energie să mă distrez	**20,5%**
Să uit de probleme	**22%**
Să mă relaxez	**29,6%**

Să am energie să pot munci	**7,9%**
Pentru că în grupul meu prietenii obişnuiesc	**16,1%**
Din politețe	**1%**

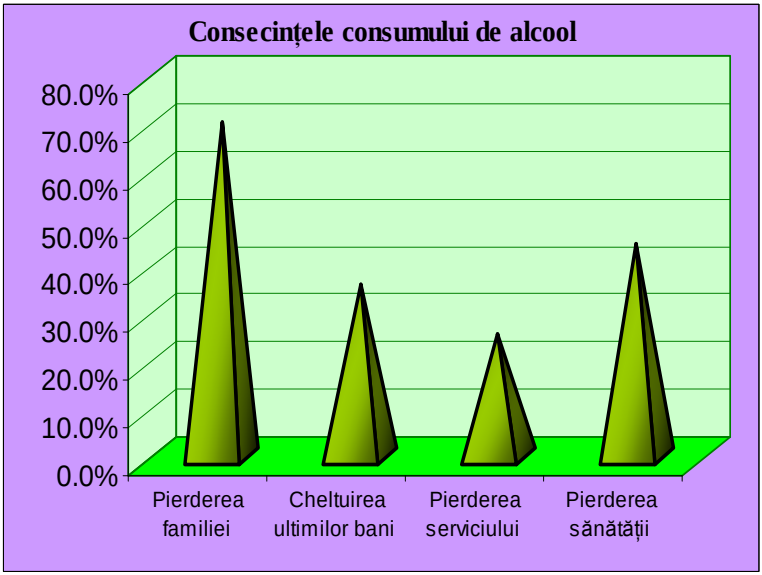
Tabelul 4. Frecvența consumului a mai mult de 6 băuturi alcoolice consecutive în ultimele 30 de zile, în funcție de grupa de vârstă

Grupa de vârstă	15-34 ani	35- 64 ani
De mai multe ori pe zi	0,6%	0,8%
Zilnic sau aproape zinic	0,6%	1,5%
De 2/3 ori pe zi	2,5%	2,8%
În fiecare săptămână	2,7%	3,9%
De 2/3 ori pe lună	5,7%	3,9%
O dată pe lună	9,0%	12,5%

Tabelul 5. Motivele renunțării la alcool

Alcoolul dăunează grav sănătății	78,4%
Alcoolul mă costă prea mult	25,9%
Partenerului nu-i place	21,4%
M-am îmbolnavit	18,9%
Doctorul mi-a interzis	18,4%
Îmi este frică de hepatita alcoolică	15,6%
Prietenii s-au lăsat	3%
Sunt însărcinată	1,4%

Figura 3 – Consecințe ale consumului de alcool



Tabelul 6. Chestionar evaluare pentru consumul de alcool

NR.INTREBARE	**INTEBARI ADRESATE POPULATIEI DIN BRASOV**
1	**VARSTA DE DEBUT (CAND A BAUT PRIMA DATA)**
2	**DURATA CONSUMULUI IN ULTIMILE 30 ZILE**
3	**CANTITATEA DE ALCOOL CONSUMATA ZILNIC**
4	**TIPURI DE BAUTURI ALCOOLICE CONSUMATE**
5	**LOCUL DE CONSUM AL BAUTURILOR ALCOOLICE**

6	**DACA FAMILIA CONSUMAT BAUTURI ALCOOLICE**
7	**COLEGII, PRIETENII SUNT CONSUMATORI DE BAUTURI ALCOOLICE?**
8	**DACA S-A IMBATAT VREODATA?**
9	**DE CE BOLI SUFERITI INDUSE DE CONSUMUL DE ALCOOL?**
10	**CAUZELE CONSUMULUI DE BAUTURI ALCOOLICE**
11	**PE FONDUL CONSUMULUI DE ALCOOL S-A AJUNS LA ANUMITE SITUATII (AGRESIVITATE VERBALA, COMPORTAMENTALA, FIZICA, ETC) ?**

