

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЖЕВНИКОВ А.А., 2014
УДК 614.2:613.81 (571.15)

Кожевников А.А.

РОЛЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОЦЕНКЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

ГБОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей"
Минздрава России, 654007, Новокузнецк, Россия

Для корреспонденции: Кожевников Андрей Александрович (nvkz2004@rambler.ru)

Рассмотрена роль социологических методов исследования в определении отношения представителей коренного населения Республики Алтай к употреблению алкоголя. Получена индикаторная информация о наличии угроз здоровью и социальной безопасности исследованной части местного населения, которая характеризует медико-социальную ситуацию на конкретной территории как сложную и требующую целенаправленного поиска причин возникновения данной проблемы.

Ключевые слова: социологические методы исследования; тубалары; дозы алкоголя.

Для цитирования: Социология медицины. 2014; 13 (2): 43—5.

Kojevnikov A.A.

THE ROLE OF SOCIOLOGICAL SURVEYS IN EVALUATION THE DEGREE OF DEPENDENCE OF ALCOHOL BY REPRESENTATIVES OF INDIGENOUS POPULATION OF THE REPUBLIC OF ALTAI

The Novokuznetsk state institute of postgraduate training of physicians, 654007, Novokuznetsk, Russia

The article considers the role of sociological techniques of survey in establishing attitude of representatives of indigenous population of the Republic of Altai to alcohol consumption. The indicator information is received concerning occurrence of menace to health and social security of the examined part of indigenous population. These results characterize medical social situation in particular territory as complicated and needing target search of causes of origin of the given problem.

Key words: sociological technique; survey; tubalars; alcohol dosage.

For citation: Sociologia meditsini. 2014; 13 (2): 43—5.

Употребление алкогольных напитков является одним из существенных факторов, влияющих на состояние медико-социального благополучия населения. Общеизвестно, что пристрастие к спиртному не только приводит к социальной деградации личности, нанося большой вред здоровью, но и негативно воздействует на характер отношений, обусловленных такими социальными институтами, как семья, образование, работа. Несмотря на предпринимаемые усилия по противодействию данной пагубной привычки и проведению различных профилактических и лечебных мероприятий, до настоящего времени ожидаемого результата достичь не удалось. В России и в мире сохраняются проблемные очаги, которые отличаются по масштабности, причинам возникновения и тяжести последствий. Каждая четвертая смерть в нашей стране прямо или косвенно связана с алкоголем, около 30% смертности среди мужчин и 15% — среди женщин. Алкогольная смертность включает не только случайные отравления алкоголем, но и 2/3 случаев смерти от несчастных случаев и насилия, 1/4 — от сердечно-сосудистых заболеваний и т. д. [1]. Продолжительность жизни мужчин за последние десятилетия ни разу не достигала уровня 1964 г., когда она, единственный раз за всю историю России, превы-

сила 65 лет [2]. Экономические потери составляют не менее 1 трлн 700 млрд руб. в год. Они связаны с повышенной смертностью, потерей продолжительности здоровой жизни, утратой трудоспособности, снижением производительности труда, затратами на лечение связанных с алкоголем заболеваний, социальными выплатами государства инвалидам, сиротам, ущербом от пожаров, дорожно-транспортными происшествиями (ДТП), расходами на содержание заключенных, борьбу с преступностью и беспорядочностью [3].

Материалы и методы

В 2011 г. для установления роли социологических методов исследования в определении отношения представителей коренного населения Республики Алтай к употреблению алкоголя методом опроса было проведено пилотное исследование коренного населения, проживающего в Турочакском районе республики. Исследование проводили по разработанной нами анкете. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы IBM SPSS Statistics.

В качестве респондентов были выбраны мужчины, представители северных этносов алтайского народа — тубалары в возрасте от 16 до 59 лет. По данным

Всероссийской переписи населения 2010 г., общая численность проживающих в сельской местности мужчин-тубаларов трудоспособного возраста составляет 494 человека. Для характеристики исследуемой группы популяции было опрошено 120 человек: жители сел Бийка — 50 (41,7%) человек, Усть-Пыжа — 34 (28,3%), Турочак — 22 (18,3%), Иогач — 9 (7,5%), Чуйка — 5 (4,2%) человек, что составило 24,3% от генеральной совокупности.

