

УДК 616.9-036.2

Алкоголизация студентов г. Архангельска в начале XXI века



© **Шрага** Моисей Хаимович, доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной работы САФУ имени М. В. Ломоносова. Автор более 220 научных публикаций, в т. ч. 9 монографий (из них 5 коллектив.), в т. ч. «Социальная безопасность в теории здоровья» (2009), «Социальные болезни (социопатии)» (2007), «Основы теории и истории социальной медицины (общественного здоровья)» (2006); одного учебника, 10 учебных пособий (из них 4 с грифом), в т. ч. «Социальная экология (начала ноосферогенеза)» (2009), «Социальные болезни» (2008); 13 учебно-методических разработок. E-mail: medstat@atknet.ru.

© **Колчина** К., студентка отделения работы с молодёжью кафедры социальной работы САФУ имени М. В. Ломоносова.

© **Сморкалова** Н., студентка отделения работы с молодёжью кафедры социальной работы САФУ имени М. В. Ломоносова.

*Сохранение гармонии, а не исправление беспорядка
является высшим принципом мудрости.*

*Лечить заболевание после того, как оно возникло,
всё равно, что копать колодец, когда захотелось пить,
или ковать оружие, когда началась война.*

Трактат Жёлтого императора о внутреннем

В статье обсуждаются проблемы девиантности как критерия современной социальной безопасности в хабитатах Европейского Севера России. Выводится связь серьёзного социального вреда, который может быть связан с употреблением алкоголя, включая семейные и другие межличностные проблемы, проблемы на работе, насильственные и иные преступления и социальную безопасность. Исследования, направленные на индивидуальные факторы риска и располагающиеся относительно близко к болезни в причинно-следственной цепочке, игнорируют важные социологические процессы. В этой связи профилактика пьянства в учащейся среде остаётся малоэффективной. Мониторинг процесса алкоголизации должен быть продолжен.

Ключевые слова: *алкоголизация российского общества, алкоголизм, ареалы смертности трудоспособного населения, вред, связанный с алкоголем, острые отравления химической этиологии, пьянство, причины смертности, социальный вред.*

Consumption of alcohol by students of Arkhangelsk in the beginning of XXI century

© **Shraga** Moisey, Ph. D, MD, professor of the social work faculty. Author of over 220 publications and 9 monographies: «Social safety in health theory» (2009), «Social diseases (sociopathology)» (2007), «Theory and social medicine principles (principles of public health)» (2006). Author of 10 training appliances, text books: «Social ecology» (2009), «Social diseases» (2008). E-mail: medsttat@atknet.ru.

© **Kolchina** K., the student of branch of work with youth of faculty of social work NArFU.

© **Smorkalova** N., the student of branch of work with youth of faculty of social work NArFU.

Abstract

In clause (article) problems deviance as criterion of modern social safety in habitats the European North of Russia are discussed. Communication(connection) of Serious social harm which can be connected to the use of alcohol, including family and other interpersonal problems, problems on work, violent both other crimes and social safety is deduced. The researches which are directed on individual risk factors and settling down rather close to illness in a cause and effect chain, the important sociological processes ignore. In this connection preventive maintenance of drunkenness in the learning environment remains ineffective. Monitoring of process alcoholization should be continued.

Keywords: *alcoholic psychosis, drunkenness, abusing alcohol, areas of death rate of able-bodied population, consumption of alcohol the Russian society, the harm connected to alcohol, sharp poisonings chemical etiology, drunkenness, the reasons of death rate, social harm.*

В начале XXI века проблема пьянства в России приобрела особенно болезненный для общества характер [1]. Алкоголизация российского общества по нынешним масштабам своего разрушительного воздействия на судьбы людей, физическое и нравственное здоровье народа не имеет аналогов в истории. Главный её показатель – потребление алкоголя в расчёте на душу населения только за 1989–2008 гг. увеличился в 1,4 раза и достиг 15 литров абсолютного алкоголя (чистого спирта), что почти в 3 раза выше того уровня (5 литров), который Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала безопасным для здоровья популяций людей. Россия по потреблению алкоголя стала занимать лидирующее место в мире при крайне неблагоприятной структуре потребляемых напитков: доля крепких спиртных напитков, потребляемых населением, составляет 72,3% против 25–30% в большинстве других стран. Заболеваемость алкоголизмом давно стала индикатором социального неблагополучия (здоровья), и эксперты обоснованно называют алкоголизм «локомотивом смертности» в России [2]. Однако статистика заболеваемости алкоголизмом крайне несовершенна, и можно предположить, что реальный уровень заболеваемости явно выше зарегистрированных 130 случаев на 100 тыс. населения.

