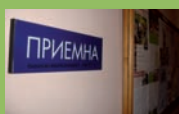




заедно

ПРЕВАНТИВНО – ИНФОРМАЦИОНЕН ЦЕНТЪР ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА НАРКОМАНИИТЕ – СОФИЯ



СОЦИАЛЕН ПРОФИЛ НА ЛИЦАТА, ПРОВЕЛИ ЛЕЧЕНИЕ В ПРЕВАНТИВНО-ИНФОРМАЦИОННИЯ ЦЕНТЪР ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА НАРКОМАНИИТЕ – СОФИЯ (ПИЦ ПО ПН) ПРЕЗ ПЕРИОДА ОТ 1.1.2007 ДО 1.12.2007 г.



ХИПЕРАКТИВНОТО ДЕТЕ

ДОЦ. Д-Р СВЕТЛА СТАМБОЛОВА, ДМ,
СПЕЦИАЛИСТ ПО ДЕТСКО-ЮНОШЕСКО ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ



ДЕЙНОСТ НА СЕКРЕТАР-КООРДИНАТОРИТЕ КЪМ ОБЛАСТНИЯ
СЪВЕТ ПО НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА – СОФИЯ



„ЕВРОПЕЙСКИ ГРАДОВЕ СРЕЩУ НАРКОТИЦИТЕ“ РЕЗУЛТАТИ ОТ ПЪРВОТО МЕЖДУНАРОДНО ПРОУЧВАНЕ,
ПРОВЕДЕНО В СОФИЯ, В РАМКИТЕ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПРОЕКТ „МЛАДЕЖТА В ЕВРОПА -
ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА УПОТРЕБАТА НА НАРКОТИЦИ“



ГИНЕКОЛОГИЧНИ СИМПТОМИ И ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЖЕНИ, УПОТРЕБЯВАЩИ
ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА

Д-Р ЕЛЕНА ПАВЛОВА, КЛ. ОРДИНАТОР ПО АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ



ЕВРО 2008

АЛКОХОЛЪТ НЕ ТРЯБВА ДА ПОМРАЧАВА УДОВОЛСТВИЕТО ОТ СПОРТА

СОЦИАЛЕН ПРОФИЛ НА ЛИЦАТА, ПРОВЕЛИ ЛЕЧЕНИЕ В ПРЕВАНТИВНО-ИНФОРМАЦИОННИЯ ЦЕНТЪР ПО ПРОБЛЕМИТЕ НА НАРКОМАНИИТЕ – СОФИЯ (ПИЦ по ПН) ПРЕЗ ПЕРИОДА ОТ 1.1.2007 ДО 1.12.2007 г.

В ПИЦ по ПН – София е съставен социален профил на лицата с алкохолен, хероинов или друг проблем, провели лечение и получили психологическа и социална подкрепа през 2007 г. Данните за неговото изготвяне са взети от медицинската документация на Центъра.

Основни характеристики:

СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ

През периода (1.1.07 г. – 1.12.07 г.) по-голямата част от лицата, потърсили лечение са мъже. Съотношението мъже/жени 4:1 се запазва в сравнение с последните години. Около 97% са с постоянно местоживее в София, а 3% са тези, които живеят извън и временно пребивават в столицата. Средната възраст на изследваните лица е 28 години. Минималната възраст при жените е 17 години, а максималната – 56 години. При мъжете минималната възраст е 16 години, а максималната – също 56 години.

ОБРАЗОВАТЕЛЕН ЦЕНЗ

По-голямата част от лицата са достигнали средна и висока степен на образование. Средно образование са завършили 50% от изследваните. С висше образование са около 16% от тях. Лицата, които продължават своето образование над основно и средно са около 14%. Лицата с основно образование, които не учат и нямат желание да продължат своето образование са 20%.

СЕМЕЕН СТАТУС

По-голямата част от изследваните лица са несемейни – 65%. Живеещите с постоянен партньор – 15%. Семейни – 10%. Разведени или разделени са 10%. Живеещите с деца са много малък процент (1%).

Приблизително 75% живеят на постоянен адрес със своите родители и са подкрепени от тях при справяне с проблема (при повечето случаи от майките). По около 25% си разделят лицата, които са подкрепени от свои приятели, роднини и тези, които предпочитат да се справят сами. При 52% от случаите родителите са разведени или не живеят заедно, или един от тях е починал. При повечето от подобните случаи, бащата е липсващата фигура в семейството.

ТРУДОВ СТАТУС

Приблизително половината от лицата имат постоянна трудова заетост. Безработни или икономически неактивни (които не търсят работа) са около 40% от изследваните. Това усложнява социално-икономическото положение на тези лица и семействата им.

Регистрираните в съответните подразделения към РД „Бюра по труда“ са единични случаи. Временна и/или сезонна работа без трудов договор имат близо 10%. За останалите няма информация. Най-често сред посочваните източници на доходи са родителите.

МЕДИЦИНСКИ, ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН И ПРАВЕН СТАТУС

Значително се е увеличил процентът на лицата с възстановени здравноосигурителни права. Над 60% от лицата имат личен лекар, здравноосигурени са и имат достъп до здравните служби. Около 50% са изследвани за ХИВ, хепатит В, хепатит С, сифилис. 20% от тях са с положителен резултат за хепатит С, но не са включени в Националната програма за лечение на вирусен хепатит С. 10% от лицата са с криминални прояви и имат проблеми със съответните власти.



Забелязва се подобрене по отношение на трудовия и здравноосигурителния статус, в сравнение с предходните години.

Обобщените данни от медицинската документация на Центъра през изследвания период сочат, че основното проблемно вещество е хероин. Съотношението мъже/жени е 6:1. Над половината от употребяващите хероин приемат веществото интравенозно. На следващо място са лицата със злоупотреба и зависимост към алкохол. Съотношението мъже/жени е 2,6:1. Слабо е увеличен броят на жените от тази група, в сравнение с 2006 година.

С проблемна употреба на стимуланти, канабис и/или комбинирана злоупотреба и зависимост са останалите лица, обект на изследването през посочения период, потърсили консултация и лечение в Центъра.

Данните сочат:

- леко понижение на броя на пациентите с хероинова зависимост;
- увеличение на броя на лицата с психични и поведенчески разстройства, дължащи се на злоупотреба с психоактивни вещества без формирана зависимост;
- стабилност в общия брой на лицата с алкохолна злоупотреба и зависимост.

По-голямата част от лицата, потърсили помощ са получили информация за Центъра от семейството, близки или приятели – около 45%, а от специализирани здравни заведения – 20%. Много малък е процентът на насочване от общопрактикуващи лекари и неспециализирани здравни служби – 5%. При около 30% от случаите, лицата са търсили информация сами и най-вече от интернет страницата на Центъра – www.sofiamca.org. Лицата, които за пръв път са посетили Центъра са около 75% от случаите, а 25% – за втори и трети път.