CONCLUZII

Nu există un model comportamental care să fie considerat tipic pentru un alcoolic. Manifestările acestora fiind diferite de la persoană la persoană, la fel şi consecinţele.Unii alcoolici beau zilnic, alţii după anumite intervale, unii beau cantităţi impresionante de alcool, alţii foarte puţin.Unii alcoolici beau numai bere alţii numai vin sau tărie. În timp ce alcoolismul apare la unii în anii tinereţii, el se dezvoltă la alţii pe parcursul mai multor ani. De aceea putem spune pe bună dreptate că avem de-a face cu mai multe tipuri de alcoolism.

Dacă ar fi să realizăm un portret al unei persoane alcool umane am putea spune că: ar fi mai curând bărbat decât femeie; ar avea între 30 şi 50 de ani dacă ar fi bărbat şi între 20 şi 60 de ani dacă ar fi femeie; ar aparţine unei societăţi în care tradiţiile culturale nu sancţionează sever consumul de alcool, iar sărbătorile tradiţionale sunt înalt asociate cu consumul de alcool ar proveni dintr-o familie în care există un consum mare de alcool; nu are o familie sau aceasta funcţionează deficitar; ar funcţiona într-un grup social în care se exercită presiunea la consumul de alcool; ar lucra într-un domeniu în care ar avea accesibilitate faţă de alcool; nivel de toleranţă scăzut la frustrare; modalitate de acţiune mai ales impulsivă; disponibilitate scăzută în amânarea gratificării; niveluri de aspiraţii şi trebuinţe inadecvate posibilităţilor; tendinţă la funcţionare interpretativă; elemente depresive; nivel de autoconsideraţie îndepărtat de realitate; spirit critic redus sau absent; patologie somatică precoce, adesea cu afecţiuni somatice multiple (afecţiuni hepatice,

gastrointestinale, neuroleptice). (Constantinescu şi colaboratorii, 2001).

Deşi alcoolicul îşi dă seama, în unele momente de luciditate, că este victima unei obişnuințe rele, în urma căreia este agresionat, el angajează bătălia în cealaltă parte a terenului, în aceea unde încearcă să-şi motiveze consumul.Indiferent de legitimitatea acestor motivații, el bea pentru a compensa – iluzoriu – unele complexe, frustrații pe fondul unei carențe ale propriei sale personalități.La o analiză ştiințifică, nici unul dintre pretextele cu care caută să justifice consumul nu rezistă (Stavros,1988).

Motivațiile pot fi grupate după cum urmează:

motivații festine cu ocazia sărbătorilor sau a unor evenimente familiale cum ar fi nunțile, botezurile, zilele onomastice; **motivații teologice** în cazul unor ceremonii de comemorare; **motivații psihologice** în cazul unor eşecuri, ca urmare a unor depresii sentimentale; **motivații filosofice** pentru inspirație în creația artistică de orice gen; **motivații sociale** ca urmare a divorțurilor, conflictelor familiale, a pierderii locului de muncă (Stavros, 1988).

Există probleme de naturapsiho-somatică, socială şi ideologică, adică trebuie să existe anumite trăsături psihice şi fizice într-o anumită situatie dată de anturaj în corelație cu o anumită atitudine față de viață, ca toxicomania alcoolică să se poată produce.

Alcoolismul afectează aproape toate categoriile de vârstă: copii, tineri, adulți, vârstnici, el fiind mai frecvent la bărbați decât la femei, raportul fiind de 3/1 până la

10/1, iar numărul femeilor spitalizate fiind de 5 – 6 ori mai mic decât al bărbaților.Astfel, putem spune că alcoolismul este una dintre cele mai extinse suferințe, constituind a treia problemă de sănătate publică. (Constantinescu şi colaboratorii, 2001).

