

RABA ALKOHOLA MED ODRASLIMI PREBIVALCI SLOVENIJE V RAZISKAVI »DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NENALEZLJIVE BOLEZNI PRI ODRASLIH PREBIVALCIH SLOVENIJE«

Zdenka Čebašek-Travnik, Lijana Zaletel-Kragelj

Uvod

Že dolgo je znano, da je uživanje alkohola med pomembnimi dejavniki tveganja za nastanek raznih vrst raka in da približno 15 % rednih pivcev postane odvisnih od alkohola. Naravni potek odvisnosti od alkohola kaže dolgoletno trajanje bolezni, v okviru katere se razvijejo tudi z alkoholom povezane telesne bolezni. Z metaanalizami so ugotovili, da alkohol daleč najbolj zveča tveganje za nastanek raka v ustni votlini, grlu, žrelu in požiralniku, statistično pomembno pa še tveganje za nastanek raka želodca, debelega črevesa in danke (1). Mehanizem, po katerem naj bi alkohol povzročal raka, še ni znan, domnevajo pa, da deluje kot kokarcinogen, torej da pospešuje delovanje (znanega) karcinogena. To so opazili pri raku požiralnika, medtem ko za druge rake mehanizem še ni znan in se statistično pomembne povezave kažejo le pri zelo veliki porabi alkohola. Tveganje za nastanek raka se še bolj zveča pri ljudeh, ki pijejo alkoholne pijače in hkrati kadijo. Dokazano je tudi, da zmanjšanje porabe alkohola in nikotina zmanjša ogroženost z rakom. Preventivno delo bi zato lahko imelo zelo dobre učinke.

Na VIII. seminarju dr. Dušana Reje leta 2000 smo pojasnili osnovne izraze v zvezi obravnavo rabe alkohola in podatke o njegovi porabi v Sloveniji v letu 1999 (2). Naša takratna raziskava je pokazala, da je poraba alkohola pri nas očitno zelo velika in da bi morali okrepiti preventivno dejavnost, če bi jo hoteli zmanjšati. Seveda bi morali prej bolje spoznati ciljno populacijo, saj pivske navade prebivalcev Slovenije še niso bile ustrezno raziskane.

Leta 2001 smo napravili raziskavo, s katero smo dobili vpogled v nekatere z zdravjem povezane vedenjske značilnosti odraslih Slovencev.

RABA ALKOHOLA V SLOVENIJI RAZISKAVA IZ LETA 2001

Raziskavo »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije« (3, 4) smo napravili na več kot 15.379 prebivalcih, starih 25-64 let. Pripravili smo jo kot presečno pregledno raziskavo po metodologiji CINDI Health Monitor (5), s kakršnimi sicer opazujejo

predvsem prevalenco raznih pojavov, povezanih z zdravstvenim stanjem prebivalcev. S 63,8 % prejetih odgovorov na poštno anketo smo dosegli za tovrstne raziskave precej velik odziv.

Analiza odgovorov je pokazala, da se respondenti in nerespondenti statistično pomembno ne razlikujejo po svoji starosti in po velikosti naselij, iz katerih so, v 5 od 9 zdravstvenih regij pa se razlikujejo po spolu, a te razlike smo glede na rezultate podobnih raziskav, ki so bile pred našo izvedene v drugih državah Evrope, tudi pričakovali (6-8). Med respondenti je bilo tako več žensk (53,9 %) kot moških (46,1 %), kar pa je, na primer, podobno kot na ravni nacionalnega vzorca v raziskavi na Finskem v letu 2001 (54,2 % žensk in 45,8 % moških) ali leto poprej v Latviji (56,7 % žensk in 43,3 % moških) (6-8). Za analizo je bilo primernih 9.034 vprašalnikov (iz analize so bili izločeni vprašalniki, pri katerih se podatka o spolu in starosti nista ujemala s podatkom, ki ju je posredoval Statistični urad RS).

V tabeli 1 so prikazane demografske in družbenoekonomske značilnosti tistega dela vzorca, ki je bil ovrednoten kot primeren za analizo.

Tabela 1. Demografske značilnosti vzorca, primerne za analizo (N = 9.034).