Социалният профил на лицата, провели амбулаторно лечение и /или консултиране, се прави за първи път в ПИЦ по ПН. Тенденцията е създаването му да продължи и през следващите години. Целта е според семейния, образователния, здравния и трудовия статуси и заявените от пациентите проблеми да се изготви социална програма в по-глобален аспект, ориентирана към ресоциализация на тези лица.

Пламенка ПЕТРОВА, социален работник

ХИПЕРАКТИВНОТО ДЕТЕ



ДОЦ. Д-Р СВЕЛА СТАМБОЛОВА, дм, е специалист по детско-юношеско психично здраве. В продължение на 30 години ръководи специализирана клиника по детско-юношеска психиатрия към Медицинска Академия, София. Доц. Стамболова

има над 100 научни публикации в авторитетни научни списания, а дисертационният ѝ труд е посветен на проблемите на юношеската шизофрения. Участвала е в много международни форуми. Интересите ѝ са в областта на лечението на емоционални и поведенчески разстройства в детска възраст. През последните 2 години насочва усилията си главно към лечение на деца с разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност като една от най-новите области на интерес в световен мащаб.

e-mail: sstambolova@abv.bg; тел.: 0887/ 61 67 05



Ако подозирате, че детето страда от синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието, трябва да знаете, че това е медицинско състояние, резултат на различни невробиологични причини, а не на лошо възпитание. В превод популярното в Европа и САЩ съкращение ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) означава Синдром на хиперактивност и дефицит на вниманието. Касае се за едно от най-често диагностицираните невропсихиатрични разстройства в детството и юношеството, което се характеризира с постоянно високи нива на невнимание, хиперактивност и импулсивно поведение, надхвърлящи очакваните за съответната възраст.

Проблемът днес е особено актуален поради изключително високата честота на разстройството. Установено е, че за ранната училищна възраст тя е от 3-7 %. Около 2/3 до 3/4 от децата с ADHD продължават да имат симптоми и в юношеството, а 2-4 % – и в зряла възраст. Пиковата възраст за изява е между 6 и 9 години, макар че отделни симптоми могат да се наблюдават и преди 5-годишна възраст. Мъжкият пол е по-засегнат, като съотношението на момчета към момичета е 4 : 1.

Диагнозата се поставя въз основа на комплекс от данни за специфични симптоми и прояви, получени от различни източници: диагностично интервю с родителите, информация от учители, възпитатели, други лица, които имат наблюдения върху поведението на съответното дете, клинично интервю, данни от стандартизирани оценъчни скали и инструменти, физикално изследване, оценка от мултидисциплинарен екип от психолог, логопед, педагог. Могат да се използват и данни от някои лабораторни методи като ЕЕГ, ПЕТ и др., без те да са специфични в диагностичния процес.

ОСНОВНИТЕ СИМПТОМИ НА ADHD СЕ ОТНАСЯТ КЪМ СЛЕДНИТЕ ТРИ КАТЕГОРИИ:

- **невнимание** (разсеяност, лоша концентрация) – липсва насочено внимание към детайлите; налице са трудности в съсредоточаването при извършване

на определени дейности; детето не слуша, когато му се говори, не следва инструкциите; трудно се организира; избягва ангажирането със задачи, които изискват умствени усилия; губи си нещата, необходими за определени дейности; лесно се разсейва от външни стимули;

- **хиперактивност** (неспокойствие винаги и навсякъде) – напр. детето не стои седнало, когато това се очаква от него; не е в състояние да играе спокойно; непрекъснато е в движение, действа като мотор;
- **импулсивност** – говори без да се съобразява с обкръжението, бърза с отговора, преди да е чуло целия въпрос; прекъсва и непрекъснато се натрапва на другите; често блъска, удря; не спазва реда на групата.

Използването на унифицирани критерии за поставяне на диагнозата намалява риска от свръх или недостатъчно диагностициране. За тази цел се прилагат диагностичните критерии на Диагностично статистически наръчник на Американската психиатрична асоциация - DSM IV и Международна класификация на болестите - МКБ 10. Според класификациите за диагнозата е необходимо наличие на:

- поне 6 или повече симптома на нарушено внимание, или хиперактивност/импулсивност в продължение на поне 6 месеца до степен, която е дезадаптивна и несъответна за нивото на развитие;
- някои от симптомите на нарушено внимание или хиперактивност/ импулсивност трябва да са налице преди 7 годишна възраст;
- проявите следва да са наблюдавани в две или повече ситуации, поведението да влияе подчертано негативно върху функционирането на пациентите.

В DSM IV се разграничават три подтипа на ADHD:

- с преобладаване на нарушено внимание
- хиперактивно / импулсивен тип
- комбиниран тип

Много често при децата под 6-годишна възраст някои от симптомите остават неразпознати от родителите или възпитателите. Обикновено такива деца се описват като свръхчувствителни към стимули, лесно се разстройват от шум, светлина, температурни промени, показват повишена активност при прохождение, имат лош и нерегулиран сън. По-късно стават прекомерно раздразнителни, емоционално лабилни, импулсивни, нерядко с дискретни двигателни и координационни нарушения.

Най-често повод за търсене на специализирана помощ са ниските училищни постижения в начална училищна

възраст, несъответстващи на възможностите на детето, както и разрушително и деструктивно поведение.

В отделните възрастови етапи водещите симптоми на разстройството се променят. В юношеството хиперактивността, по-характерна за ранната училищна възраст, се заменя с невнимание и импулсивност. Заедно с това се установява лоша невербална памет, трудно регулиране на емоциите, интерперсонални трудности в семейството и с връстниците, понижено самочувствие. В зряла възраст проблемите с невниманието и импулсивността продължават да персистират, което създава сериозни проблеми за пациентите на работното място, с честа смяна на работа, постигане на по-нисък образователен ценз, по-нисък социален статус.

Индивидите с ADHD се отличават с нисък фрустрационен праг, избухливост, сприхавост, което води до чести конфликти с околните. Правят впечатление сериозните затруднения в организиране на ежедневните задачи, както и по-честите проблеми при управление на моторни превозни средства.

