ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

ЛЕКЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ

ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

З КУРСУ
«СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА»

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЇ

З ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА

Змістовий модуль 2. Профілактика окремих негативних явищ у сучасному суспільстві

Тема 1. Профілактика вживання алкоголю в молодіжному середовищі

План

1. Соціальні фактори, які можуть стати причиною зловживання алкоголем.
2. Стаді розвитку алкоголізму.
3. Сутність профілактики алкоголізму.
4. Комплекс заходів профілактики алкоголізму.
5. Особливості алкоголізму у підлітків.

Список рекомендованої літератури:

Алкоголизм [Текст] / под ред. Г.В. Морозова [и др.]. – М.: Медицина, 1983. – 432с.

Бехтель, Э.В. Донозологические формы злоупотребления алкоголем [Текст] / Э.В. Бехтель. – М.: Медицина, 1986. – 272с.

Воронович, Б. Хвороба алкоголізм [Текст] / Б. Воронович. – Л.: Міжнар. фонд „Відродження”, 1995. – 64с.

Децик, О.З., Карпінець, І.М. Комплекс заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги [Текст] / О.З Децик, І.М. Карпінець // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2013. - №1 (11). – С.76-79.

Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012-2020 гг. [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2011. – 34 с.

Зріз алкогольної ситуації в Україні 2012 (дані 2011 року) [Текст] / А.М. Вієвський, М.П. Жданова, С.В. Сидяк та ін. – К.: ДУУММЦАН МОЗ України, 2012. – 25 с.

Леонгард, К. Акцентуированные личности [Текст]: пер. с нем. / К. Леонгард. – К.: Выща шк., 1981. – 390 с.

Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев. – 4-е изд. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 584 с.

Москаленко, В.Ф. Глобальна профілактика як стратегічний напрям розвитку охорони здоров’я [Текст] / В.Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров’я. – 2012. - №2-3 (18-19). – С. 219-226.

Немчин, Т.А. Личность и алкоголизм [Текст] / Т.А. Немчин, С.В. Цыцарев. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1989. – 192с.

Новая Европейская политика здравоохранения «Здоровье 2020» [Текст] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2011. – 129 с.

Полтавец, В.И. Анкетные методики для скрининга алкоголизма [Текст]: метод. рекомендации / В.И. Полтавец. – Д.: [б.и.], 1985. – 20с.

Профілактика негативних явищ у молодіжному середовищі [Текст] // Капська, А.Й. Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навч.-метод. посіб. / А.Й. Капська. – К.: УЦДССМ, 2001. – С.177 – 183.

Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров’я населення : Закон України № 2899-IV від 22 вересня 2005

року [Електронний ресурс] // Офіційний веб-сайт Верховної Ради України. – Режим доступу : //http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi.

Пхіденко, С.В. Модель ставлення сучасної молоді Дніпропетровщини до вживання алкоголю та наркотичних речовин [Текст] / С.В. Пхіденко. – Д.: Міжнар. фонд "Відродження", 1996. – 6с.

Розпізнавання осіб з алкогольними проблемами [Текст] // Хвороба алкоголізм / Міжнар. фонд „Відродження". – Л.: [б.в.], 1995. – С.18–22.

Система роботи шкіл з профілактики вживання учнями психоактивних речовин [Текст]: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. В.М. Оржеховської. – Черкаси: „Escape", 2006. – 192 с.

Ситник Г. Технології превентивного виховання школярів [Текст]: практ. посіб. / Г. Ситник. – Рівне: Юлат, 1999. – 147 с.

Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі [Текст]: вживання, залежність, ефективна профілактика. В 14 кн. Кн. 7 / О.О. Яременко [та ін.]. – К.: Держ. ін.-т пробл. сім'ї та молоді: Укр. ін.-т соц. дослідж., 2004. – 196с.