<i>Značilnost</i>	<i>Kategorija</i>	<i>%</i>
Spol	moški	45,6
	ženske	54,4
Starost	25-29	10,2
	30-34	12,6
	35-39	13,9
	40-44	13,0
	45-49	15,0
	50-54	13,0
	55-59	10,6
	60-64	11,8
Stopnja izobrazbe	nedokončana osnovna	6,5
	osnovna	16,2
	poklicna	31,0
	srednja	25,6
	višja	8,7
	visoka	12,1

<i>Značilnost</i>	<i>Kategorija</i>	<i>%</i>
Družbeni sloj	spodnji	2,4
	delavski	35,3
	srednji	46,8
	višji srednji	9,7
	zgornji	1,2
	neopredeljen	4,7
Bivalno okolje	mestno	34,1
	primestno	23,1
	vaško	42,8

Iz zbranih podatkov smo izdelali analizo ogroženosti zaradi nekaterih za zdravje škodljivih vedenj, kot so kajenje, nezdravo prehranjevanje, tvegano uživanje alkoholnih pijač, telesna nedejavnost in druga.

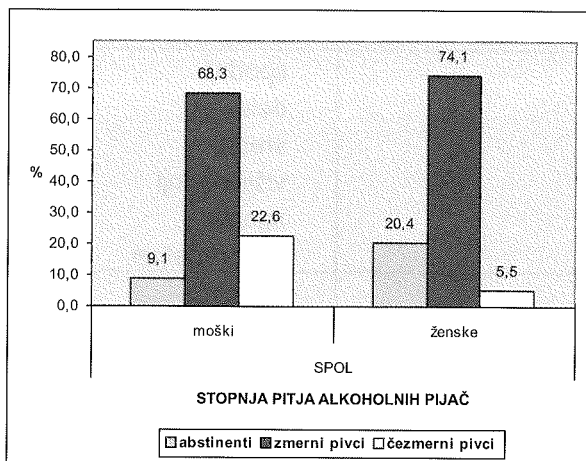
Pri škodljivih vedenjih, povezanih z rabo alkohola (tvegana raba alkohola), smo določali stopnjo pitja alkoholnih pijač, pri kateri sta nas zanimali predvsem *čezmerno pitje* in *alkoholno opijanje*.

- za ugotavljanje čezmernega pitja smo naprej določili tri stopnje pitja alkoholnih pijač: stopnja 1 = abstinenca, stopnja 2 = zmerno pitje in stopnja 3 = čezmerno pitje. Kot popolne abstinentne smo opredelili tiste, ki v zadnjem letu niso zaužili alkohola (0 gramov na dan); kot zmerno pivce smo opredelili ženske, ki so zaužile 10 gramov ali manj, in moške, ki so zaužili 20 gramov ali manj čistega alkohola na dan; čezmerni pivci so bile ženske z več kot 10 gramov in moški z več kot 20 gramov zaužitega čistega alkohola na dan;
- med osebe, ki se ne opijajo, smo uvrstili samo moške, ki niso niti enkrat v letu ob eni priložnosti popili več kot šest meric alkohola, in ženske, ki niso niti enkrat v letu ob eni priložnosti popile več kot štiri merice alkohola.

REZULTATI RAZISKAVE IZ LETA 2001

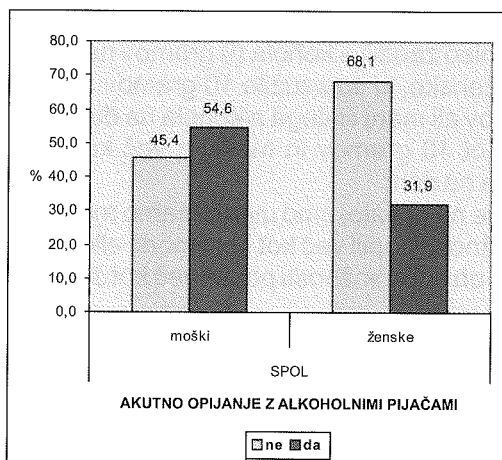
Raba alkohola in spol

Povezovanje čezmernega pitja alkoholnih pijač s spolom je pokazalo, da je delež čezmernih pivcev kar 4-krat večji pri moških kot pri ženskah, delež abstinentov pa še enkrat večji pri ženskah kot pri moških (slika 1).



Slika 1. Porazdelitev anketirancev glede na stopnjo pitja alkoholnih pijač, ločeno po spolu.

Tudi pri alkoholnem opijanjanju je odstotni delež moških skoraj še enkrat večji kot pri ženskah (slika 2).