Диагнозата на ADHD не винаги е лесна и изисква опит, време и усилия. Диагностични трудности създават, както случаите в по-ранна възраст, поради невъзможност за разграничаване на болестната хиперактивност от проявите на палавото дете, така и случаи в юношеска и зряла възраст, когато информацията за начало на разстройството в детството обикновено липсва или е непълна. Наред с това следва да се отбележи, че използваните диагностични критерии се отнасят главно за децата в училищна възраст и не са адаптирани за оценяване на по-късните прояви на разстройството. В рутинната клинична практика за определяне дали едно дете или юноша има хиперкинетично разстройство или дефицит на вниманието без хиперактивност не е достатъчно само наличие на определени симптоми, но и комплексно оценяване от детско-юношески психиатър и мултидисциплинарен екип. Те достигат до диагнозата чрез оценка на детското поведение, физикално изследване, оценяване на информацията от учители и родители, търсене на съпътстващи заболявания и разграничаване на други медицински проблеми, които могат по своята поведенческа изява да наподобяват ADHD (напр. проблеми в слуха и зрението, анемия, алергия, хранителни проблеми, проблеми с щитовидната жлеза, разстройства в развитието и други). Трябва да се отбележи, че около 33 % от децата с ADHD имат и други психични заболявания. При хиперактивните деца и юноши често се срещат и различни поведенчески разстройства, разстройство с противопоставяне и предизвикателство, тревожните разстройства, заболявания на настроението, специфични обучителни затруднения, тикове. В юношеството и зрялата възраст най-често съпътстващи са депресия, мания, тревожни разстройства, злоупотреба с алкохол и наркотични вещества, личностова патология.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗА ИНДИВИДА И ОКОЛНИТЕ

Хиперкинетичното разстройство влияе неблагоприятно не само върху индивида, но и на неговото обкръжение – семейство, училище, връстници.

Проблемите в училище произтичат от по-ниските постижения, невъзможност за спазване на правила, деструктивно поведение. В резултат се формира негативна нагласа и отношение на учителите и съучениците до степен отхвърляне на тези проблемни деца. Самотни и изолирани, те по-често попадат в асоциални групи със склонност към злоупотреба с наркотици и асоциално поведение.

В семействата с хиперактивни деца трудностите, свързани с поведението водят до нарушаване на семейната

хармония, настъпват семейни конфликти, зачестяват разводите, има и финансови проблеми. Дълбоко фрустрирани от неуспеха си за справяне, родителите също са повече или по-малко самотни в проблема си.

Във връзка с неблагоприятните последици от поведението на хиперактивните деца и юноши, по-чести са: ранната бременност, риска от насилие и асоциално поведение в училище и извън него. С всичко това социалната цена на ADHD става твърде висока. Налице е необходимост от създаване на специални програми и служби за справяне с проблема.

СТРАТЕГИИ ЗА СПРАВЯНЕ

В специализираната литература въпросът за най-ефективното лечение на ADHD все още остават открит. Предлагат се различни психотерапевтични и психосоциални интервенции, медикаментозно лечение, диети, хомеопатно лечение, перцептуално стимулационен тренинг и др.

На експертно ниво е постигнат консенсус за това, че лечението на разстройството следва да е мултимодално с индивидуализация за конкретния пациент. Терапевтичните интервенции включват: информиране на семейството, родителски тренинг за справяне, поведенчески интервенции в детските градини и в училище, обучение и поведенческа терапия с проблемното дете, тренинг за развитие на социални умения и не на последно място даването на медикаменти под лекарски контрол. Целта е да се постигне контрол на симптомите на ADHD, което реално прави децата по-податливи на педагогически и психологически интервенции, прави резултатни възпитателните интервенции на родителите и като цяло подобрява качеството на живот. Изследванията в тази насока показват, че най-добри резултати се постигат при едновременно приложение на медикаменти и поведенческа терапия самостоятелно или в комбинация.

Сред групата медикаменти, които се прилагат при ADHD, стимулантите се препоръчват като средство на първи избор. Макар и парадоксално като ефект, давани в ниски дози те отчетливо намаляват проявите на хиперактивност, нарушено внимание и импулсивност при децата с ADHD. Подобрява се нивото на социалните взаимоотношения и съдействието на индивида както към лечението, така и към обучението. Сред различните представители на тези лекарствени средства са Methylphenidate, Dexamphetamine, Pemoline. Най-много опит има с Methylphenidate. У нас вече е налице регистрация на медикамента Concerta (форма за удължено освобождаване на Methylphenidate през целия ден). Това е една добра възможност за адекватно лечение на Синдрома на хиперактивност с дефицит на вниманието/Хиперкинетичното разстройство съобразено с международните стандарти. Понякога освен стимулиращи лекарства за лечението на ADHD се прилагат и други медикаменти като антидепресанти, антихипертензионни средства, Виргоріон, невролептици. Изборът се прави след прецизно поставяне на диагнозата. Това следва да се провежда от специалисти с нужната компетентност и опит. Ранната диагноза и подходящо лечение още в детска възраст могат да осигурят положителен изход от заболяването и разгръщане на пълния потенциал на индивида в зряла възраст.

В съгласие със съвременните международни ръководства и стандарти пациентите, суспектни за ADHD/Хиперкинетично разстройство, с или без дефицит на вниманието следва да се насочват към квалифицирани специалисти по детско-юношеско психично здраве (детско-юношески психиатри, подготвени за целта психолози или педиатри), каквито вече има и в България.

ДЕЙНОСТ НА СЕКРЕТАР-КООРДИНАТОРИТЕ КЪМ ОБЛАСТНИЯ СЪВЕТ ПО НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА – СОФИЯ

Дейността на секретар-координаторите към ОБСНВ обхваща почти всички райони на столицата. В отговор на Плана за действие за изпълнение на Общинската стратегия за борба с наркотиците (2007-2011) работата на координаторите цели осъществяване на ефективна първична превенция сред подрастващите.

ПРЕДСТАВЯМЕ РАЙОН „ИЛИНДЕН“

„Илинден“ е един от 24-те административни района на Столична община. Той се намира в западната част на София и включва ж.к. „Захарна фабрика“, ж.к. „Гевгелийски“, ж.к. „Света Троица“ и част от ж.к. „Илинден“. Населението на района е около 37 хил. души.

В район „Илинден“ има няколко основни и средни училища, една езикова и три професионални гимназии – 113 СОУ „Сава Филаретов“, до което се намира и ДДЮЛРГ „П.Р.Славейков“; 43 ОУ „Хр.Смирненски“; 45 ОУ „К.Величков“; 110 ОУ „Проф.Г.Кацаров“; 3 СОУ „Марин Дринов“; 2 АЕГ „Томас Джеферсън“; ПГТЕ „Хенри Форд“; ПГХВП „Проф. Г.Павлов“; ПГСЕ „А.С.Попов“.

Като секретар-координатор на ОБСНВ за район „Илинден“, една от основните ми задачи е повишаване на информираността на учениците и усвояване на знания и умения от тях в сферата на човешките взаимоотношения. Целта на провежданите срещи и дискусии с ученици и специалисти е превенция на рисково поведение, водещо до употреба на наркотични вещества.