В основу оценки результатов анкетирования было положено определение, предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), а именно: алкогольный напиток является жидкостью, содержащей этанол (этиловый спирт, обычно именуемый "алкоголем"), и предназначается для употребления в питье. В большинстве стран, имеющих юридическое понятие "алкогольный напиток", пороговое значение содержания в напитке этанола по объему установлено на уровне $\geq 0,5$ или 1%. Наиболее распространенными видами алкогольных напитков являются пиво, вино и крепкие алкогольные напитки [4].

Для удобства подсчета количества потребления алкоголя человеком (населением) принято использовать алкогольную единицу — АЕ (дозу) (alcohol unit or alcohol dose or alcohol drink) [5], величина которой колеблется в пределах от 8 до 19,75 г чистого спирта (96% этанола) [6]. Величина 1 АЕ в среднем по странам равна 10 г чистого этанола. Она обусловлена скоростью переработки алкоголя здоровой печенью — в среднем 10 г этилового спирта в час. При этом необходимо учитывать, что 10 г чистого этанола равны 12,48 мл чистого этанола, в то время как 10 мл чистого этанола равны 8,12 г чистого этанола. В зависимости от крепости алкогольного напитка 1 АЕ может быть представлена как 30 мл крепких ($\geq 40^\circ$) напитков (водка, виски, коньяк и др.), 150 мл вина или 250 мл пива [7].

Международными национальными институтами здоровья, медицинскими научными советами, министерствами здравоохранения, семьи, инвалидов, труда и социального обеспечения, питания отдельных стран мира утверждены допустимые суточные дозы потребления алкоголя, которые для мужчин в большинстве случаев колеблются от 2 до 4 АЕ (20—40 г этанола), для женщин — от 1 до 2 АЕ (10—20 г этанола) [6]. Таким образом, 4 АЕ (40 г этанола) соответствуют 100 г либо примерно 120 мл крепкого ($\geq 40^\circ$) напитка.

Рисковые для здоровья дозы алкоголя принято условно делить на умеренные (средние) и большие (высокие) дозы потребления. При этом умеренные ежедневные дозы находятся в интервале 1—2 АЕ для женщин и 2—4 АЕ для мужчин и сопряжены с умеренным увеличением риска смерти, а величина относительного риска (ОР), превышая 1,0, меньше значения 1,5 ($1 < \text{ОР} \leq 1,5$). В то же время высокие (большие) ежедневные дозы потребления алкоголя (binge drinking) могут быть представлены как 2 АЕ и более для женщин и 4 АЕ и более для мужчин, и такие дозы сопряжены со значительным риском смерти. Величина ОР смерти среди пьющих большие дозы алкоголя по сравнению с теми, кто не употребляет алкоголь, может превышать 1,5 [7].

По мнению специалистов Европейского регионального бюро ВОЗ, алкоголь может приносить пользу для здоровья населения в отношении сердечно-сосудистых заболеваний при низких или очень низких уровнях его потребления — не более 1 стандартной дозы в день для мужчин в возрасте 70 лет и менее половины стандарт-

ной дозы в день для женщин того же возраста. Потребление алкоголя выше этого уровня связано с увеличением риска. Какое-либо существенное положительное воздействие алкоголя у лиц в возрасте до 40 лет не было продемонстрировано. Потребление алкоголя, вызывающее сильное опьянение, всегда связано с повышенным риском. Безопасного уровня употребления алкоголя не существует [8].

Результаты и обсуждение

Установлено, что респонденты считают дозу средней при следующем количестве употребляемого ими алкоголя: 100 г (4 АЕ) — 16 человек, 200 г (8 АЕ) — 37 (30,8%), 300 г (12 АЕ) — 16 (13,3%), 400 г (16 АЕ) — 5 (4,2%), 500 г (20 АЕ) — 12 (10%) и 1 л — 6 (5%) человек. Отказались отвечать на данный вопрос 28 человек.