Slika 2. Porazdelitev anketirancev glede na opijanjanje, ločeno po spolu.

Raba alkohola in starost

Pogostost čezmernega pitja narašča s starostno skupino, s 6,9 % v najmlajši (25-29 let) do 19,3 % v najstarejši (60-64 let). Ob upoštevanju dejstva, da se odvisnost od alkohola razvija dokaj počasi (tudi do 20 let) in da ni odvisna le od stopnje pitja, ampak tudi od drugih dejavnikov, ne moremo načrtovati preventivnih dejavnosti le na podlagi starostne strukture čezmernih pivcev. Po drugi strani pa je ob staranju prebivalstva treba upoštevati značilnosti rabe alkohola med starejšimi (9).

Pogostost akutnega opijanja pa po starostnih skupinah najprej postopno pada, od 46,6 % v skupini 25-29 let do 40,0 % v starostni skupini 50-59 let, v najstarejši pa je spet nekoliko večja (42,4 %).

Raba alkohola in izobrazba

Povezovanje čezmernega pitja alkoholnih pijač s stopnjo izobrazbe kaže, da odstotni delež ljudi s takim vedenjem pada s stopnjo izobrazbe: največji delež, 17,5 %, smo našli med anketiranci z nedokončano osnovo šolo.

Opijanja je največ med anketiranci z 2-3-letno poklicno šolo (46,1 %), najmanj pa med tistimi z dokončano višjo šolo (38,0 %).

Raba alkohola in zaposlitev

Čezmerno pitje alkoholnih pijač je bolj razširjeno med nezaposlenimi anketiranci, vendar razlike niso velike (14,5 % med nezaposlenimi in 12,8 % med zaposlenimi).

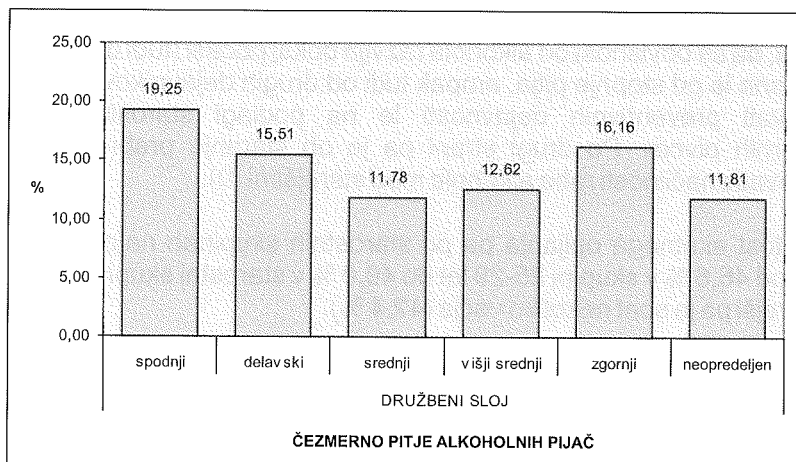
Opijanje je pogostejše med zaposlenimi (43,7 % proti 39,2 %) kot nezaposlenimi anketiranci.

Raba alkohola in družbeni sloj

Anketirance smo prosili, da sami ocenijo, v kateri družbeni sloj spadajo. Navedli smo naslednje možnosti: spodnji, delavski, srednji, višji srednji, zgornji, neopredeljen.

Povezovanje čezmernega pitja alkoholnih pijač z družbenim slojem anketirancev kaže, da odstotni delež ljudi s takim vedenjem upada od čisto

spodnjega sloja, v katerem je največji, do srednjega sloja, kjer je najmanjši, nato pa se do zgornjega sloja spet večja (slika 3).



Slika 3. Pogostost čezmernega pitja alkoholnih pijač po družbenih slojih.

Opijanje dosega največji delež v zgornjem družbenem sloju (46,5 %), najmanjšega v skupini neopredeljenih (37,8 %), v vseh drugih slojih pa tudi presega 40 % anketirancev.