Datorită frecvenței şi gravității alcoolismului această afecțiune este în centrul atenției medicinei şi a cercetărilor științifice, atât în țara noastră cât şi pe plan mondial, alcoolismul constituind o problemă importantă atât din punctul de vedere al medicului cât şi al fiecărui individ al acestei societăți.

Făcând o comparație între consumul declarativ a persoanelor incluse în studiu şi mediul lor de proveniență se observă un consum cantitativ zilnic mai mic predominant la persoanele din mediul urban față de persoanele din mediul rural. Persoanele din mediul rural, trăind într-o comunitate restrânsă cu reguli cutumiare stricte, sunt tentate să ascundă un consum zilnic mare de etanol, pentru a nu fi blamați de societate.

Cu cât gradul de instruire creşte, recunoaşterea unui consum zilnic moderat de alcool creşte. Indiferent de nivelul de studiu, regăsim un eşantion mult mai mic de persoane care recunosc un consum zilnic mare de etanol.

Atât persoanele care au avut antecedent de alcoolism în familie, cât şi cei care nu au avut, recunosc în mare majoritate un consum zilnic moderat de alcool.

Pentru a se încadra în conceptul de consum moderat, pacienții folosesc băuturi spirtoase cu un grad ridicat de alcoolizare, în vederea obținerii unui stări necesare, a unui prag cunoscut de
alcoolemie.

Există o corelație între cantitatea recunoscută de consum zilnic şi gradul de alcoolizare al băuturilor preferate, în vederea obținerii necesarului de alcool. Tinerii şi adulții sunt grupele de vârstă cel mai puțin dispuse să recunoască cantitatea de alcool consumată, pe când persoanele mai în vârstă recunosc cu mai multă uşurință un consum excesiv de alcool.

Este evidentă corelația directă între consumul zilnic de alcool declarat şi severitatea manifestărilor neuro – psihice. Orientarea către profilaxie este posibilă numai printr-o schimbare în abordarea şi atitudinea medicului privind boala şi bolnavul, dar şi printr-o adresabilitate precoce către instituțiile abilitate a pacientului conştient de riscurile ulterioare.

PĂRERE PERSONALĂ

În condițiile actuale ale țării noastre consider că nu este recomandabilă o politică demografică explicită şi directă care să susțină creşterea rapidă a natalității, ci o politică mai degrabă socială

Consumul de alcool reprezintă, o consecință a modificărilor structurale pe care le-a suferit România în anii de după Revoluție. Ca metode şi tehnici de prevenire a consumului de droguri în special în rândul minorilor şi al tinerilor, propun: desfăşurarea unor programe de informare asupra consecințelor pe care le are consumul de alcool. Organizarea unor întâlniri comunitare, în care să se expună situația unor cazuri extreme, precum şi măsurile de prevenire care se realizează; implicarea mai activa a familiilor în viața tinerilor, atât în ceea ce priveste viața lor de acasa, cât şi în viața socială -

relativ la selecția prietenilor, anturajul, modul de petrecere a timpului liber etc.; creşterea numărului de activități sociale şi recreative la care sa participle tinerii, oferindu-le acestora pe lânga un timp liber petrecut într-un mod constructive; dentificarea unor metode eficiente de implicare activa a societatii civile, elaborarea de programe sociale adecvate; implicarea organelor abilitate si monitorizarea punctelor de risc - familii din medii defavorizate, climatele familiale conflictuale.

Chiar dacă consumul de alcool pare să reprezinte un aspect cotidian al oricărei societăți aflate în schimbare, creşterea alarmantă a acestui fenomen trebuie să atragă atenția şi să genereze o serie de activități sociale şi legislative care să gestioneze adecvat un astfel de fenomen.