Школа – територія здоров'я: методичний посібник зі створення, впровадження та оцінювання шкільної програми з профілактики вживання психоактивних речовин [Текст] / за заг. ред. В.М. Оржеховської. – К.: Оптима, 2006. – 172с.

Штандер, В. Метод інтервенції при лікуванні алкоголізму [Текст] / Р. Штан-дер. – Л.: Міжнар. фонд „Відродження", 1995. – 18с.

Штандер, В. Пастка співузалежнення [Текст] / Р. Штандер. – Л.: Міжнар. фонд „Відродження", 1995. – 23с.

Штандер, В. Поза контролем [Текст] / Р. Штандер. – Л.: Міжнар. фонд „Відродження", 1994. – 95с.

Энтин, Г.М. Лечение алкоголизма [Текст] / Г.М. Энтин. – М.: Медицина, 1990. – 416с.

2. Стадії розвитку алкоголізму.

При алкоголізмі виділяють **три послідовні стадії**:

Перша стадія алкоголізму. На першій, початковій стадії алкоголізму відбуваються і кількісний, і якісні зміни. Частішає випивка, вживання спиртного стає систематичним. Збільшується кількість спиртного, яке людина може випити, - в п'ять і більше разів в порівнянні з початковою толерантністю. Переносимість алкоголю зростає набагато швидше, ніж на етапі побутового пияцтва, оскільки вже немає захисного блювотного рефлексу, який захищав би організм від надмірних доз. З'являється не тільки стійкість в дозі, але й у частоті вживання спиртного, оскільки організм пристосовується до дії алкоголю. У хворого на алкоголізм почуття відрази до спиртного зникає, і вже на першій стадії він може дозволити собі випити не тільки ввечері, але і вранці, хоча на цій стадії ще немає потреби похмелитися. Чим більше п'є буде насилувати свій організм, ламаючи механізми захисту, тим швидше розвивається захворювання.

Вже на першій стадії змінюється картина сп'яніння. У хворих на алкоголізм заспокійливий ефект дії алкоголю зникає і проявляється активуюча, стимулюючу дію алкоголю. Який був напідпитку, стає активним, не може всидіти на місці, прагне чимось зайнятися.

Провали в пам'яті - один з характерних симптомів алкоголізму. На першій стадії вони проявляються в порівняно легкій формі. Хворий не може чітко і послідовно розповісти про період сп'яніння, не може згадати окремі

деталі, епізоди, але основні події, що відбуваються в період сп'яніння пам'ятає. При глибокому сп'янінні виникає більш важкий симптом: він називається амнезією або блек аутом. Хворий алкоголізмом не може згадати цілий період, не рідко досить тривалий. На першій стадії з'являється синдром зміненої реактивності організму - це синдром, який включає декілька симптомів, а саме:

1. втрату захисного блювотного рефлексу;
2. втрату почуття огиди до спиртного вранці;
3. зміна форми споживання алкоголю;
4. здатність організму нормально функціонувати при багатоденному споживанні спиртного;
5. зміна проявів сп'яніння.

Другий важливий синдром, який проявляється на першій стадії алкоголізму - синдром психічної залежності. Він включає два симптоми:

1. психічний потяг до алкоголю (первинний патологічний потяг);
2. здатність відчувати психічний комфорт тільки в стані сп'яніння.

На першій стадії алкоголізму ранкового похмілля ще немає. Але вранці людина насилу прокидається, протягом дня відчуває себе млявим, розбитим, настрій поганий і легко змінюється, він гнівається і не терплячий. Порушується сон - він насилу засинає. Сон не міцний. Цей комплекс симптомів називається астенічним синдромом і триває від декількох днів до 3, 4 тижнів, після припинення вживання спиртного.