26 (21,7%) человек сообщили, что в течение дня они выпивают алкогольный напиток крепостью 40° в количестве 500 г (20 АЕ), 25 (20,8%) выпивают по 200 г (8 АЕ), по 12 (10%) человек — по 100 г (4 АЕ) и 300 г (12 АЕ) соответственно, 13 (10,8%) человек выпивают до 700 г (28 АЕ). Не ответили на данный вопрос 16 (13,3%) человек. Таким образом, 92 (76,7%) человека от числа респондентов ежедневно употребляют спиртосодержащий напиток в дозах более 2 АЕ либо более 4 АЕ, сопряженных с высоким риском не только развития заболеваний, но и возникновения последствий, которые могут привести к смерти.

Следует отметить, что 54 (45%) человека уверены, что, несмотря на употребление алкоголя, каких-либо изменений в их здоровье за последние 3—5 лет не произошло. 37 (30,8%) человек отметили, что состояние здоровья у них ухудшилось. В частности, у 16 (13,3%) человек усилилась тяжесть похмельного синдрома, у 11 (9,2%) увеличилась частота употребления алкоголя, а у 10 (8,3%) усилилось "желание выпить".

Характеризуя состояние здоровья на следующий день после употребления алкоголя, респонденты сообщили, что чаще всего возникают беспокойство, тревожность и раздражительность (83,7%) и рвота (55,8%). Отсутствие аппетита и учащенное сердцебиение отметили 41,7 и 44,2% респондентов соответственно. Жажда, головокружение, боли в области подреберья и желудка возникают у 24,2, 20,8 и 18,3% опрошенных мужчин соответственно. Реже возникают тремор рук (13,3%), апатия (11,7%), изжога (10%), судороги (5,8%), приступы ревности (6,7%). У 2,5% от числа опрошенных респондентов на следующий день после приема алкоголя появляется склонность к суициду. Это свидетельствует о том, что данные признаки ухудшения здоровья существенным образом влияют на поведение респондентов, приводя к ограничению их жизнедеятельности, снижению социальной активности и утрате адекватного восприятия происходящего. 58,3% от общего числа опрошенных считали, что они способны вовремя остановиться и прекратить употребление алкогольных напитков. Только 5,8% респондентов исследуемой популяции сообщили, что они не употребляют алкоголь.

По информации Министерства здравоохранения Республики Алтай, распространенность наркологической патологии в 2011 г. составила 2,3% от численности местного населения (в 2010 г. — 2,8%). Несмотря на снижение заболеваемости, показатель составил 2250,3 на 100 тыс. населения, в РФ — 2222,4. Наиболее

высокий уровень отмечен в Горно-Алтайске (3549,2), Чемальском (2978,8), Турочакском (2888,3) районах. Частота хронического алкоголизма равна 1223,4 (в 2010 г. — 1576). За 2011 г. было зарегистрировано 63 случая смерти от отравления этиловым спиртом и суррогатами. Высокий уровень смертности от отравлений этиловым спиртом и суррогатами был зафиксирован в Усть-Коксинском (52,5), Усть-Канском (46,4) и Чемальском (42,2) районах [9]. Полученные данные характеризуют медико-социальную ситуацию на конкретной территории как неблагоприятную, поскольку превышают показатели в других регионах, что свидетельствует о сохранении данного фактора риска, который оказывает существенное влияние на развитие местной популяции тубаларов.

Заключение

В результате проведенного нами социологического опроса мужчин-тубалар трудоспособного возраста была получена индикаторная информация о наличии угроз здоровью и социальной безопасности исследованной части местного населения, что характеризует медико-социальную ситуацию на конкретной территории как сложную и требующую целенаправленного поиска причин возникновения данной проблемы и путей ее решения не только через совершенствование системы здравоохранения, но и создание условий для изменения образа жизни респондентов.

Использование социологических методов исследования на популяционном уровне по вопросам, касающимся медицинской проблематики, весьма актуально, так как позволяет, с одной стороны, формировать представление о демографическом потенциале местного населения и социально-экономических перспективах региона, а с другой — свидетельствует о степени необходимости оказания медицинской помощи нуждающимся и осуществления социальных мер замещающего и позитивного характера по охране здоровья, которые по воздействию были бы не менее сильными, чем употребление алкоголя, с учетом бытовой среды, национальной специфики и степени заинтересованности самого населения в решении существующей проблемы.