О. И. Антонова считает, что в России можно выделить несколько устойчивых ареалов смертности трудоспособного населения в зависимости от ведущих причин [3]. Архангельская область, наряду с другими территориями Северо-Западного федерального округа, северными

территориями Центрального, Приволжского и Уральского федеральных округов, была ею включена в «европейскую зону неблагополучия», которая характеризуется очень высокой алкогольной компонентой. С возрастом алкогольная компонента на этих территориях становится абсолютным лидером. О. И. Антонова подтверждённой считает гипотезу об алкогольной компоненте как основном факторе, которая тормозит позитивные процессы на российском пространстве. Актуальность проблемы алкоголизации населения нашла подтверждение в структуре острых отравлений химической этиологии (ООХЭ) в Архангельской области за 2010 год, включённой в региональный доклад Роспотребнадзора (табл. 1.). Токсикологический мониторинг зафиксировал 1605 случаев отравлений, 132,4% на 100 тыс. населения. Спиртосодержащая продукция обусловила в структуре острых отравлений химической этиологии (ООХЭ) более половины случаев смертности. А уровень летальности составил 33,7%. При этом важно отметить, что наркотические вещества в структуре ООХЭ составили всего 0,7 %, при уровне летальности 0,1%. Наибольшее количество случаев ООХЭ зарегистрировано среди лиц в возрасте 50–59 лет (19,6%), 40–49 лет (14,5%). Наибольший удельный вес отравлений у мужчин – 60,4%. По социальному статусу: среди неработающих лиц трудоспособного возраста – 31,7%. Среди *обстоятельств* ООХЭ ведущее место занимают отравления с целью опьянения (55,1%), второе место – отравления с суицидальной целью (15,6%), третье место – случайные отравления.

Таблица 1

Структура острых отравлений химической этиологии по их видам (в абс., %) и уровень летальности (на 100 отравившихся) в Архангельской области за 2010 год¹

№№ п/п	Причина отравления	Количество отравлений (абс.)		Структура ООХЭ (в %)	Удельный вес ООХЭ, закончившихся летальным исходом (в %)	Уровень летальности (в %)
		Всего	Из них летальных исходов			
1	Спиртосодержащая продукция	858	365	53,5	42,5	22,7
2	Лекарственные препараты	440	4	27,4	0,9	0,2
3	Другие мониторируемые виды	154	35	9,6	22,7	2,2
4	Угарный газ	106	25	6,6	23,6	1,6
5	Уксусная кислота	36	14	2,2	38,9	0,9
6	Наркотические вещества	11	2	0,7	18,2	0,1
	ИТОГО	1605	445	100,0	X	27,7

¹ – острые отравления неуточнёнными веществами (ядами), товарами бытового назначения, отравления прочими ядами.

В этих условиях степень алкоголизации населения и особенно молодёжи становится одним из индикаторов целостного представления о состоянии социального здоровья общества [4]. Принято различать следующее потребление алкогольных напитков: в рамках принятых в обществе норм (так называемое культурное потребление); злоупотребление алкоголем – пьянст-

¹ О санитарно-эпидемиологической обстановке и защите прав потребителей в Архангельской области в 2010 году. Региональный доклад.

во; алкоголизм — заболевание, именуемое «синдромом алкогольной зависимости»². В зависимости от культуры общества употребление алкогольных напитков может быть знаком включения в социальную группу или исключения из неё, символом праздника или ритуальным действием. С другой стороны, потребление алкогольных напитков или состояние алкогольного опьянения могут осуждаться обществом и считаться позорным. Наряду с этим Комитет экспертов ВОЗ [5] считает эквивалентными термины «вред, связанный с алкоголем» и «проблемы, связанные с употреблением алкоголя». Эти термины охватывают широкий круг проблем здоровья и социальных проблем.

В конце XIX века часть населения России была серьёзно поражена пьянством, и в 1894 г. правительством Александра III была, во-первых, восстановлена государственная монополия на водку [6]. Во-вторых, эта реформа стимулировала развитие худших традиций потребления алкоголя, в т. ч. формировался новый, более грубый вид алкогольного потребления — *уличное распитие спиртного*. В-третьих, во многих случаях алкоголь пришёл в семьи — внёс в неё *развращение, приучая к нему жён и даже детей*.

К началу XX века в России сформировался опасный стиль потребления алкогольных напитков, когда алкоголь потребляется почти исключительно *в виде крепких напитков* единовременными *ударными дозами («залпом»)*. В 1911 г. в структуре винопотребления водка занимала 89,3%. Сложившийся стиль потребления водки залпом делал даже и нечастое потребление *весьма опасным*. Именно поэтому Россия, занимая по количеству потребляемого алкоголя одно из *последних мест в мире*, имела гораздо менее благополучную картину по многим показателям, характеризующим алкогольную ситуацию. Так, в 1911 г. в России на 1 млн. населения приходилось свыше 55 смертей от *алкогольного опоя*, в то время как во Франции, где душевое потребление алкоголя было в 7 раз больше, чем в России, этот показатель составлял 11,5. В Петербурге ежегодно погибали от опоя по 20 человек на 100000 населения, тогда как в Берлине таких смертей насчитывалось всего 3, а в Париже — 6. В Вене 1 больной алкоголизмом приходился на 1020 жителей, в Берлине — на 369, а в Петербурге — на 22 жителей.

