

具体环境下的饮酒： 集体责任

Gerry V. Stimsonⁱ

国际减害协会和英国伦敦帝国学院

导言

酒对饮酒者既能产生益处也能导致危害。与其他商品不同，酒具有双重性。这种双重性深刻影响了人们的饮酒动机以及他们饮酒后的可能结果。饮酒模式决定了饮酒是产生益处还是危害：人们在哪里饮酒、饮用什么酒、怎么饮酒、何时饮酒、饮酒频率以及和谁一起饮酒都是重要的影响因素。同时，像许多其它行为一样，饮酒是可以学来的。人们饮酒时可以做出负责的选择。饮酒的危害是可以预防的。在保证社会认可的政府职责与个人责任适度平衡的前提下，人们在制定酒政策时，必须明确怎样鼓励一些行为和阻止另一些行为。针对这一过程，这份 ICAP 评论提供了一种新的方法。这一方法表达了对世界各地现存饮酒文化多样性的尊重，对不同社区、国家和地区的不同需求和资源情况作出了应有的回应。

这份评论概述了即将出版的《具体环境下的饮酒：模式、干预和伙伴关系》¹一书的三大主题。换言之，*饮酒模式*是描述一个社会的饮酒行为、预测饮酒的积极和消极结果的最佳方式；*针对性干预*是使饮酒益处最大化，饮酒危害最小化的关键；*多个利益攸关者的伙伴关系*为每个社会制订所需综合措施提供了最佳机会。从广义上说，在允许酒饮料销售的国家实施酒政策的目的是为了制订合适的、现

ⁱ 本评论只是作者个人观点，不一定代表国际酒精政策中心、中心赞助者、或国际减害协会的观点。

实的和可持续的措施,进而有助于减少与酒相关的危害、促进更安全的饮酒行为、增强个体和社会在酒消费中的积极作用。

饮酒模式

了解饮酒模式：人口、行为和背景

饮酒和饮酒结果之间的关系很复杂。一般认为,一定人口中的饮酒程度是由某个国家人均消耗的酒精量(或人均酒消耗量)决定的,通常可以从销售量、生产量和税收统计数据中获得。这是酒领域开展流行病学研究的基础,可以追溯到20世纪50年代Ledermann开展的工作²,和最近由世界卫生组织(WHO)开展的全球疾病负担项目³,该项目尝试对全球因饮酒所致的死亡和疾病状态进行量化。

人均饮酒量的测量不仅便于收集相关数据,而且能判断出一定人口中大致的饮酒情况。然而,这些度量方法并没有考虑人们多样的饮酒方式。为了更好地认识个体和群体的饮酒、了解伴随饮酒产生的相应危害和益处以及把危害最小化的可能干预措施,很有必要理解饮酒模式。饮酒模式包括许多层面:每个场合消费的酒量、酒的种类、饮酒的持续时间和频率、个体饮酒者的特点、饮酒的环境、伴随饮酒的活动、饮酒的文化角色和关于饮酒的社会道德观。

饮酒模式一般描述了酒消费的三个重要方面:人群,个体或群体共有的特点或饮酒习惯;饮酒发生的背景;和伴随饮酒的行为。这三个方面,无论是单独存在还是相互结合,都会影响最终结果。例如,不同国家和文化中,哪些人饮酒、哪些人不饮酒、以及为什么饮酒或不饮酒均有很大差异。性别、年龄、饮酒轨道(即饮酒如何随着年龄的增长而变化)、社会经济因素和教育水平,以及与健康 and 基

因倾向相关的因素决定了饮酒人群及其饮酒方式和可能体验的后果。此外，一个人的饮酒背景，即某一社会的主流饮酒文化、对酒的接受程度和普遍的社会道德观、以及饮用哪种酒、在哪里饮酒，均可以通过饮酒行为(包括重度饮酒的规律，重度饮酒事件单独发生或蔓延的程度以及发生频度)和其它伴随饮酒的活动反映出来。

饮酒模式的多样性可以转化成与酒消费相关的广泛的健康和社会效应⁴。众所周知，某些不适当的饮酒模式会对身体和社会导致一系列的危害，不但影响饮酒者本人还会波及到社区ⁱⁱ。这些危害可能是对身体健康产生的慢性后果(如肝脏、心脏和其它器官会受到毒害)⁵和其它急性后果(如车祸、伤害和酒精中毒)⁶。