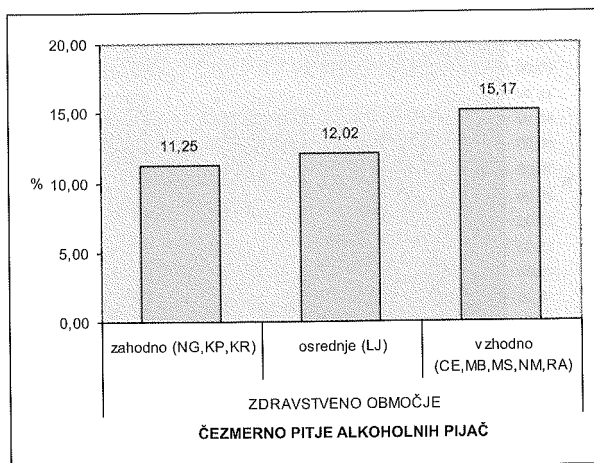
Raba alkohola in bivalno okolje

Povezovanje čezmernega pitja alkoholnih pijač s tipom bivalnega okolja anketirancev kaže, da je takega pitja največ v vaškem (15,1 %), najmanj pa v primestnem okolju (11,9 %).

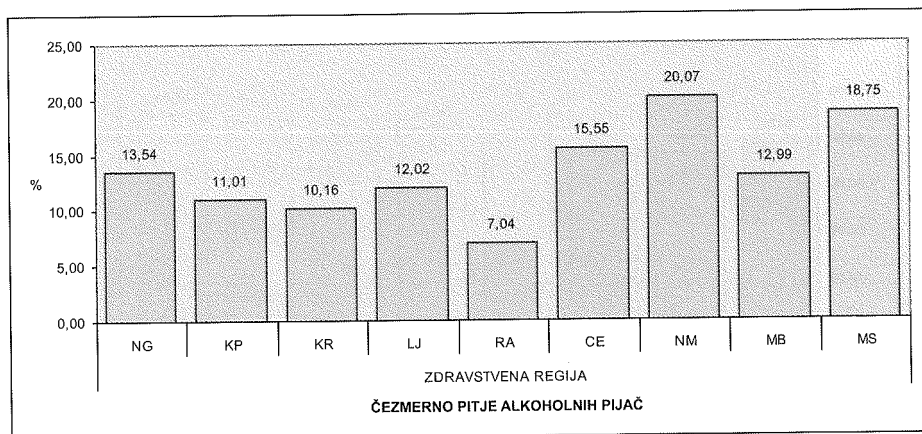
Tudi opijanja je najmanj v primestnem okolju (41,8 %), vendar je delež podoben tudi v drugih bivalnih okoljih.

Raba alkohola in zdravstveno območje

Čezmerno pitje alkohola v grobem narašča od zahoda proti vzhodu države (slika 4a), ob razdelitvi Slovenije na devet zdravstvenih regij pa se izkaže, da ga je več v tistih predelih Slovenije, kjer je večja tudi pridelava vina (slika 4b).

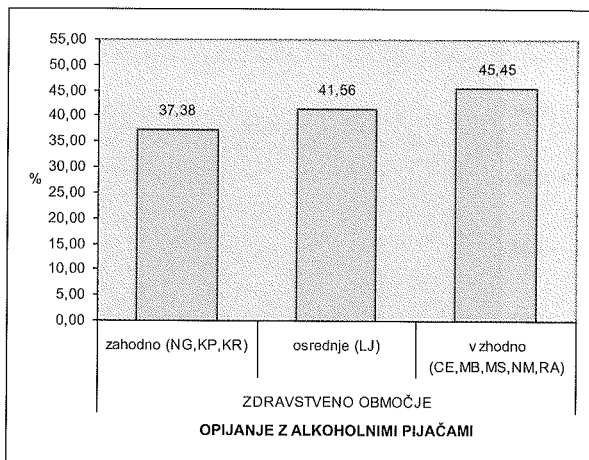


Slika 4a. Pogostost čezmernega pitja alkoholnih pijač po treh velikih geografskih območjih Slovenije.