В августе 1914 г., когда началась Первая Мировая война, император Николай Второй запретил продажу водки и других крепких спиртных напитков. Первоначально запрет был введён в качестве временной меры, однако по завершению мобилизации он остался в силе. Постепенно запрет распространили на вино и пиво. Ни в одной стране мира до 1914 г. подобных радикальных мер по снижению потребления алкоголя не принималось. За первые годы войны потребление алкоголя в стране *сократилось в несколько раз*. Сократилось число нарушений общественного порядка, прогулов, повысилась производительность труда на промышленных предприятиях. Накануне революций 1917 г. алкогольная ситуация в России определялась сложным взаимодействием, что в совокупности позволяло тогдашней России быть одной из *последних стран по уровню потребления алкоголя* на душу населения (3,4 л в год).

² По Международной классификации болезней, десятый пересмотр (МКБ-10).

С другой – имелся окончательно сформировавшийся крайне неблагоприятный, оглушающий стиль потребления алкоголя, рост самогонварения, скрытых форм пьянства, а также настоятельная необходимость пополнения казны «пьяными» деньгами. Однако при всех бурных коллизиях XX века следует отметить, что до 70-х годов прошлого века потребление алкоголя в СССР не превышало относительно безопасного уровня 5 литров абсолютного спирта на душу населения (рис. 1).

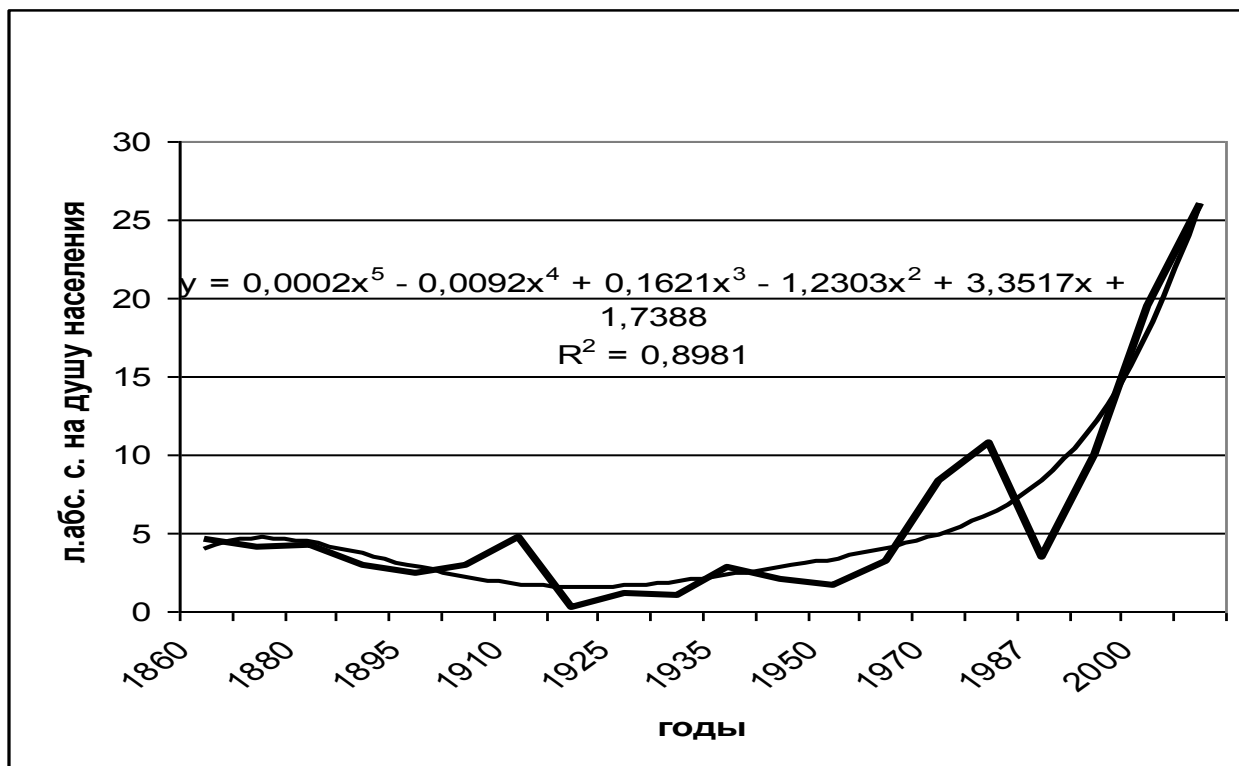


Рис. 1. График потребления алкоголя в России на душу населения.
Источник: В. П. Нужный, С. А. Савчук. 2005.