另一方面，一个既定的事实是，适度或少量饮酒可能会对某些疾病如心血管病、缺血性中风和糖尿病起到预防作用⁷。另一点为人所知却很少被提及的饮酒益处是饮酒对个人和社会安康做出了积极贡献。从这一点看，饮酒有三大益处：*精神受益*(例如主观健康、情绪提升、压力减少和心理健康)；*社会受益*(如社交气氛和谐和社会凝聚力强)；*认知和绩效受益*(如保持长效的认知功能、创造力和收入)⁸。至今，还没有一个方法从定量角度对这些重要产出的价值进行评估。人们在权衡酒相关的利弊时，没能考虑它对健康和社会安康的广泛的、积极的贡献。这一方面反映了当前的可获得性分析令人非常困惑，另一方面也妨碍了人们做出均衡决策。

ⁱⁱ 提请注意把饮酒模式与其可能产生的结果联系起来这一点：这种关联并非意味着一种偶然联系。如果有这些关联，也要考虑其它复杂的可能改变个人饮酒效果的影响因素——例如，年龄和总的健康状况或其它生活方式因素，如吸烟、压力、锻炼或减肥。

从模式到政策

饮酒行为多种多样，不仅不同的国家饮酒行为不同、同一国家的不同地区之间、不同社会群体之间、以及不同时期的饮酒行为也不相同。因而，影响这些行为的措施也有差异。社会、文化、政治、宗教和经济因素既影响人们对减少酒相关危害的政策及干预措施的选取，也影响着用以实施这些政策、措施的资源。同样，各国对公共卫生和社会问题的观点也不尽相同。有些国家为了分析和解决这些健康问题，不惜投入巨资用以研制公共卫生框架，而另一些国家很少或根本就没有这种研究的投入。因此，制定新的干预措施时，必须考虑现有资源和文化氛围。当然，如果不在一定程度上了解饮酒行为，这些干预措施也是无法真正实施的。在选择适合特定人群、背景、或行为的干预措施时，需要获得总人口消费量方面的数据、需要对饮酒行为进行预测、需要明确饮酒的个体和社会功能以及亟待解决的具体问题。

把证据和行为联系起来可能会遇到很多障碍。地方和国家水平的项目设计者(尤其是在发展中国家)常常发现他们身处“数据荒漠”之中，缺少做决策的必要信息。对“以证据为基础的决策”和“以证据为基础的实践”的日益增加的兴趣，不仅反映了信息提供者和决策者之间的差距，也产生了针对如何获得更好的证据⁹以及如何更好利用证据的多项建议¹⁰。显然，改进常规的国家数据系统和调查以收集酒消费和相关问题的信息是很重要的。不过，也要充分考虑财务状况。比如，资源匮乏的国家可能会在发展利于国际和国内监控的系统或收集当地与政策制定和干预设计直接相关的信息之间面临两难的选择。

重要的是，数据的缺乏并没有减少对政策措施制定的需求。对那些能评估健康和

社会问题、特别是能设计干预措施的快捷方法，国际机构的兴趣日益浓厚。人们已经开发了一系列快速评估方法，作为健康和社会问题的实用评估工具。尽管快速评估方法在酒领域中的应用尚不多，但这一方法为那些需要政策制定者、健康和社会设计者、以及实践者快速收集信息的地区带来了希望。这些地区可能因为资源和能力有限而难以收集信息。此外，常见的流行病学、社会科学和公共卫生评估方法（例如人口调查）可能在这些地区难以实施¹¹。这一过程既涉及了一系列利益攸关者，也采用了多种原始资料和研究方法，往往两者兼而有之。表 1 给出了一个样例，该样例描述了在进行一项酒评估中所需考虑的因素。这是制定合适的、可接受的干预措施的第一步。重要的是，选择干预措施时要考虑其实施的可行性，包括要克服的困难和落实干预措施的步骤和资源。

表 1 一项酒评估的组成要素

- 了解具体文化的、经济的、社会和政治的背景，理解酒在这种背景下的角色
- 收集主流饮酒模式、饮酒行为发展趋势和社会饮酒规范的相关信息
- 识别社会、社区和个体饮酒的益处
- 找出与饮酒相关的健康和社会问题
- 找出饮酒相关问题发生的特殊高危群体
- 确定发生高风险饮酒的地点和环境
- 收集主导市场力量和未来经济发展趋势的信息
- 分析现有政策措施，分析需要进一步发展现有政策措施的地区
- 分析现有干预措施、其实施效果和局限性，在干预措施之间进行资源分