През изминалата 2006-2007 учебна година специалистите, с които работихме по превенция на употреба на психоактивни вещества в училищата бяха: шест педагогически съветници, един психолог, двама помощник директори и четирима учители - класни ръководители. Партньори за осъществяването на една от инициативите бяха: г-жа Андреева (читалище „Раковски“), община Илинден (в лицето на кмета г-н Савов и секретаря на МКБППМН г-жа Диманова), ОБСНВ-София и Превантивно информационния център по проблемите на наркоманиите към СО.

В резултат на сътрудничеството ми с училищните специалисти от района бяха осъществени: няколко срещи с родители на ученици в ПГХВП „Проф. Г.Павлов“ и с родители на един клас от 43 ОУ „Хр.Смирненски“; обучителна програма за две паралелки 8 и 9 клас във 2 АЕГ „Томас Джеферсън“ и два конкурса под мотото „Живот в радост, живот без риск“.

„Живот в радост, живот без риск“ е Програма за превенция на употреба на наркотични вещества сред



подрастащите, възникнала като инициатива през 2006 г. в работна среща с учителя по рисуване и помощник директора на 43 ОУ. Процесът, през който преминаха участниците бе в рамките на един месец. Учениците дискутираха по проблемите, свързани с употребата на наркотични вещества, възможностите за осъществяване на превантивни дейности чрез изкуство и въздействието на творбите им върху връстниците.

Всички – организатори и участници – се обединихме около необходимостта от провеждане на подобни конкурси през всеки срок на учебната година. С подкрепата на специалистите, работещи в читалище „Раковски“ и учителите на 43 ОУ „Хр.Смирненски“ и 3 СОУ „Марин Дринов“, ще каним да се присъединяват към тази идея и нови участници от района и от други училища в София.

През изминалата учебна година в района стартира пилотна програма с един 8-ми и един 9-ти клас на 2 АЕГ „Томас Джеферсън“. В рамките на часа на класа бяха проведени по 4 урока с двата класа. Целта на програмата бе да се създаде пространство за взаимодействие на ученици, родители, преподавателски екип и специалисти в сферата на превенция на рисково поведение сред подрастващите. Изпълнението се ограничи до работата с учениците. Темите, по които работихме, бяха: „Какво е да си зависим?“, „Алкохол – злоупотреба и последици. Какъв е моят избор?“, „Никотин и марихуана - злоупотреба и последици?“. Учениците бяха много активни и извеждаха свои убеждения по темите. Това, което не успяхме да реализираме с ръководството на училището бяха срещите с родители и преподаватели.

За тази учебна година са проведени срещи-дискусии с класни ръководители от 43 ОУ „Хр.Смирненски“, 113 СОУ „Сава Филаретов“ и ПГХВП „Проф. Г.Павлов“. Темата, която събужда интерес за работа с интерактивни методи е „Работа с класа на ниво обу-

на 9-а стр. ➡



„ЕВРОПЕЙСКИ ГРАДОВЕ

Резултати от първото международно проучване, проведено в София, в рамките на европейския проект „Младежта в Европа – Програма за превенция на употребата на наркотици“

Данните от проучването бяха представени на специална пресконференция, която се състоя на 15 април 2008 г. в хотел Хилтън, София. На нея присъстваха над 60 журналисти и много гости, както и участници в проекта, осъществили изследването.

Главният изследовател и ръководител на проучването Момчил Василев обяви резултатите от анкетата, проведена в град София сред 5180 ученици от 9 до 13 клас през есента на 2006 г. Изследван е стилът на живот на младите хора, техните нагласи спрямо употребата на легални и нелегални психоактивни вещества. Идентифицирани са протективни и рискови фактори, свързани с тази употреба.

Александрина Алексова – координатор на програмата за България, психолог в Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите към Столична община запозна журналистите и гостите на пресконференцията с европейската Програма за превенция на употребата на наркотици.

Пресконференцията бе водена от г-р Дорита Кръстева, директор на Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите към Столична община. Тя представи бъдещите превантивни дейности по Програмата.

Европейският проект „Младежта в Европа – Програма за превенция на употребата на наркотици“ е инициран от ECAD и се осъществява в повече от 10 европейски градове. В София той се реализира с финансовата подкрепа на Актавис.

Основен партньор по проекта от името на град София е Столична община, а дейностите се осъществяват от екип на Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите към Столична община, под методическото ръководство на Националния център по наркомании и Националния фокусен център за наркотици и наркомании.



АКО ДАННИТЕ ЗВУЧАТ СКАНДАЛНО, ЗНАЧИ ИМА НЕЩО СКАНДАЛНО В ДЕЙСТВИТЕЛНОСТТА

Момчил ВАСИЛЕВ, ръководител на Националния фокусен център за наркотици и наркомании пред читателите на бюлетин „ЗАЕДНО“

Бихте ли насочили вниманието на нашите читатели към някои от най-показателните данни от проучването, особено към тези, които ни позволяват да се сравняваме с други градове в Европа?

Нека започнем с проучването сред учениците от гимназиалния курс (9-13 клас) в град София. Ето някои показателни резултати:

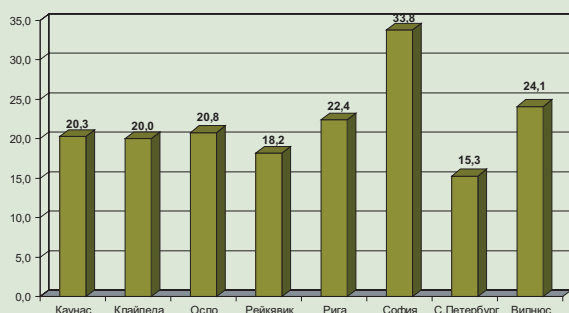
Всеки трети от учениците (36,2 %) е пушил цигари през последните 30 дни преди проучването, като близо



половината от тях (17,3 %, или около 10 000 ученици) пушат средно по над половин кутия на ден. Всеки шести ученик е изпушил първата си цигара на възраст до 12 години включително.

СРЕЩУ НАРКОТИЦИТЕ

ПРОЦЕНТ НА УЧЕНИЦИТЕ В УЧАСТВАЩИТЕ ГРАДОВЕ, КОИТО СА СЕ НАПИВАЛИ ПОНЕ ВЕДНЪЖ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 30 ДНИ



Близко (72,9 %) от учениците са се напивали поне веднъж в живота си, около 3 % (около 2 000 ученика) са се напивали повече от 10 пъти (което означава поне през ден) през последните 30 дни. Двама от всеки петима от анкетираните ученици (38,7 %) са се напили за първи път на възраст до 14 години включително.