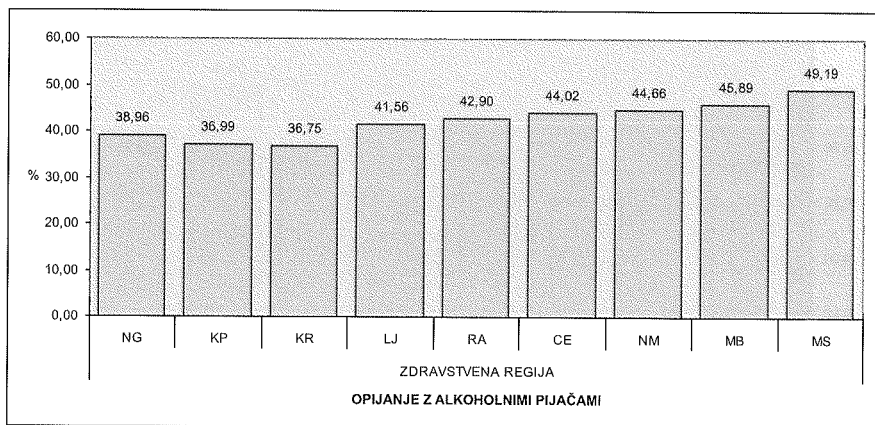


Slika 4b. Pogostost čezmernega pitja alkoholnih pijač po devetih zdravstvenih območjih Slovenije, razvrščenih od zahoda proti vzhodu.

Tudi alkoholno opijanje v grobem narašča od zahoda proti vzhodu (slika 5a), podrobnejša razdelitev Slovenije na devet zdravstvenih območij pa pokaže, da je ta trend več kot očiten (slika 5b).



Slika 5a. Pogostost alkoholnega opijanja po treh velikih geografskih območjih Slovenije.



Slika 5b. Pogostost alkoholnega opijanja po devetih zdravstvenih območjih Slovenije, razvrščenih od zahoda proti vzhodu.

ZAKLJUČEK

S podrobnimi analizami podatkov smo ugotavljali, kolikšna je ogroženost odraslih prebivalcev Slovenije s čezmernim pitjem alkoholnih pijač in

opijanjem. Med prebivalci Slovenije so s *čezmernim pitjem* alkoholnih pijač najbolj ogroženi moški, stari 60-64 let, z največ dokončano 2-3-letno poklicno šolo, najpogosteje brez aktivne zaposlitve, iz delavskega družbenega sloja in vaškega okolja vzhodnega dela Slovenije. Med 5 % anketirancev, ki so najbolj ogroženi z *opijanjem*, je največ moških, starih 25-39 let, pretežno z dokončano 2-3-letno poklicno šolo, zaposlenih, iz srednjega družbenega sloja, mestnega ali vaškega okolja in pretežno iz vzhodnega dela Slovenije.

Obremenjenost s tveganim pivskim vedenjem (čezmernim pitjem oziroma opijanjem) se razlikuje predvsem po starostnih skupinah, očitno pa tudi po geografskih predelih Slovenije. Zato bi bilo smiselno preventivne dejavnosti, ki naj bi med drugim zmanjšale tudi pojavljanje raznih vrst rakov, usmeriti na čim mlajše starostne skupine, predvsem v bolj ogroženih predelih oziroma regijah.

Reference

1. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. Alcohol consumption and the risk of cancer. A meta-analysis. *Alcohol Research Health* 2001; 25: 263-70.
2. Čebašek-Travnik Z, Hovnik Keršmanc M. Pivske navade pri Slovencih. In: Štabuc B, editor. *Prehrana in rak. VIII. seminar »In memoriam dr. Dušana Rejek«*. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2000: 33-42.
3. Zaletel-Kragelj L. Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Protokol raziskave. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino Medicinske fakultete in CINDI Slovenija, 2001: 52.
4. Zaletel-Kragelj L, Gruntar-Činč M, Maučec-Zakotnik J. Regional differences in some socio-economic determinants of health and some death-behaviour in Slovenia CINDI health monitor survey 2001 Results. In: Book of abstracts, International conference - promoting health through physical activity and nutrition (Krepimo zdravje z gibanjem in zdravo prehrano), 18.21. april 2002, Radenci, Slovenija: 177.
5. Prättälä R, Helasoja V, Laaksonen M, Laatikainen T, Nikander P, Puska P. CINDI health monitor. Proposal for practical guidelines. Publications of the National public health institute, Finland, 2001: 20.
6. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Health behaviour and health among Finnish adult population, spring 2001. Publications of the National public health institute, Finland, 2001: 202.
7. Grabauskas V, Klumbiene J, Petkevičiene J et al. Health behaviour among Lithuanian adult population, 2000. Publications of the National public health institute, Finland, 2001: 133.

8. Pudule I, Grinberga D, Rituma A et al. Health behaviour among Latvian adult population, 2000. Publications of the National Public Health Institute, Finland, 2001: 148.
9. Čebašek-Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi pri starejših. Isis 1999; 8 (4): 83-4.