配

- 评估重要利益攸关人之间现有的合作水平
- 发现制定新干预措施和/或修改现有干预措施的机会
- 制定行动计划，以发展和实施新的或修正后的干预措施

其实,没有一个单一的快捷的解决饮酒问题的政策。针对人们如何饮酒的现实(饮酒模式)制定的方法,能抓住饮酒行为的许多层面以及全球存在的饮酒相关问题。由于具体需要和背景的差异,有些项目可能比其它项目的相关性更强或优先级更高。方法的制定要依赖当地的文化、酒在这种文化中的角色以及特定社会的需要。一项均衡的酒政策措施是不会孤立地看待酒这一问题的。相反,它认为酒是一种风险与利益兼备的商品。像许多其它商品,如汽车、药品或食品一样,酒既会带来正面效益,也会产生负面影响。一项可持续的酒政策必须认识到这一点,要努力把酒相关问题看作是人类活动、风险和责任这一更广阔全貌的一部分。

针对性干预措施

减少与饮酒相关的潜在风险的干预措施可以分为两类,两者不仅互不排斥,而且可以彼此结合,相互补充和完善。一类是基于人群水平的预防,包括跨领域措施。该方法特别强调饮酒量的全人群控制。另一类是有针对性的干预,即关注特定群体、行为、饮酒模式、或是潜在危害发生的场所。全人群预防和针对性干预的界限并非总是很清晰,因为一些人群水平的措施(例如,健康警句或信息标签)既可以针对全体饮酒人群,也可以针对亚人群(如孕妇、年青人或老人)。

许多酒政策都基于对人群水平消费的规定,这种规定是通过控制价格和酒的可获

得性来实现的(例如,对饮酒年龄的限制、对酒销售和消费时间和场所的规定)。这类措施的假设是:在某一人群中,人均酒消费水平与一些社会、医疗问题的发生率之间存在一种可以预测的固定关联。

在任何一项均衡的酒政策中,有关酒的可获得性的规定是必要的组成部分。然而,干预措施也必须是实用可行的。这些干预措施需要考虑人们的实际饮酒情况和消费者的需求。因此,所面临的挑战是创造更安全的饮酒环境,以及把危害最小化。

面对这样的挑战,单凭人群水平的措施是不够的:因为它们常常无法满足不同文化和背景下的需求;而且,它们与高风险个体和群体的需求缺少关联。所以,如果政府单靠提升价格、限制酒的可获得性来减少全人群的酒消费量,特定群体中的某些高风险饮酒模式或行为依旧被忽略。此外,如果国家层面的控制被视为影响饮酒的主要途径,其它机构和组织肩负的责任----制定和实施那些鼓励负责任消费的措施----就会被免除,最终,整个过程还是无效的。

针对性干预措施是一个关键的组成部分。这些干预措施可以针对特殊群体(如问题饮酒者、年青人和孕妇)、特定行为(如狂喝滥饮和酒后驾驶)或饮酒情景(如饮酒场所),也可作为国家层面措施的补充,或在没有国家层面措施和政策的情形下予以实施。针对性干预措施的目的在于通过改变饮酒相关的行为和规范,确保人们用最安全的方式饮酒,从而把饮酒相关风险最小化。

由于针对性干预措施聚焦于场所、情景和处于风险的个体,因而可以适应多种文化和环境的需求。因为针对性干预措施很灵活,所以通过评估具体的饮酒模式和实践就能制定出这些措施。有关研究和评估的文献为确定某些干预措施的有效性

提供了参考，尽管接受“现成的”解决方案依然会存在风险：在某些文化背景下有效的措施未必适合于其它文化背景。

在个体水平上，针对性干预措施通过识别高风险个体和实施各种办法(包括处理、教育、短期干预技术、治疗、行为改变或鼓励戒酒)来改变其饮酒行为。例如，针对问题饮酒者的短期干预是一种在个体水平上减少危害的有效方法¹²。短期干预技术可以根据具体目标人群的需要和兴趣来实施。例如，基于互联网的评估已经发展起来，这种方法吸引了年轻人，并在干预年轻人饮酒方面显露出较大的潜力¹³。对老年人来说，可以根据他们的需要修改短期干预措施，并将其与长期护理机构所提供的服务相结合。同样，对孕妇进行早期筛查并视其为产前护理的一部分，将有助于预防母亲和胎儿问题。短期干预措施也可以帮助那些无法被医疗护理机构覆盖的难以接近的人群(如处于社会边缘的个体或社会经济地位低的个体)。从这方面而言，紧急避难所、急诊室、药房和社会服务机构可以提供有价值的实施渠道。