Друга стадія алкоголізму. Початок другої стадії є виникненням непереборного потягу до алкоголю. Воно виникає і в тверезому вигляді. Потяг до алкоголю вже не залежить від ситуації, воно існує постійно. Боротьби мотивів «випити» або «не випити» вже немає. Хворий не в змозі подолати потяг, та не прагне цього зробити. На цій стадії захворювання ще більше змінюється стан сп'яніння: заспокійливий ефект повністю зникає, і алкоголь надає стимулюючу дію. Сон настає лише після прийому великої дози спиртного. Замість веселощів і благодушності в сп'янінні виникають дратівливість, невдоволення, безпричинна злість і агресія. Амнезії стають регулярними і виникають практично після кожного сп'яніння не тільки глибокою, а й середнього ступеня. На цій стадії алкоголізму виникає похмільний синдром і потреба в опохмеления. З'являється синдром фізичної залежності від алкоголю, в нього входять такі симптоми та синдроми:

1. непереборний потяг до алкоголю;
2. потреба у фізичному комфорті;
3. алкогольний абстинентний синдром.

Виникає багатоденне пияцтво, яке називається запоєм. На цій стадії виникає алкогольний делірій (біла гарячка) - гострий алкогольний психоз, який характеризується потьмарення свідомості, зоровими галюцинаціями, маренням, страхом і збудженням. Сон поступово зникає, і потім настає повна безсоння. Поступово наростає алкогольна деградація особистості. Погіршується пам'ять, інтелектуальні здібності різко слабшають, хворий не здатний до інтелектуальних видів діяльності, до навчання. На цій стадії може настати смерть хворого - у стані важкої абстінненції (похмілля), при

тривалому запої, при важкому алкогольному делірії. Багато хто на цій стадії кінчають життя самогубством.

Третя стадія алкоголізму. Цю стадію так само називають кінцевої або енцефалопатичних. Початком цієї стадії є зниження переносимості спиртного. Спочатку знижується разова частка, яку хворий на алкоголізм може випити, і сп'яніння наступає від менших, ніж раніше, доз спиртного.

Форма споживання алкоголю систематична або запій. У проміжках між запоями людина відчуває слабкість, розбитість, настрій знижений з переважанням безпричинне злісне або тужливого. Протягом запою наростають непереносимість алкоголю і відразу до нього. Спроби випити викликають блювоту, і загальний стан після прийому спиртного ще більше погіршується. Виникають судомні напади, нагадують епілептичні, а так само алкогольні психози.

На третій стадії запій обривається через те, що настає непереносимість спиртного і хворий більше не може пити. Похмільний синдром на цій стадії набагато важче, ніж на другій стадії.

Відбувається моральне огрубіння. Повністю втрачаються емоційні прихильності. Грубість, цинізм, нестримна злоба і агресія - звичайні риси для алкоголіків цій стадії. Втрачається інтерес до всього, що не пов'язане з випивкою.

З'являються і посилюються ознаки алкогольної енцефалопатії. Ця поразка головного мозку, що характеризується дистрофічними змінами і стійкими незворотними психічними порушеннями. Прогресують розлади пам'яті та інтелектуальної функції, інтелект знижується. Наростають пасивність, млявість, байдужість до всього крім випивки.

Люди не стають алкоголіками відразу, їм необхідно пройти ряд стадій для того, щоб стати алкоголіком. На першій стадії людина може ще сам сказати собі «ні», на другій стадії потрібна допомога нарколога, на третій вона просто необхідна, тому що смертність на останній стадії дуже велика через виснаження організму. Вчасно помітити і зупинити подальший розвиток алкоголізму - ось мета оточуючих хворого людей.

3. Сутність профілактики алкоголізму.

«Легше попередити хворобу, ніж її лікувати».

Профілактика - це ціла система комплексних державних, громадських, соціально-економічних, медико-санітарних, психолого-педагогічних і психологічних заходів. Перерахуємо їх коротко:

- Обмежити доступ до алкоголю і зменшити попит на нього, особливо для підростаючого покоління.
- При виявленні ранніх змін особистості людини, що випробовує тягу до алкоголю, спробувати «встановити» психологічний заслін.
- Регулярно, ненав'язливо проводити антиалкогольну пропаганду всіма доступними засобами масової інформації (ЦТ, радіо, преса) із залученням фахівців і «потерпілих», що вийшли з цього стану (хвороби).