В этой связи важно было узнать отношение современной учащейся молодёжи к алкоголю. В поперечном исследовании, в котором принимало участие 210 человек в возрасте от 17 до 25 лет, из которых 192 респондента обучаются в ВУЗах г. Архангельска, большинство из них живут с родителями, были получены следующие результаты:

1. Число абсолютных трезвенников примерно в три раза меньше, чем количество употребляющих – 21,4 на 100 человек – никогда не употребляют алкоголь.
2. Среди трезвенников больше женщин; в основном это молодые родители, которые прекратили употреблять спиртное после появления ребенка.
3. Большинство респондентов употребляет алкоголь раз в две недели (31,4 на 100) или один раз в месяц (34,8 на 100).
4. Редко студенты употребляют алкоголь каждый день (2,4 на 100).
5. Меньшее число опрошенных считает употребление алкоголя полезным – 5,4 на 100 опрошенных лиц.
6. Алкоголь – один из осознанных употребляемых наркотиков среди студентов, знают о его вреде абсолютное большинство (77,6 на 100 человек не считают употребление алкоголя нормальным и полезным).

7. Более половины студентов (54,2 на 100) оценили своё здоровье как хорошее.

Затем нами было проведено специальное исследование по изучению проблемы алкоголизации среди студентов города Архангельска. Гипотезой являлось предположение, что большинство студентов употребляют алкогольные напитки (в том числе пиво) и курят сигареты, но в то же время наркомания и токсикомания ещё не так массово распространены среди студентов. В исследовании участвовали 180 человек, среди них 112 девушек и 68 молодых людей. Выбранным методом являлось анкетирование. Средний возраст респондентов 20,3 года. 90,5% из них являются студентами ВУЗов. У 147 респондентов полные семьи. Успехи в учёбе у респондентов в основном хорошие: 18,9% – отличные успехи, 50% – хорошие, 28,3% – удовлетворительные и только у 2,8% плохие. В то же время у девушек успехи лучше, чем у молодых людей. Так, у девушек 19,6% учатся на отлично, у молодых людей – 17,6%; хорошо учатся 55,3% девушек и 41,2% молодых людей. Установлено, что 56,4% всех респондентов не делают зарядку по утрам, и лишь 7,5% делают её регулярно. В то же время респонденты отмечают у себя повышенную раздражительность (21%), частые колебания настроения (19,5%) и повышенную утомляемость (18%). Юноши чаще отмечают повышенную раздражительность (32%), а девушки частые колебания настроения (21,1%). Нередко респонденты отмечали присутствие насилия в семье. Чаще всего это психологическое давление – отметили 66,7% молодых людей и 41,4% девушек. Также выделяют безразличие и обиду, оскорбления.

Среди студентов курение распространено: 35 на 100 человек курят, причём среди молодых людей – 31 на 100 человек, среди девушек – 37,5 на 100 человек. Средний возраст начала табакокурения у девушек 15,6 лет, у молодых людей – 14,9 лет. В среднем выкуривают 12 сигарет в день. При этом 38% респондентов отметили присутствие курения в семье, причём отцы курят чаще (51,9%), чем матери (24,9%).

Частота употребления алкоголя среди студентов велика: в целом на 100 студентов употребляют алкоголь 85; среди девушек – 85,7 человек на 100, среди молодых людей – 84 человека на 100. Средний возраст начала употребления алкоголя – 14,7 у молодых людей и 15,6 у девушек. В целом эти данные корреспондируют с данными Доклада, утверждённого Советом Общественной палаты Российской Федерации³. В Докладе алкоголизация детей оценивается высоко – более 80% подростков потребляют алкогольные напитки. Возраст приобщения к алкоголю, по сравнению с советским периодом, снизился с 17 до 14 лет. Между тем доказано, что раннее приобщение к алкоголю увеличивает в 5–6 раз риск развития алкоголизма и насильственной смерти в будущем.

Большой популярностью пользуются такие напитки, как пиво, вино и водка. По частоте приема алкоголя (в расчете на 100 человек): 30 человек 1 раз в месяц и реже употребляют, 38 человек – 2-4 раза в месяц, 23 человека – 1-3 раза в неделю, 9 человек – более 4 раз в неделю. По употреблению пива было выявлено, что за один прием в среднем употребляется 0,8 литра.

³ Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. Доклад утверждён Советом Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года. Москва, 2009. URL: www.oprf.ru/files/dokladalko.pdf (дата обращения: 17.05.2011).

Самые популярные причины употребления алкоголя: *за компанию, для поднятия настроения, по желанию*. При этом, 41,3% всех респондентов осуждают поведение пьяных, лишь 9% считают это нормальным.

Проблема наркомании. В основном респонденты получают информацию о наркомании из следующих источников: из газет (46,4%), от друзей (28,6%). В то же время 51,7% признают, что они знают немного об этой проблеме; лишь 6,8% ответили, что знают всё. Среди студентов на 100 человек пробовали наркотики 26,3. Среди популярных наркотиков первое место занимает конопля (72,3%). По частоте приема наркотиков: 44% пробовали 1–3 раза в неделю, 32% – реже 1 раза в месяц, 16% – 2–4 раза в месяц и лишь 8% – более 4 раз в неделю. Средний возраст начала приёма наркотиков – 17,6 лет. Минимальный возраст – 14 лет. На момент проведения исследования 55,8% не сомневались в возможности бросить употреблять наркотики, не хотят отказываться 32,5%, а 11,7% не думали об этом. Среди причин употребления наркотиков можно выделить: из любопытства и для поднятия настроения. В то же время 75,9% против легализации наркотиков. Но 64,4% считают, что наркоман после прохождения определённого курса может вернуться к нормальному образу жизни. Про употребление наркотиков в учебных заведениях не знают 59,4% студентов, но в то же время 23,7% отвечали, что употребляют. Такая проблема, как *токсикомания*, не распространена среди студентов. Из 180 человек признались в употреблении летучих веществ только 3 человека.