在干预行为方面，可以设计一些项目，把饮酒与其它风险活动分开。如提供信息和构筑意识(比如针对减少酒后驾车的指定司机项目)或改变饮酒发生的场景。改变饮酒的物理场所，如改变灯光、设立隔间、重新安排座位，均能减少在酒吧和其它饮酒场所发生暴力冲突，降低潜在危害。一个有效的干预方法是培训服务和零售场所的工作人员，教会他们识别醉酒前的征兆、有效处理问题状况包括群体控制的技能。

一项成功的、现实可行和可持续的酒政策应是对人群水平的措施和针对性干预措施进行了权衡。要实现这种平衡，在不同的国家是有差异的。因为这是对主流态

度、社会和经济环境以及文化的一种反映。或许，协同合作预防措施的最佳案例就是为许多国家所证实的，减少酒后驾驶的危害这一事实。一系列措施办法，包括设立血液酒精浓度限定值、规订法定饮酒年龄以及积极执法等人群水平的措施，和在学校、社区中心、饮酒场所和其他公共场所开展提高意识的活动、提供安全方便交通等针对性干预措施，在减少酒后驾车的危害上发挥了重要的作用。如今，不仅酒后驾驶的伤亡率有明显降低，而且许多国家都普遍认为醉酒驾车是一种不合适的、无法接受的行为。这种文化的转变向司机灌输了一种理念：饮酒可能不是一种适宜行为。

这些干预措施之所以能成功，多半在于减少酒后驾车的危害获得了社会各阶层的一致认同。一般来说，在解决某个问题时，社会、社区和个体的协同努力比单一的努力更能赢得成功。

评估干预措施：适宜、可行和有效

然而，一项成功的措施应包括哪些要素是一个复杂的问题。有效性研究，包括上文探讨的当地情况评估，是预防的一个日益重要的组成成份，特别是在以证据为基础的预防设计越来越受到重视的时候。一项好的有效性研究不仅可以把奏效的干预措施同那些不奏效的干预措施分开，而且可以对这些措施进行适当改进。值得注意的是，大多数政策措施和预防项目都没有经过评估，而且许多项目的设计或实施方式使评估很难进行或变得毫无意义。

严格地、持续地执行措施并不总是可能的，尤其是在发展中国家。这些地区可能缺乏开展评估的资源和技术；由于地理位置偏远、高文盲率、或缺少方便的交流工具，可能很难接近一些人群。在有些文化中，因为担心评估看上去像是在批评

项目发起人或实施人，所以人们不愿意进行评估。当在预防和评估两者之间进行基本经济决策时，最终，资源总是分配给了预防。

此外，尽管定量方法在解读问题时无疑是简明易懂的，定性指标也很重要，只是人们很少考虑后者。例如，是否有可能对饮酒文化的变化进行量化？预防工作者和试图利用定性和定量方法评估各种预防措施的人员需要达成一致。

由于干预措施评估的复杂性，使得许多措施从未接受过正式评估。各种针对性干预措施的批评家经常强调缺乏正式评估这一点。不过，这一点引发了一个由于政治或其它原因常常被忽略的问题，即缺乏评估决不能证明某些措施无效，缺乏评估只说明一个项目或一种措施没有被评估，仅此而已。

显然，每项措施都有其优缺点，没有哪项措施是万能的。在评估一项干预措施或政策时，可能会用到一些除有效科学证据之外的其它标准。这些标准应包括*可行性*，即在现有资源和当前政治、经济和社会环境中可以真正实施；和*目标人群、利益攸关人、决策者和公众的接受性*。选择某些措施的重要标准可能是因为这些措施不需要程序上或结构上的变化或资源的集中分配。

近几年来，酒领域中关于哪些措施更有效的辩论已经走向两极分化，这其实是没有必要的。鼓吹人群水平措施的人贬低针对性干预措施的价值，针对性干预措施的支持者批评跨领域项目及其依赖法律法规和执行的局限性。然而，酒后驾车的案例说明，两种措施是可以在社会、社区和个体层面相互结合的，而事实也证明这种结合的确很理想。虽然许多项目还没有被评估，但这些项目的努力已经带来了变化。当然，需要更严格的评估和更多的资源来实现这一目标。对资源有限国