- Диференційований індивідуальний підхід до комплексного лікування алкоголізму.
- Прийняти юридично обґрунтовані заходи убезпечення дітей алкоголіків від згубного впливу їх батьків.

Успіх боротьби з пияцтвом та алкоголізмом у значній мірі залежить від їх ***профілактики,*** одне з провідних місць в якій займає санітарно-просвітницька робота.

Однак на сучасному етапі мало тільки «просвітити» людини, розповісти йому про загальні гігієнічні правила, його треба навчити певного режиму праці, відпочинку, побуту в конкретних умовах життя.

Тому мета ***протиалкогольного санітарної освіти*** в даний час полягає в наступному:

- роз'яснити населенню причини виникнення пристрасті до алкоголю і поширеності зловживання спиртними напоями;
- на переконливих прикладах показати наслідки пияцтва та алкоголізму;
- виховувати у населення ставлення до алкоголікові як до хворого, який вимагає лікування;
- виховувати нетерпиме ставлення до пияцтва;
- широко інформувати населення про заходи профілактики та методів лікування алкоголізму;
- сприяти формуванню гігієнічно правильної поведінки людини;
- допомогти в організації режиму праці, дозвілля.

В даний час потрібна пропаганда, яка не обмежувалася б повідомленням загальновідомих правил, а будувалася на доказових наукових даних, впливала не тільки на розум, але й на почуття слухачів. Дуже важливо, щоб вона була психологічно яскраво забарвленою, емоційною.

Антиалкогольної пропагандою повинні бути охоплені найширші верстви населення і в першу чергу ті, хто любить випивати з приводу і без приводу і при цьому не вважає себе п'яницею. Дуже важливо роз'яснити, до яких небезпечних наслідків для здоров'я призводить зловживання алкогольними напоями, як з пияцтва розвивається грізне захворювання-алкоголізм з усіма притаманними йому симптомами. Особливу увагу слід приділити необхідності раннього виявлення та лікування алкоголізму, виховувати непримиренне ставлення до будь-якого прояву пияцтва. Необхідно також розкрити зв'язок алкоголізму зі злочинністю.

Особливо слід зупинитися на питанні про те, як алкоголізм руйнує сім'ю, як від цього страждають діти. Антиалкогольное виховання повинно проводиться не лише серед школярів, але і серед їхніх батьків на батьківських зборах.

Дуже важливо роз'яснити батькам, що ставлення дітей до життя, їхнє ставлення до пияцтва багато в чому залежить від того, як до них ставляться самі батьки. Діти, як правило, в усьому намагаються наслідувати батьків. Останні повинні пам'ятати про це і не подавати дітям поганих прикладів.

Батьки іноді бувають ініціаторами випивок своїх дітей. У багатьох «благополучних» сім'ях часом не вважається злочинним дати дитині сухого

вина або пива, а іноді пригощати його горілкою. «Нехай краще почне пити вдома», - говорить інший батько, наливаючи своєму сину-підлітку. Та й самі діти, наслідуючи дорослих, нерідко наливають собі в чарку, перебуваючи за загальним столом. Таке наслідування дорослим може закінчитися плачевно.

Батькам, особливо молодим, слід роз'яснити шкідливий вплив алкоголю на потомство, на зростаючий організм дитини. Необхідно переконливо показати, що витоки вживання алкоголю дітьми в неблагополуччя сім'ї, неправильних взаємовідносин батьків, їх сварках, пияцтво та ін.

Навпаки, дружна сім'я, спільні захоплення улюбленою справою, правильний режим роботи-фактори, що перешкоджають пияцтва, так само як і іншим негативним нахилам. Необхідно не тільки роз'яснити все це батькам, а й навчити тому, як правильно направляти інтереси і діяльність дитини.