Важной является проблема авторитетов у молодежи: 25,1% респондентов выделяют мнение врачей-наркологов; 29,4% – только своё мнение; 18,4% – бывших наркоманов; в небольших долях это учителя, старшие товарищи, сверстники, известные люди. Большинство респондентов (53,2%) считают, что ни при каких условиях не будут пробовать употреблять наркотики, 37,9% не уверены в своем выборе и лишь 8,9% считают, что нужно попробовать все. В этой ситуации пугает то, что при возникновении проблем 43,1 человек в расчёте на 100 человек не знают, куда обратиться.

Полученные нами в 2010 году данные по распространению наркотизма среди молодёжи были соотнесены с данными, полученными в 2006 году [7].

Сопоставление выявило:

- 1) Среди опрошенных лиц также отмечен разброс успехов в учебе: количество «отличников» увеличилось с 13,3% до 18,9%, на «хорошо» уменьшилось с 63,3% до 50%, «удовлетворительно» увеличилось с 21,6% до 28,3%, «плохо» увеличилось с 1,3% до 2,8%.
- 2) Число делающих зарядку регулярно снизилось с 15 человек на 100 до 7,5 человек.
- 3) Со стороны родных: уровень безразличия вырос с 5,8 до 29 на 100 человек; агрессия увеличилась с 0,5 до 7,9 на 100 человек; особенно возросло психологическое давление с 8,8 до 47,4 на 100 человек; частота оскорблений повысилась с 3,8 до 15,7 на 100 человек.
- 4) Изменились самооценки самочувствия у опрошенных учащихся. Так, снизились жалобы: на перепады настроения – с 33,2 до 19,5 на 100 человек; на повышенную утомляемость – с 35,6 до 18 на 100 человек; на повышенную раздражительность – с 25,9 до 21 на 100 человек;

на нарушение сна – с 23,1 до 16 на 100 человек; на наличие назойливых мыслей – 15 до 8,5 на 100 человек; на нетерпимость – с 13,7 до 9,3 на 100 человек; на слезливость – с 8,2 до 7,7 на 100 человек.

5) Число курящих в целом увеличилось с 26,4 до 35 на 100 человек, среди молодых людей уменьшилось с 35 до 31 на 100 человек. С другой стороны, число курящих среди девушек увеличилось с 19,9 до 37,5 на 100 человек.

Средний возраст начала табакокурения остался на уровне 15,6 лет. Возраст среди молодых людей снизился с 15,4 до 14,9 лет, а возраст девушек – с 15,9 до 15,6 лет. Количество респондентов, которые употребляют алкоголь, среди молодых людей увеличилось с 79,8 до 84 на 100 человек, а среди девушек – с 79,1 до 85,7 на 100 человек. При этом уровень выбора пива снизился с 91,9 до 59,4 на 100 человек, джин-тоник стали выбирать только 7,7 человек по сравнению с ранее полученными данными (31,9 на 100 человек); снизился выбор вина с 58,8 до 34,6 на 100 человек, водки – с 42,4 до 21,1 на 100 человек, спирта – с 6,6 до 1,5 на 100 человек, суррогатов алкоголя – с 8,1 до 2,8 на 100 человек. По частоте потребления алкогольных напитков выросло употребляющих 2–4 раза в месяц с 36,7 до 38 на 100 человек, употребляющих 1–3 раза в неделю – с 8,3 до 30 на 100 человек, употребляющих 4 и более раз в неделю также увеличилось с 1,3 до 9 на 100 человек.

Число студентов, пробовавших наркотики (хотя бы раз в своей жизни), увеличилось: среди девушек возросло с 11,2 до 25 на 100 человек; среди молодых людей – с 23,3 до 27. Средний возраст на момент первой пробы среди молодых людей примерно остался тем же: в 2006 году – 17 лет и 6 месяцев среди юношей и 17 лет и 4 месяца среди девушек, в 2010 году – 17,7 юношей и 17,5 у девушек. Опрошенные лица стали оценивать свою информированность о наркотиках ниже, чем раньше: количество студентов, которые считают, что ничего не знают о наркотиках, увеличилось с 4,6 до 10,8 на 100 человек; количество студентов, которые считают, что знают немного, увеличилось с 49,7 до 51,7 на 100 человек; количество студентов, которые считают, что знают много, уменьшилось с 35,8 до 30,7 на 100 человек; количество студентов, которые считают, что знают всё, уменьшилось с 9,9 до 6,8 на 100 человек. С другой стороны, увеличилось количество студентов, положительно относящихся к легализации наркотиков: среди молодых людей – с 15,6 до 24,1 на 100 человек, а среди девушек – с 13,1 до 27,9 на 100 человек.