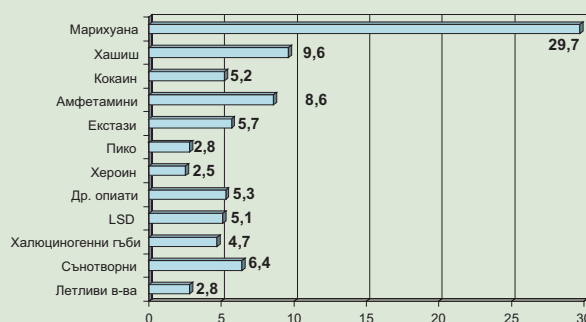
Около 1/3 от анкетираните ученици (33,5 %) са употребили каквото и да е незаконно наркотично вещество поне веднъж в живота си. Канабисът е най-употребяваното незаконно наркотично вещество (30,0 %), следвано от амфетамини (8,6 %), екстази (5,9 %), кокаин (5,3 %), други опиати освен хероин (5,3 %) и др. Приблизително всеки девети анкетиран ученик (11,2 %) е употребил канабис през последните 30 дни.

Ако продължим със сравнения в рамките на проучването сред ученици на възраст 15-16 години, ще трябва да отбележим няколко значими факта. Софийските ученици са на първо място по признака „напиване поне веднъж през последния месец“ сред всички девет европейски града, участващи в проучването - това са направили около 10 000 ученици на тази възраст (или 33,8 % от анкетираните). Нашите ученици са на второ място сред връстниците си по ежедневно тютюнопушене - 32,6 % от запитаните ученици в София са заявили, че пушат всеки ден. По този показател, на първо място са учениците от столицата на Литва Вилнюс (33,0 %), а на последно място са подрастващите в норвежката столица Осло (8,0 %). Учениците ни са на второ място и по признака „употреба на канабис поне веднъж в живота“ - 27,3 % от тях имат такъв опит. На първо място по този показател в това проучване са връстниците им от литовския град Клайпеда (29,1 %).

Кои са защитните и рисковите фактори, свързани с употребата на психоактивни вещества сред учениците според изследването?

По принцип особено на индивидуално равнище много неща от живота на човек и от заобикалящата го среда в определен момент могат да играят ролята на защитни или рискови фактори. Да вземем местоживее-нето - ако ученикът живее в близост до място, където се събират младежи, употребяващи наркотични вещества и още повече ако тези младежи са негови познати или дори приятели, то очевидно в случая тази близост играе ролята на рисков фактор. Разбира се това е твърде елементарно представяне на нещата, но може би именно отук трябва да се тръгне.

УПОТРЕБА НА РАЗЛИЧНИ ВИДОВЕ НЕЗАКОННИ НАРКОТИЧНИ ВЕЩЕСТВА ПОНЕ ВЕДНЪЖ В ЖИВОТА СРЕД УЧЕНИЦИТЕ В СОФИЯ



Според мен голяма част от детайлите от нашата биография могат в дадени обстоятелства и в даден момент да се превърнат в рискови, или в протективни фактори по отношение на определен фрагмент от нашето поведение.

Що се отнася до проучването - в него бяха заложени индикатори, с които да се проследи влиянието на 3 основни сфери в живота на младия човек - семейството, училището и приятелския кръг. В рамките на това разглеждане бяха открити някои елементи, които наистина бихме могли да определим като рискови фактори на социално ниво.

В рамките на семейството такива са например липсата на достатъчно контакти с родителите и на контрол от тяхна страна, без това да означава тотален или полицейски контрол. Данните сочат, че относителният дял на употребилите някакъв наркотик през живота си сред тези, които почти никога не прекарват част от свободното си време в почивните дни с родителите си е близо три пъти по-висок от този сред учениците, които много често споделят свободното си време със семейството. От друга страна делът на употребилите нещо в живота си сред младите, които са били извън дома след полунощ поне веднъж през последната седмица е два пъти по-висок в сравнение с тези, които са си били вкъщи.

В училищната сфера неудовлетвореността на младия човек от учението и неразбирателството с учителите може да бъдат определени като такива рискови фактори - например делът на употребилите нещо в живота си сред учениците, които твърдят, че ученето им е безсмислено е два пъти и половина по-висок в сравнение с тези, които не мислят така.

В приятелския кръг най-силно действащият рисков





фактор е употребата на психоактивни вещества от страна на приятелите - влиянието се изразява например с шесткратно по-висок дял опитали сред тези, чиито приятели пушат марихуана.

Разбира се по отношение и на трите сфери не става дума за причинно-следствена, а за корелационна връзка. А и изводите съвсем не са изчерпателни, а по-скоро ориентировъчни.

Какво сравнение и какви изводи могат да се направят с данни от последните проучвания сред учениците в София през 2004 и 2006 година?

Първо трябва да кажа, че двете проучвания не са напълно сравними, тъй като са правени в рамките на различни проекти, но дори и при това положение все пак основният блок индикатори, които се отнасят до употребата на наркотици дава възможност за съпоставка на данните от двете проучвания.

Това, което излиза от подобно сравнение може да бъде обобщено в няколко направления. По отношение на тютюнопушенето не може да се открие особено различие между 2004 и 2006 г., но трябва да се каже, че още през 2004 данните будеха тревога и при това положение дори и да се приеме, че нещата не са се променили в лош смисъл, това все още не трябва да бъде повод за успокоение. По отношение на употребата на алкохол също като цяло няма особени промени в дела на учениците, употребили алкохол през последните 30 дни или някога през живота си. В този аспект данните са сходни. Това обаче, което прави впечатление е, че през 2006 г. продължава тенденцията на увеличаване на броя и относителния дял на учениците, които практикуват така нареченото „запойно пиене“ - пиене в големи количества обикновено в по-дълъг период от време и с по-сериозни последици за здравето. Колкото до употребата на забранени наркотични вещества през 2006 г. се забелязва спад по отношение на относителния дял на учениците, които са употребили някакво наркотично вещество някога през живота си (близо 4 пункта по-малко), главно за сметка на употребата на канабис. Предстои да бъде проверено в следващото проучване сред учениците в София дали това е начало на една трайна тенденция и ще бъде наистина нещо позитивно, или е плод на някакви временни фактори или дори случайност. В същото време обаче се увеличават учениците, които употребяват или са употребили стимуланти - независимо дали синтетични стимуланти (амфетамини, екстази, метамфетамини) или кокаин.

УПОТРЕБА НА РАЗЛИЧНИ НЕЗАКОННИ ВЕЩЕСТВА ПОНЕ ВЕДНЪЖ В ЖИВОТА ПО ПРОУЧВАНИЯ ПРЕЗ ПЕРИОДА 1993 - 2006 г. В СОФИЯ



На какво според вас се дължи проблемът на употребата на алкохол сред учениците в София?