Данный подход основан на необходимости применения в системе здравоохранения, помимо медицинской статистики, направления, связанного с проведением медико-социологического мониторинга с целью решения аналитических и прогностических задач, а также обеспечения связи с местным населением. Это позволит комплексно учитывать оценки проблем (в том числе субъективные), существующих на конкретной территории, и качество их решения, а также содействовать формированию перспектив развития медицины без отрыва от социальной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России. *Наркология*. 2007; 12: 29—36.
2. Вишневецкий А.Г., Бобылев С.Н. и др. *Россия перед лицом демографических вызовов: Доклад о развитии человеческо-*

го потенциала в Российской Федерации 2008. М.: ПРООН; 2009: 5.

3. *Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: Доклад Общественной палаты РФ. Комиссия по социальной и демографической политике РФ*. М.; 2009.
4. *Глобальная стратегия вредного употребления алкоголя: Резолюция Шестидесять третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2010 г.)*. ВОЗ. Италия; 2010: 5.
5. Anderson P., Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br. J. Addict.* 1992; 87: 891—900.
6. *International Drinking Guidelines* URL: <http://icap.org/table/InternationalDrinkingGuidelines> (дата обращения: 14.07.2013 г.)
7. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Лепехин В.А. Алкогольная единица и дозы потребления алкоголя: медицинские и социально-экономические аспекты. *Профилактическая медицина*. 2010; 5: 17—22.
8. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. *Европейское региональное бюро ВОЗ*. Дания; 2006: 19.
9. Доклад министра здравоохранения Республики Алтай на итоговой коллегии МЗ РА № 1 "Об итогах деятельности отрасли в 2011 г. и задачах на 2012 г.". Министерство здравоохранения Республики Алтай. URL: <http://www.minzdravra.ru/modules.php?name=Pages&page=42> (дата обращения: 10.07.2013 г.).
10. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.

Поступила 01.11.2013

REFERENCES

1. Nemtsov A.V., Terexhin A.T. The sizes and diagnostic structure of alcoholic mortality in Russia. *Narkologiya*. 2007; 12: 29—36. (in Russian)
2. Vishnevskiy A.V., Bobylev S.N. et al. *Russian in the Face of Demographic Calls: The Report on Human Development in the Russian Federation* 2008. Moscow: PROON; 2009: 5. (in Russian)
3. *Abuse of Alcohol in the Russian Federation: Social and Economic Consequences and counteraction Measures: Report of the Civic Chamber of the Russian Federation. Commission on Social and Demographic Policy of the Russian Federation*. Moscow; 2009. (in Russian)
4. *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol: Resolution of the Sixty-third World Health Assembly [Global'naya strategiya vrednogo upotrebleniya alkogolya: Rezolyutsiya 63 vsemirnoy assamblei zdavookhraneniya]* (May 2010). WHA63.13. WHO. Italy; 2010: 5. (in Russian)
5. Anderson P., Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br. J. Addict.* 1992; 87: 891—900.
6. *International Drinking Guidelines* URL: <http://icap.org/table/InternationalDrinkingGuidelines> (дата обращения: 14.07.2013 г.)
7. Oganov R.G., Maslennikov G.Ya., Lepyekhin V.A. Alcoholic unit and doses of consumption of alcohol: medical and social and economic aspects. *Profilakticheskaya meditsina*. 2010; 5: 17—22. (in Russian)
8. Policy Bases Concerning Alcohol in the European Region of WHO. *WHO European Regional Bureau*. Denmark; 2006: 19. (in Russian)
9. *The report of the Minister of Health of Altai Republic on No. 1 MZ RA total board "About results of activity of branch in 2011 and tasks for 2012"*. Ministry of Health of Altai Republic. Available at: <http://www.minzdravra.ru/modules.php?name=Pages&page=42> (Accessed 10 Juli 2013). (in Russian)
10. Reshetnikov A.V. *Medico-sociological Monitoring [Mediko-sotsiologicheskij monitoring]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. (in Russian)

Received 01.11.2013