家可能实现的目标作更好的了解也是非常值得的。这需要了解各研究机构和组织如何开展合作。许多干预措施需要众多潜在合作伙伴的协作。很简单，干预措施不能与人群中的主要组织或团体相抵触。只有在积极的合作、支持和认可的前提下，许多干预措施才可以成功实施和取得效果。减少酒相关危害是“每个人的事”，包括消费者、制造商、零售商、教育者、研究者、非政府组织、执法者和政府。酒政策中的平衡不仅需要自上而下的在全人群中推行，也需要针对社区和社区中的个体，以促成他们的参与。

合作伙伴关系：酒政策—集体责任

由于饮酒相关针对性干预措施的广泛性，其实施也需要同等广泛的利益攸关人的共同参与。饮酒行为深深植根于众多社会的价值观、文化和经济状况之中，只有反映出这些不同背景的多样性和复杂性，才算是全面的回应。因此，许多政府部门，包括贸易、财经、农业、卫生和教育部门等需要参与进来，同时，代表公众社会更广泛关注的非政府组织也需要参与进来。同样，来自不同领域的科学家和学者，也要像专业协会一样，提出自己深刻的见解。私人企业，包括酒生产和销售商，在如何更好安排酒相关优先项目的社会决策过程中，也要做出重要的贡献。当然，消费者（和那些非饮酒者）在这种意见交换过程中拥有发言权。尽管各方在有些观点上彼此不一致，但都存在有效的一面。

制订现实可行的、可持续的酒政策并不需要所有关键参与者都统一意见。应该重点注意的是：在酒领域中没有一个部门能被真正称之为一个独立的只有一项酒政策的实体，各部门内部的意见也可能像部门之间的意见一样千差万别。对建立“多部门合作伙伴关系”的茫然呼吁并不可能显著增加交流协作的机会。愿意听取别

人的意见，允许所有受酒政策影响部门有意义的参与，才更有可能形成制约酒产品滥用的有效举措。像其它合作关系一样，酒政策合作关系可以本着信赖和互利（无论各方如何定义这种利益）的原则得以推进。这些合作关系必须是各方在最高透明度和道德标准下达成的约定，从而对所有参与方的评判标准是看其行为而非说辞。

在酒领域中，要消除以往各部门之间的不信任并非易事。但只要不对某一个利益攸关方抱以过多的期待或者要求，徒然的敌对关系就可能转化成建设性的合作伙伴关系，这样利益的划分就不会总是引发冲突。

结论

在许多国家，饮酒是个人和社会快乐的广泛源泉。然而，有些饮酒模式会导致严重的身体、心理和社会危害。尽管卫生部门在预防危害和提供治疗服务上起着重要作用，为酒找寻一个最恰当的社会位置却是集体的责任。它需要酒领域中所有关键参与者包括公立机构和私立机构的介入。众多针对饮酒问题的解决方案之间无需相互争执，相反，这些方案最终会推动社会、文化、经济和立法的综合变化，这种变化可以定义真正的政策演化。

新一代酒政策的制定过程不是本着存在合理差异的各方达成虚假的一致意见的原则，而是本着促进完全透明的政策制定这一原则，这样就不会忽视任何一个差异。没有人可以垄断酒政策。正是通过合作伙伴关系，社会才能把各利益攸关人的积极贡献汇聚起来，他们不必习惯于共同工作，但彼此可以相互学习。这种集体的、互补的工作可以大大推进公共卫生事业的发展。