Убеден съм, че всякакви отговори на този въпрос от типа държавата или родителите или училището са виновни са доста фрагментарни и се плъзгат по повърхността на темата. Проблемът е доста по-комплексен и заслужава по-детайлно вникване.

Според мен на този въпрос може да се отговори малко по-точно, ако го разделим на два подвъпроса: Първо, защо учениците в София пият алкохол, и второ - защо особено на по-малките ученици им се позволява да пият? Разбира се, без вторият въпрос да прозвучи полицейски и репресивен. Но все пак, това са два различни аспекта на основния въпрос. Когато става дума за това защо учениците пият, отговорът за мен е ясен - преди всичко защото това виждат около себе си. Показателно е например, че бащите на около две трети (66,8 %) от учениците по техните думи са се напивали. По медиите също често се среща едно лежерно представяне на този модел на поведение. В крайна сметка при създаването на модели на поведение отговорността е на цялото общество - на родители, учители, медии, публични лица и т.н. За разлика от това другият въпрос опира наистина главно до ролята на държавата, защото тя чрез своите институции е призвана да осъществява контрола при изпълнението на законите, включително в тази област. Често се споменава, че нямаме закони в областта на контрола върху употребата на алкохол от малолетни. Не е така. Закон има, но въпросът е доколко той се спазва, кой контролира и какви санкции се налагат - примерно на лицата, продаващи алкохол на малолетни. А някои такива случаи станаха дори публично известни. С това вече наистина е ангажирана най-вече държавата.

Не мислите ли, че има нещо скандално в данните от проучването сред учениците в София?

Аз също бях силно притеснен от някои от данните, въпреки че имам вече не малък стаж в тази сфера. В крайна сметка обаче ако някои от данните звучат скандално, това най-вероятно означава, че има нещо скандално в действителността, която ни заобикаля. Все пак нашата цел в никакъв случай не е да скандализираме, а да провокираме „четенето“ на данните такива, каквито са и тяхното осмисляне.

Интервюто води:
г-р Дорита КРЪСТЕВА,
 директор на ПИЦ по ПН-София

⇒ от 5-а стр.

чение в асертивни умения”. С класните ръководители от ПГХВП „Проф. Г.Павлов” се проведеха две срещи по темата. Активността на участниците бе ясен сигнал за мотивация към по-успешно взаимодействие с учениците. Ефективно е общуването с учениците чрез интерактивни методи по тема „Асертивно поведение”. Специалистите заявиха желанието си за групови срещи и по теми, свързани със зависимости към наркотични вещества. Разговорите с ученици по важни за тях теми, развиването на умения, необходими за ефективно общуване и надграждането на знания е процесът, който прави специалиста не само високо квалифициран, но и допринася за практически ефективни резултати.

Последната среща се състоя на 27.02.2008 г. Темата бе „Успешни интерактивни методи за работа с класа”. Участниците (двама педагогически съветници от ПГТЕ „Хенри Форд” и 45 ОУ „К.Величков”, един класен ръководител от 2 АЕГ „Томас Джеферсън” и един помощник директор от ПГХВП „Проф. Г.Павлов”) дискутираха върху компонентите на интерактивните методи и ефективността на позитивната и негативната първична превенция. Изводите, които направиха участниците бяха: необходимост от използване на интерактивни методи в работата с учениците, повишаване на набора от знания и умения на класния ръководител и системност в дискусиите (с учениците, между преподаватели, с родители в родителските срещи) по темата „Превенция на употреба на наркотични вещества”.

В координаторската си дейност зачитам приноса на специалистите от различни институции, работещи в сферата на образованието. Добрата практика на много от тях трябва да бъде споделена, обсъдена и мултиплицирана. Много от тези специалисти (педагогически съветници, помощник директори, учители), които участват в периодичните срещи-дискусии са удовлетворени от възможността за обмен на опит и подкрепата, която получават.

За съжаление реалността показва, че възрастовата граница на учениците, употребяващи наркотични вещества спада до начален курс. Директорът подава сигнали до съответните институции (Отдел за закрила на детето, МКБППМН, Детска педагогическа стая, ЗРПУ), но на мен като координатор не ми е известно дали се случва нещо по-нататък в тази посока. Липсва информация – ангажирал ли се е някой с проблема и доколко? Децата, които живеят в ДДЮЛРГ „П.Р.Славейков” сами съобщават за лесния достъп до наркотични вещества и разказват за разхвърляни спринцовки в двора на дома. Това е един сериозен проблем, който повдига отново въпроса за информираността и координацията между институциите.

Има една саламандрска мъдрост, която звучи така: „Всяко нещо има добри и лоши страни. Кой ще виждаме и кой ще използваме, зависи само от нас самите.”

Жасмина ПЕТКОВА,
секретар-координатор
на район „Илинден”

IN MEMORIAM

По повод смъртта на проф. д-р Тодор Станкушев, доайен на българската психиатрия в областта на лечението на зависимости.



Проф. Станкушев бе уважаван учен, лекар-психиатър, учител на поколения психиатри в тази област, завладяващ лектор. Д-р Станкушев е създател на Центъра за профилактика и лечение на алкохолизъм и наркомании в Суходол и е негов ръководител до 1980. От 1981 до 1998 г. работи в Катедрата по психиатрия при Медицинска академия, като от 1995 до 1997 г. е главен републикански специалист по наркомании към Министерството на здравеопазването. От 1965 г. до края на живота си се посвещава на лечението на млади хора, зависими от наркотични вещества. Бил е почетен председател на Българската асоциация за профилактика на наркоманиите. Проф. Станкушев е автор на редица научни монографии и учебни ръководства за лекари и студенти по медицина, има над 160 научни публикации. С голяма популярност се ползват: монографията „Наркомании”, научнопопулярните книги „Психично-болните в домашна обстановка” и „Етюди на психиатъра”, както и „Наркомании – наръчник за родители и учители”. Публикуваме откъс от наръчника за родители, учители, психолози и лекари „Наркомании”.

„... Днес никой не оспорва, че разпространението на наркоманиите взема изключително големи размери и е един от тежките и нерешени проблеми на много страни в света. Последните 35 години от моя живот преминаха в постоянни контакти с наркоманите и техните семейства. Нагласите, отношението на семейството към наркотиците и контролът върху поведението на детето имат огромно значение за това, дали детето ще прояви интерес към drogите и ще тръгне ли по пътя на наркоманното поведение.