В общем можно сказать, что распространение вредных привычек среди студентов растёт. По многим показателям значения увеличиваются, что означает, что ситуация с социальным здоровьем в Архангельской области ухудшается. Можно объективно отметить, что педагогическая деятельность в школе, направленная на профилактику девиантного поведения, оказывается малоэффективной. Такая прогностическая оценка дополнительно обосновывается нами данными официальной статистики по причинам смертности совокупного населения РФ. Наиболее высокий уровень смертности имел место в Ненецком автономном округе (287,90%), а так же в Новгородской, Псковской, Ленинградской областях, Сибирском и Дальневосточном ФО (от 220 до 250 на 100 тыс. населения). Общая смертность в Архангельской области и

смертность от болезней сердечно-сосудистой системы была на уровне среднего российского показателя, а показатель смертности от инфекционных заболеваний и туберкулеза – почти в 2 раза ниже.

Архангельская область, наряду с другими 15 территориями РФ, закономерно была отнесена О. И. Антоновой [8] к *территориям с высоким уровнем смертности от внешних причин*. Для большинства территорий этой группы характерны такие закономерности: благополучие для детей 1-го года жизни; не очень тревожная ситуация у детей 1–14 лет и подростков; пик неблагоприятия у трудоспособного населения, смертность которого является высокой или очень высокой; повышенная смертность пожилых людей. В России региональные закономерности смертности являются актуальными только для дорожно-транспортных происшествий, но для самоубийств они не проявляются. Второй специфической чертой российской смертности от внешних причин являются крайне высокие уровни смертности от случайных отравлений алкоголем и прочих случайных отравлений, делающие их значимым фактором российской смертности. В качестве основных компонент, определяющих картину смертности в том или ином регионе, выделяет О. И. Антонова три: дорожно-транспортную, совокупно насильственную смертность, подразумевающую как убийства, так и самоубийства, совокупно алкогольную смертность, подразумевающую отравления как непосредственно алкоголем, так и его суррогатами, а также наркотиками. С. Ю. Никитина и Г. М. Козеева в 2006 году обнаружили данные смертности населения от причин, связанных с употреблением алкоголя в РФ – 73,1 на 100 тыс. [9]. Роль проблемы алкоголизации населения определялся не хроническим алкоголизмом (3,8%) или алкогольными психозами (0,7%) и даже не алкогольной болезнью печени (10,8%). Проблема определяется медицинскими последствиями, которые могут быть связаны с массовым регулярным потреблением этанола. Среди них на первый план выходят проблемы профилактики случайных отравлений алкоголем (28,6%) и алкогольных кардиомиопатий (26,6%). По результатам многочисленных исследований, особенности структуры российской смертности (высокая смертность мужчин в рабочих возрастах) связаны, главным образом, с *опасным уровнем потребления алкоголя*.

Ю. М. Дмитриевой⁴ была предложена классификация патогенного воздействия алкоголизма родителей на развитие ребёнка, которая включает: влияние алкоголизации на состояние здоровья родителей (интеллектуальная и социальная деградация матери или отца, страдающих хроническим алкоголизмом); физическая или психическая травматизация матери в период беременности; влияние алкоголизации родителей на социальный статус и микроклимат семьи; постоянная психотравмирующая ситуация в семьях больных хроническим алкоголизмом; влияние микросреды, в которую неизбежно входят семьи больных хроническим алкоголизмом; непосредственное влияние алкоголизации родителей на плод и ребёнка (опьянение одного из родителей в период зачатия, травматизация новорождённого, недостаточный уход

⁴ Дмитриева О. В. Влияние алкоголизма родителей на формирование инвалидности у детей // Соколовская Т. А., Азарко В. Е., Дмитриева О. В. / Социальные аспекты здоровья населения, 2006. Сборник научных статей. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/110/73/> (дата обращения: 5.04.2011).

за ребёнком, неправильное воспитание и связанная с этим педагогическая и социальная запущенность ребёнка).

Существует чёткая взаимосвязь между алкоголизмом родителей и физическим и психическим здоровьем их детей. Статистический анализ клинического материала показал, что дети с нервно-психическими расстройствами достоверно чаще встречаются в семьях, отягощённых родительским алкоголизмом, по сравнению со здоровыми семьями (90—98% и 14—20% соответственно) [10].

В России, как и повсюду в мире, большинство жертв алкогольной смертности в стране – это не *тяжёлые алкоголики*, а *обычные граждане*, выпивающие по выходным и праздникам, но считающие желательной *нормой достижение высокой степени опьянения* и не осознающие опасности подобной модели потребления. В основном это люди из менее образованных слоев российского общества⁵.