参考文献

- ¹ Stimson, G. V., Grant, M., Choquet, M., Garrison, P., Alexander, B., Gulbinat, W., et al. (in print). *Drinking in context: Patterns, interventions, and partnerships*. New York: Routledge.
- ² Ledermann, S., & Tabah, F. (1951). Nouvelles données sur la mortalité d'origine alcoolique [New data on alcohol-related mortality]. *Population, G*, 41–56.
- ³ Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Eds.). (1996). *Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- ⁴ Ve a por ejemplo: Stranges, S., Notaro, J., Freudenheim, J. L., Calogero, R. M., Muti, P., Farinaro, E., et al. (2006). Alcohol drinking pattern and subjective health in a population based study. *Addiction, 101*, 1265–1276; Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., et al. (2004). Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol-related problems between three urban populations. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 238–242; Green, C. A., Perrin, N. A., & Polen, M. R. (2004). Gender differences in the relationships between multiple measures of alcohol consumption and physical and mental health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*, 754–764; Wells, S., & Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: Relationship to drinking patterns and social context. *Addiction, 98*, 33–42; San José, B., van Oers, J. A. M., van de Mheen, H., Garretsen, H. F., & Mackenbach, J. P. (2000). Drinking patterns and health outcomes: Occasional versus regular drinking. *Addiction, 95*, 865–872.
- ⁵ Ve a por ejemplo: Pöschl, G., & Seitz, H. K. (2004). Alcohol and cancer. *Alcohol and Alcoholism, 39*, 155–165; Murray, R. P., Connett, J. E., Tyas, S. L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C. K., et al. (2002). Alcohol volume, drinking pattern and cardiovascular morbidity and mortality: Is there a Ushaped function? *American Journal of Epidemiology, 155*, 242–248; Blanc, F., Joomaye, Z., Perney, P., Roques, V., & Chapoutot, C. (2001). Troubles somatiques [Somatic disorders]. *Alcoologie et Addictologie, 23*, 319–333; Diehl, A. M. (1998). Alcoholic liver disease. *Clinical Advances in Liver Disease, 2*, 103–118.
- ⁶ Ve a por ejemplo: Paljarvi, T., Makela, P., & Poikolainen, K. (2005). Pattern of drinking and fatal injury: A population-based follow-up study of Finnish men. *Addiction, 100*, 1851–1859; Cherpitel, C. J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., MacDonald, S., Stockwell, T., et al. (2003). Alcohol-related injury in the ER: A cross-national meta-analysis from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Journal of Studies on Alcohol, 64*, 641–649; Hingson, R., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A., & Wechsler, H. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students aged 18–24. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 136–144.
- ⁷ Ve a por ejemplo: Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S., & Warren, K. (2004). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical and*

Experimental Research, 28, 829–847; Nakanishi, N., Suzuki, K., & Tatara, K. (2003). Alcohol consumption and risk for development of impaired fasting glucose or type 2 diabetes in middle-aged Japanese men. *Diabetes Care*, 26, 48–54; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2003). *State of the science report on the effects of moderate drinking*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Social Services; Wannamethee, S. G., Camargo, C. A., Manson, J. E., Willett, W. C., & Rimm, E.

B. (2003). Alcohol drinking patterns and risk of type 2 diabetes mellitus among younger women. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1329–1336; Zakhari, S. (1997). Alcohol and the cardiovascular system: Molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol Health and Research World*, 21, 21–29.

8 Brodsky, A., & Peele, S. (1999). Psychosocial benefits of moderate alcohol consumption: Alcohol's role in a broader conception of health and wellbeing. In S. Peele & M. Grant (Eds.), *Alcohol and pleasure: A health perspective* (pp. 187–207). Philadelphia: Brunner/Mazel.

9 Ross, S., Lavis, J., Rodriguez, C., Woodside, J., & Denis, J. L. (2003). Partnership experiences: Involving decision-makers in the research process. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8, 26–34; Walter, I., Davies, H., & Nutley, S. (2003). Increasing research impact through partnerships: Evidence from outside healthcare. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(Suppl. 2), 58–61.

10 Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465–468.

11 Stimson, G. V., Donoghoe, M. C., Fitch, C., Rhodes, T., Ball, A., & Weiler, G. (2003). *Rapid assessment and response: Technical guide, TG-RAR*. Geneva, Switzerland: WHO Department of HIV/AIDS, Department of Child and Adolescent Health and Development; Manderson, L. (1996). Population and reproductive health programmes: Applying rapid anthropological assessment procedures. New York: United Nations Population Fund.

12 Veá por ejemplo: Barnett, N. P., O'Leary, T. T., Fromme, K., Borsari, B., Carey, K. B., Cornin, W. R., et al. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 966–975; Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*, 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: Four-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91, 1310–1315; Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, S. (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315–336.

¹³ Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M., & Rosenbloom, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine, 39*, 969–975; Miller, E. T. (2001). Preventing alcohol abuse and alcohol-related negative consequences among freshmen college students: Using emerging computer technology to deliver and evaluate the effectiveness of brief intervention efforts. *Dissertation Abstracts International, 61*, 4417–B.