Още по-голяма е ролята на семейството за изграждане на личността на детето и на неговата ценностна система. Това е основното не само в борбата с наркоманиите, но и в стремежа на родителите да осигурят на детето добро здраве, добър живот и добро бъдеще. Хармонично изградените личности много рядко тръгват по пътя на злоупотребата с дрога. При изграждането на такива личности решаващо е значението на семейството – примерът на родителите, атмосферата в дома, отношението към околните. Много други фактори извън семейството също имат важно значение, но те са второстепенни. Каква ще бъде силата на влиянието на „външните фактори” зависи от това, как и до каква степен е подготвена в семейството личността на младия човек да приеме или отхвърли това външно въздействие. В изграждането на личността имат важно значение училището, приятелската среда и редица други фактори, но решаваща е ролята на семейството.

Искам да подчертая, че няма фатални, непреодолими причини и мотиви за употреба и злоупотреба с дроги. Всичко е в „ръцете” на човека – на семейството, което трябва отговорно да възпитава и да насочва към изграждането на силни личности и разбира се в „ръцете” на детето, което трябва да е подготвено и само да избере най-доброто – живот без дрога. ...”

ГИНЕКОЛОГИЧНИ СИМПТОМИ И ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЖЕНИ, УПОТРЕБЯВАЩИ ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА



Д-р Елена Павлова е родена е през 1979 г. в София. Завършила е СВ „Св. Климент Охридски“ - Химически факултет, специалност химия, и Медицински университет - София, специалност медицина.

В момента работи като клиничен ординатор по акушерство и гинекология и практикува в кабинет по Детско-юношеска гинекология в СБАМГ „Майчин дом“ - ЕАД, София.

От януари 2007 г. е консултант в Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве. Има професионални квалификации в Италия, Германия, Япония, Испания.

Д-р Павлова работи в няколко изследователски проекта и има редица научни публикации в областта на гинекологията.

Член на Организационния комитет на Българското дружество по акушерство и гинекология и на Българската асоциация по ултразвук в акушерството и гинекологията.

Употребата на наркотични вещества и формирането на зависимост към тях има отношение към възникването на различни гинекологични проблеми при някои от употребяващите жени. Това по-скоро се изразява в повишена честота на изява, отколкото в специфични заболявания, характерни за тези рискови групи.

На първо място трябва да споменем полово-предаваните болести. Те са от голямо медицинско и социално значение, тъй като засягат голям контингент от предимно млади хора в репродуктивна възраст. Някои от тези заболявания могат да имат тежки последствия за организма на жената, както и нарушения в бъдещите репродуктивни функции като инфертилитет или малформации при последващи бременности.

Предразполагащите фактори за възникване на полово-предаваните болести се коренят в по-освободеното и рисково поведение на употребяващите наркотични вещества жени, големия брой сексуални партньори, неизползването на предпазни средства, ниската сексуална култура и лошата хигиена, в това число и полово. Не бива да се пренебрегват и сексуалните злоупотреби и проституирането сред тези групи.

Освен класическите венерически болести - сифилис и гонорея, съществува дълъг списък от заболявания, които се предават чрез сексуален контакт. Такива са хепатит В и С, ХИВ-инфекцията, трихомоназа, херпесни инфекции, човешки папилома вирус, хламидии и

множество други. В никакъв случай обаче не може да се говори за специфични заболявания при момичетата и жените, употребяващи психоактивни вещества или зависими от тях. Те се срещат и при индивиди, подложени на рисковите фактори, изложени по-горе. Обяснението се състои в по-рисковото сексуално поведение на тези жени, непротектиран полов контакт и секс с непознати партньори, често пъти също употребяващи психоактивни вещества. При част от заболяванията не може да се докаже със сигурност начина на заразяване - по полов или по кръвен път (при използване на общи игли - ХИВ-инфекция, хепатит В и С).

За проявите на всяко едно от тези заболявания може да се намери много информация в специализираната литература. В тази уводна статия искам само да дам някои насоки в това, какви са симптомите на тези заболявания. Най-често те са дискретни, което прави и тяхното ранно диагностициране трудно. Затова трябва да се мисли за тях насочено. Ако в анамнезата на дадена пациентка или при нейното наблюдение се установи, че е имала периоди на приемане на психоактивни вещества или сигнали за рисково поведение, необходимо е да се вземат проби от кръв и от женската половова система за отхвърляне или потвърждение на съмнение за дадено заболяване. Други състояния пък се манифестират с отчетливи симптоми като генитално течение с неприятна миризма и цвят, дискомфорт при полов акт или сърбеж, парене,



болка, локализирана в долната част на корема. Тези симптоми реално принуждават жените да търсят консултация с акушер-гинеколог и по-рядко дермато-венеролог.

Специално място трябва да се отдели на ХИВ-инфектирането и усложненията, които произтичат от него. Освен начина на предаване, който в много случаи е по полов път и не бива да излиза от полезрението на акушер-гинеколога, когато консултира пациентки, употребяващи наркотици има и други състояния, свързани с вируса на СПИН. Поради патогенезата на заболяването и засягането на имунната система, често възникват инфекции от опортюнистични причинители, преанцeroзни и малигнени състояния на женската полово система. Такива са например раковите изменения на маточната шийка. За съжаление, поради факта, че употребяващите наркотици рядко търсят професионална помощ и най-вече пропускат да направят профилактични прегледи и скринингови тестове, техните заболявания се откриват в напреднал стадий, където прогнозата е доста песимистична и обема на терапията, която може да се приложи е ограничен.

Интересен е един друг аспект, когато се разглеждат гинекологични проблеми при жени, употребяващи психоактивни вещества. Поради нарушеното хранене и неадекватния внос на жизнено важни вещества и съставки често пъти се засягат множество органи и системи. Липсата на хранителните вещества от животински произход, които са в основата на ендогенното производство на хормони води до смутена регулация на менструалния цикъл и неправилни кръвотечения и често пъти до спиране на менструацията - аменорея. Понякога е нужно само няколко седмици неправилно хранене или гладуване, което рефлектира върху ендокринната система и в частност репродуктивната. По-късно това може да отнеме месеци и дори години, за да бъде възстановена менструацията и то не винаги със сигурен успех. Тези менструални нарушения от своя страна предопределят ниската костна плътност на организма поради намаленото количество хормони. Впоследствие това води до остеопороза и повишен риск от травми и фрактури. Засягането на ендокринната система също може да повлияе и на бъдещите репродуктивни възможности на жените.

Употребата и злоупотребата с наркотични вещества не бива да бъде само в компетенцията на тясно специализираните в този проблем лекари. Работещите във всички области на медицината трябва да познават усложненията, които могат да възникнат при такива рискови групи и да търсят възможност да ги превантират и повлияват.

Гинекологичните заболявания при жените, употребяващи психоактивни вещества понякога остават на заден план в превенцията на здравно-медицинските проблеми при тази група. Те обаче не трябва да бъдат пропускани като част от работата с такива групи, тъй като техните последствия могат да бъдат много сериозни по отношение на ендемично възникване на инфекции, последващо желание за забременяване и като цяло се отразяват на качеството на живот и неговата продължителност.