Общеизвестно уже, что злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), от несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца. Региональный анализ алкогольной смертности показал, что она возрастает с юга на север и с запада на восток. Эта закономерность справедлива для всего европейского пространства – более северные страны и территории имеют более тяжёлые алкогольные проблемы в условиях отсутствия внятной ограничительной политики государства [11]. Характерно, что различия в социально-экономических показателях, в частности, по ВРП (валовой региональный продукт) не объясняют рост алкогольной смертности с юга на север.

В экологической географии широко используется термин «импактные районы арктической зоны России»⁶. Здесь выделены 4 основные очага напряжённости: Мурманская область (10% от суммарного выброса загрязняющих веществ), Норильская агломерация (более 30% от суммарного выброса загрязняющих веществ), районы освоения нефтяных и газовых месторождений Западной Сибири (более 30%) и Архангельская область (высокая степень загрязнения специфическими веществами). Д. О. Душкова и А. В. Евсеев [12] считают, что за 10 лет (1993–2003 гг.) во всех импактных районах Европейского Севера России, как и в целом по РФ, наблюдался рост заболеваемости социально-значимыми болезнями. В 2003 году наиболее высокая частота алкоголизма отмечена ими в Воркутинском импактном районе Коми, которая в 1,8 раза превышала среднероссийский уровень. Авторы сравнили структуру причин смертности в импактных районах Европейского Севера России с долей причин в Ловозерском районе Мурманской области и отметили, что почти каждая третья смерть коренного на-

⁵ Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия. Доклад утверждён Советом Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года. Москва, 2009. URL: www.oprf.ru/files/dokladalko.pdf (дата обращения: 17 мая 2011).

⁶ Экологическое состояние импактных районов суши арктической зоны Российской Федерации. Север – наш! URL: severnash.ru/index.php?newsid=89 (дата обращения: 20.04.2011).

селения (27,8%) приходится на «несчастные случаи, травмы и отравления». Они указывают на необходимость учитывать смертность от алкогольных отравлений, которая рассматривается как характерное явление среди саамов.

Климова С. И. отмечает, что в обществе обоснованно распространено представление о социальных причинах алкоголизма (50%) [13]. Она констатирует, что 21% россиян утверждает, что к алкоголизму приводит безработица (плохая занятость населения; люди «спиваются без работы»). Ещё 14% респондентов по его данным причиной пьянства считают плохие условия жизни, беспросветность, неустроенность людей, отсутствие стабильности и уверенности в завтрашнем дне. В этой связи Брюс Линк и Джо С. Фелан сделали важное заключение, что «доминирующий фокус в эпидемиологии...направлен на индивидуальные факторы риска, располагающиеся относительно близко к болезни в причинно-следственной цепочке»⁷. Авторы полагают, что такой индивидуальный подход игнорирует важные социологические процессы. И, как следствие, это может ограничить способность общества улучшить здоровье нации. Они обращают внимание на те факторы, которые остаются неисследованными при фокусе на индивидуальные факторы риска.

Вред, охваченный оценкой глобального бремени болезней, ограничивается физическими и психическими состояниями, включенными в Международную классификацию болезней. Этой классификацией охвачены острые и хронические психические и физические заболевания, но не охвачены самые разнообразные другие отрицательные последствия употребления алкоголя. В частности, в оценках глобального бремени болезней не учитываются наиболее отрицательные последствия для других людей, а не только пьющих. С точки же зрения общественного здравоохранения и социологического определения, понятия «здоровье» (ВОЗ, 1948) и «вред, связанный с алкоголем» имеют более широкое значение и смысл. Кроме того, с точки зрения общественного здравоохранения, рамки вреда не ограничиваются случаями нанесения вреда, но включают и риск нанесения вреда, так как он связан, например, со специфическими объёмами или формами употребления алкоголя. Мы же используем понятие *социальный вред*, который может быть связан с употреблением алкоголя, и он включает семейные и другие межличностные проблемы, проблемы на работе, насильственные и иные преступления и социальную безопасность.

Н. М. Римашевская, ссылаясь при этом на П. Сорокина, в очередной раз декларировала человеческий потенциал как главное богатство России⁸. Она указывала, что свыше 70% населения России живёт в состоянии затяжного психоэмоционального и социального стресса, вызывающего рост депрессий, реактивных психозов, тяжёлых неврозов, алкоголизма, наркомании, антисоциальных вспышек. В. М. Терехин [14], рассматривая факторы более высокого,

⁷ Брюс Линк, Джо С. Фелан. Социальные условия как фундаментальная причина заболеваний // Journal of Health and Social Behavior, 1995 (Extra Issue). P. 80–94. (Перевод Владислава Залуцкого (Рига)).

⁸ Римашевская Н. М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. – № 3 (май – июнь). – 2001. URL: www.drcl.cer.uz/index.php?lng=2&articleinfo=20511 (дата обращения: 05.06.2011).