BIBLIOGRAFIE

1. Prof. Univ. Dr. Liviu Vulcu – *Tratat de Sănătate Publicăm* Vol III, Editura Universității „Lucian Blaga", Sibiu, 2006
2. Conferentiar Universitar Dr. Carmen Domnariu - *‚Alcohol comsuption impact on Premature Mortalit in Romania*, Editura Universitații ,,Lucian Blaga'', Sibiu, 2009
3. Prof. Univ Dr. Liviu Vulcu, Dr. Adela Morar - *Tratat de sănătate publică'*, Vol I, Editura Universității ''Lucian Blaga'', Sibiu, 2006
4. Dr. Sorin M. Radulescu – *Sociologia sănătății şi a bolii*, Editura Nemira, Bucureşti, 2002
5. Gheorghe Eugeniu Bucur – *Educatia pentru sănătate în familie şi şcoală*, Editura „Fiat Lux", Bucureşti, 2006
6. Petru Armean – *Managementul calității serviciilor de sănătate*, Editura CNI Coresi, Bucureşti, 2007
7. Petru Armean – *Managementul sanitar. Notiuni fundamentale de sănătate publică*, Editura CNI Coresi, Bucuresti, 2007
8. M. Biddiss – *Bolile şi istoria*, Editura „All", Bucureşti, 2006
9. Ion Moleavin – *Metode epidemiologice în sănătatea publică*, Editura Universității „Transilvania". Braşov, 2006
10. Dr. Eugen Blaga – *PoliticiI sociale pentru sănătate*, Editura „Omega Ideal", Bucureşti, 2006
11. Alina Mungiu – Pippidi – *Politici publice. Teorie şi practică*, Editura „Polirom", Iaşi, 2002
12. Dr.Eugen Blaga – *Configurația socială a asigurărilor de sănătate*, Editura „Pinguin Book", Bucureşti, 2005

13. Cristian Vladescu – *Managementul serviciilor de sănătate,* Editura „Expert", Bucureşti, 2000
14. Aurel Teodor Moldovean – *Tratat de drept medical,* Editura „ALL Beck", Bucureşti, 2002

CUPRINS

REZUMATUL LUCRĂRII.....4
ÎN LOC DE PREFAȚĂ.....1O
PARTEA GENERALĂ.....13
INTRODUCERE.....13
CAPITOLUL I
POLITICI PUBLICE DE SĂNĂTATE PENTRU PREVENIREA, PROFILAXIA ŞI MONITORIZAREA CONSUMULUI DE ALCOOL.....15
1.1. Tipologia politicilor publice.....15
1.2. Promovarea politicilor publice.....19
1.3. Baza juridică a politicilor publice de sănătate.....23

CAPITOLUL II
IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE DE SĂNĂTATE ŞI IMPACTUL ACESTORA ASUPRA PROCESULUI DE PREVENIRE A CONSUMULUI DE ALCOOL.....30
2.1.Strategii utilizate în promovarea politicilor publice referitoare la prevenirea consumului de alcool.....30
2.2. Impactul aplicarii politicilor publice asupra populației.....33

CAPITOLUL III
PROBLEME DE SĂNĂTATE GENERATE DE ACȚIUNEA CONSUMULUI DE ALCOOL.....35
Consideratii generale.....35
Cauzele consumului de alcool.....52

3.3. Riscurile pentru sănătate.....63
Efectele alcoolului asupra organismului.....69
3.4. Măsuri de prevenire şi combatere a consumului excesiv de alcool.....75

PARTEA SPECIALĂ.....82
CAPITOLUL I
Prezentarea proiectului.....82
Motivația alegerii temei.....82
Beneficiarii proiectului de sănătate.....83
Etica medicală.....86

CAPITOLUL II
Date statistice privind situația la nivel European/UE...90
Prevalența consumului de alcool.....99
Clarificări.....106

CAPITOLUL III
Date statistice privind situația la nivel Național.....108

CAPITOLUL IV
Studiu personal.....131
ANEXE (GRAFICE, TABELE.....154
CONCLUZII.....161
PĂRERE PERSONALĂ.....164
BIBLIOGRAFIE.....166