НОВО ИЗДАНИЕ



МОНОГРАФИЯ „НАСОКИ ЗА ДОБРА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА В СУБСТИТУИРАЩОТО ЛЕЧЕНИЕ“

Материалът е изготвен в изпълнение на Двугодишното споразумение за сътрудничество между Министерството на здравеопазването на Република България и Европейското регионално бюро на Световната здравна организация за периода 2006 – 2007 г.

Насоките за добра практика в субституиращо лечение имат за цел подобряване на качеството и ефективността на работа в областта на субституиращото лечение в страната. Те са предназначени за ползване от специалисти, експерти, преподаватели и студенти.

Насоките са изготвени от екип в състав:

Д-р Цвета Райчева – директор на Националния център по наркомании;

Д-р Цветелина Дончева – ръководител на метадонова програма, Център за психично здраве, гр. Варна;

Д-р Дорита Кръстева-Стефанова – директор на Превантивно-информационния център по проблемите на наркоманиите, гр. София;

Д-р Борислава Пеева – ръководител на метадонова програма, Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм – София;

Д-р Емил Грашнов – управител на Областния диспансер за психични заболявания – София област.

АЛКОХОЛЪТ НЕ ТРЯБВА ДА ПОМРАЧАВА УДОВОЛСТВИЕТО ОТ СПОРТА



Тази година стотици хиляди фенове на футбол ще се срещнат на европейското първенство през юни, в Австрия и Швейцария (ЕВРО 2008). Вероятно алкохолът отново ще съпътства тази вълнуваща игра.

Проблемната употреба на алкохол при събития от голям мащаб често има сериозни последици – може да доведе до зло-

полуки, материални щети и насилие.

По този повод в Швейцария е сформирана работна група от градски, кантонални и национални партньори (специалисти), която е разработила препоръки за превенция на употребата на алкохол на ЕВРО 2008.

Европейското първенство по футбол 2008 е най-голямото осъществявано спортно събитие в Швейцария. За да бъде ЕВРО 2008 позитивно преживяване за всички и същевременно да се гарантира обществената сигурност, са предприети целенасочени мерки. Националната работна група „Превенция на употребата на алкохол на ЕВРО 2008“ под ръководството на организацията „Обществени средства УЕФА 2008“ е разработила цялостна концепция за превенция на употребата на алкохол. Основните цели на превенцията са да се избегнат и предотвратят причиняваните от алкохола проблеми и да се спазват наредбите, закриващи младежите, а не въобще да се забрани употребата на алкохол на ЕВРО 2008. Защо е необходима превенция на употребата на алкохол на ЕВРО 2008 и каква е нейната цел – допринася за създаване на добра атмосфера; намалява риска от причиняването на материални щети; повишава сигурността на гостите; улеснява работата на персонала, който продава напитки; способства за позитивния имидж на празничното събитие.

Превенцията на употребата на алкохол трябва при възможност да е единна във всички участващи градове и общини.

ЗАКРИЛА НА МЛАДЕЖИТЕ

Наредбите за закрива на младежите, които се отнасят до употребата на алкохол са законово ясно уредени.

Забранена е продажбата на напитки, съдържащи алкохол на лица под 16 години, както и продажбата на концентриран алкохол на лица под 18 години.

Рамковата програма на ЕВРО 2008 има за цел да привлече много млади хора, като при това е важно правилното прилагане на нормите за тяхната защита. Отговарящите за продажбата на алкохол в магазини и питейни заведения, както и персоналят от тези търговски обекти трябва да са наясно как най-добре да прилагат законите изисквания.

Избягване на причинените от алкохола проблеми

Алкохолът нарушава реакциите, преценката и възможността за контрол – дори при употреба на малки количества. От всички възможни рискове, два излизат на преден план при ЕВРО 2008: алкохолът може да повиши готовността за насилие; типичното за алкохола намаляване на способността за контрол означава също, че емоциите, малко или много, не могат да бъдат овладени.

Алкохолът ограничава не само концентрацията, реакциите и способността за контрол, но и води до проблеми със самопреценката и повишава готовността за поемане на риск. Това увеличава опасността от злополуки, например в уличното движение или други ситуации.

ПРЕВАНТИВНИ МЕРКИ В РАМКИТЕ НА ЦЯЛОСТНАТА КОНЦЕПЦИЯ:

Без продажба на алкохол по стадионите – съобразно принципите за сигурност на УЕФА ще бъде забранена продажбата на алкохолни напитки на стадионите, с изключение на ВИП-зоните.

Табели, указващи възрастовите ограничения за продажба на алкохол – швейцарският закон предписва, че на местата за продажба на алкохол и в заведенията, където се консумира трябва да има табели, указващи позволената възраст за купуване на алкохол. По време на първенството, информацията на табелите трябва да е изписана поне на четири езика (немски, френски, италиански и английски).

Обучен търговски персонал – персоналят може чрез своето отношение към клиентите в определени ситуации да допринесе за избягване на свързаните с алкохола проблеми. Обучените по превенция на употребата на алкохол могат да съблюдават по-добре за спазването на възрастовите ограничения за продажбата му и имат умения за общуване с хора, които са прекалили с алкохола.

Ограничена реклама на алкохолни напитки – законът забранява какъвто и да е вид реклама на алкохолни напитки, която е насочена към лица под 18 години. Забранено е и да се рекламират спиртни напитки на обществени сгради.

Без търговия на дребно със спиртни напитки на общо-достъпни улици и площади.

Атрактивни безалкохолни напитки.

Ниски цени на безалкохолните напитки – чрез продажната цена на безалкохолните напитки може лесно и ефективно да бъде повлияна консумацията на алкохол. Трябва да се предлагат повече безалкохолни напитки (особено газирани напитки и плодови сокове), които да са значително по-евтини от бирата, виното и спиртните напитки и да могат да се купят на всички места за продажба.

Поощряване на консумацията на безалкохолна или слабоалкохолна бира в заведенията – на местата, където се продава бира трябва да се предлага безалкохолна или слабоалкохолна бира на по-изгодна цена от останалата.

Обществени ограничения при продажбата на алкохол. Времени ограничения за „take-away“ на алкохолните напитки.

Минерална вода за всички – трябва да е безплатна или много евтина.

Вече малко хора могат да причинят чрез поведението си проблеми на такова голямо събитие като Европейското първенство по футбол и да навредят на имиджа на градовете и държавите, организирани събитието. Една ефикасна превенция на употребата на алкохол може да допринесе за това, ЕВРО 2008 да има успех и да бъде празник за всички!

Христина ЧЕРВЕНКОВА

По материали на: <http://www.sfa-isp.ch> (Швейцарска специализирана служба за проблеми с алкохол и други наркотици)