по сравнению со среднероссийским, суицидального риска в Коми, в качестве предиктора суицидального поведения прежде всего указывает на более высокий уровень алкоголизации. Смертность от причин, связанных со злоупотреблением алкоголя, в республике в 2 раза выше, чем в целом по России. Далее он указывает на такие предикторы суицидального поведения, как более высокий уровень безработицы, разводов, более негативное соотношение браков и разводов, более высокий уровень социального расслоения населения. Отмечает существенную дифференциацию «сверхсуицидальности» мужчин в различных возрастных группах. Автор обращает внимание на очень высокую интенсивность суицидов у мужчин средних возрастов. Таким образом, можно утверждать, что степень алкоголизации учащейся молодёжи является *объективным прогностическим индикатором* социального здоровья региона. Индикатор отражает, в первую очередь, сложные отношения в системе образования, и, во всех случаях, механизмы воспроизводства массовой девиантности. Для Арктики и Севера России *вред от алкоголизации населения* следует рассматривать как региональную социокультурную особенность *образа жизни*, отличную от других территорий России. Эта социокультурная особенность по-прежнему остаётся мало осознанной не только властными структурами, но и учёным сообществом региона.

В заключение мы хотели бы обратить внимание на опубликованный доклад ВОЗ⁹, в котором указывается, что общую продолжительность жизни можно продлить почти на 5 лет путём минимизации 5-ти факторов риска, в т. ч. употребления алкоголя. В 2009 году Правительством РФ была одобрена «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года». Первостепенными целями государственной политики в этой сфере объявлены: значительное снижение уровня потребления алкогольной продукции; повышение эффективности системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией. Включение регулярного и массового употребления алкоголя в современную молодёжную культуру России продолжает воспроизводить традиционный тип алкоголизации населения и социальные последствия в обществе.

Если в плане рождаемости мы не сильно отличаемся от других стран, то в плане смертности отличия есть, и очень большие. До середины 60-х гг. мы двигались, к примеру, в одном направлении с США, Францией, Швецией и Японией, но затем наши пути разошлись. С середины 60-х гг., т. е. уже больше 40 лет, у них продолжительность жизни (ОПЖ) непрерывно растёт, а у нас она либо стагнирует, либо снижается. России никак не удаётся завершить давно идущий в ней эпидемиологический, или санитарный переход, социально-исторический процесс, который приводит к снижению смертности. Не удалось пока перейти ко второму этапу эпидемиологического перехода, т. е. *изменить тип поведения* большинства наших граждан. Высокая смертность – это большая социальная проблема, которую необходимо решать системно, в т. ч. учитывая роль алкоголя в культуре современной образованной молодёжи.

9 Доклад ВОЗ «Глобальные факторы риска для здоровья», 2009. Женева. URL: www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html (дата обращения: 09.05.2011).

Литература

1. Заиграев Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации // СОЦИС. – 2009. – № 8. – С. 74–84.
2. Халтурина Д. А., Коротаев А. В. Русский крест. Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. – М.: УРСС, 2006.
3. Антонова О. И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин // Вопросы статистики. – 2007. – № 10. – С. 17–18.
4. Социальный атлас российских регионов // Тематические обзоры / Социальные услуги: здравоохранение, образование, жилищно-коммунальное хозяйство в кн. Россия регионов: в каком социальном пространстве мы живём? Независимый институт социальной политики. – М.: Поматур, 2005.
5. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Совещание (2-е: 2006 г.: Женева, Швейцария). Второй доклад / Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. (Серия технических докладов ВОЗ. 944).
6. Нужный В. П., Савчук С. А. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков // Партнёры и конкуренты. – 2005. – С. 27–21.
7. Оценка наркоситуации в образовательной среде Архангельской области: метод. пособие / под ред. Л. И. Кудря, А. А. Ощепковой. – Архангельск: АО ИППК РО, 2007. – 56 с.
8. Антонова О. И. Региональная дифференциация смертности от внешних причин // Вопросы статистики. – 2007. – № 10. – С. 20–21.
9. Никитина С. Ю., Козеева Г. М. Совершенствование статистики смертности от алкоголизма // Вопросы статистики. – 2006. – № 11. – С. 21–23.
10. Горьковая И. А. Нарушение нервно-психического развития детей из семей алкоголиков. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. Санкт-Петербург. – 1994. – № 3. – С. 47–54.
11. Немцов А. В. Алкогольная смертность в России: масштаб и география проблемы // Алкогольная катастрофа и потенциал алкогольной политики в снижении алкогольной сверхсмертности в России / Отв. ред. Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. – М.: УРСС, 2008. С. 78–84.
12. Душкова Д. О., Евсеев А. В. Экология и здоровье человека: региональные исследования на европейском Севере России. – М.: Географический факультет МГУ, 2011. – 192 с.
13. Климова С. И. Алкоголизм: обыденные теории // Социальная реальность. – 2007. – № 2. – С. 12–14.
14. Теребихин В. М. Флуктуация суицидного поведения населения республики Коми // Социс. – 2010. – № 10. – С. 48–55.

Рецензент – Дрегалю А. А.,
доктор философских наук, профессор,
Почётный работник высшего профессионального образования России