Поряд з проведенням антиалкогольної пропаганди серед батьків, нею необхідно охоплювати і дітей. Причому діти самі повинні в ній активну участь, боротися за тверезу навколишнє середовище.

Починати антиалкогольне виховання молоді треба з моменту надходження їх на роботу. Зміст розмов має іншу спрямованість, ніж зі старшими школярами. У них в першу чергу слід підкреслити небезпеку систематичного вживання спиртного, показати, як випадкові випивки викликають пристрасть до алкоголю. Показати негативний вплив алкоголю на працездатність.

У бесідах з учнівською молоддю увагу слід акцентувати на питаннях впливу алкоголю на пам'ять, увагу та інші психічні функції.

Треба постаратися виробити у дітей власне негативне ставлення до вживання алкоголю. Дитина не тільки повинен твердо знати, що алкоголь шкідливий і вживання його небезпечно. Він ще повинен володіти певними моральними та вольовими якостями, що дозволяють йому відстояти свої переконання в компанії, де його будуть умовляти випити часом вельми шановні їм старші друзі чи однолітки.

Деякі батьки виховують своїх дітей у оранжерейних умовах, виконуючи всі їхні бажання та примхи, не привчаючи їх до вміння стримувати свої пориви і бажання. У результаті з таких дітей нерідко виростають черстві егоїсти. І такі люди, потрапляючи в компанію питущих, легше потрапляють під їхній вплив.

4. Комплекс заходів профілактики алкоголізму.

Медико-соціальне значення проблеми зло-вживання алкоголем зумовлене значним його поширенням у суспільстві (в Україні від алкогольної залежності страждають близько 1 млн осіб), стабільно високими показниками кількістю злочинів, скоєних у нетверезому стані, значними рівнями смертності від травм, отруєнь і самогубств на ґрунті алкоголізму, особливо серед чоловіків працездатного віку, найвищим у Європі рівнем захворюваності на алкогольні психози, розвитком патології внутрішніх органів, асоційованої з алкогольною залежністю (хронічні хвороби нервової системи, кровообігу,

органів травлення та дихання). У результаті алкоголізм є другим за вагомістю чинником ризику глобального тягаря хвороб у чоловіків в Україні.

Саме тому профілактика алкоголізму є актуальною, зокрема щодо раннього активного виявлення осіб, які зловживають алкоголем, організації надання вчасної фахової допомоги, реабілітації та ресоціалізації таких хворих.

Проте ліберальна система організації наркологічної допомоги в Україні, що базується на пасивному виявленні і добровільному зверненні хворих по лікування, на фоні психологічних особливостей перебігу захворювання (протягом тривалого часу особа не усвідомлює, що хвора, а отже не розуміє необхідності її лікування) та тривалого приховування проблеми сім'ями хворих часто призводить до запізного виявлення або й відсутності належної медичної допомоги.

Міжнародний досвід, зокрема з реалізації Антиалкогольної стратегії Європейського Союзу, показав, що досить ефективними у цьому плані є методи скринінгових досліджень і короткотривалого консультування на рівні первинної ланки охорони здоров'я. Це стало однією з провідних рекомендацій Глобальної стратегії скорочення шкідливого впливу вживання алкоголю, затвердженої 2010 року Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я, а також Європейського плану дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр.

Існування в Україні у її сучасному правовому полі проблеми раннього виявлення та переконання осіб, які вживають алкоголь зі шкодою для здоров'я, звернутись по необхідну їм кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу. У зв'язку з цим, роз-роблено удосконалену систему профілактики алкозалежності, орієнтовану на можливості її реалізації, в першу чергу, лікарями загальної практики/сімейної медицини (ЛЗПСМ). Основу запропонованих превентивних заходів складає їх традиційний поділ на первинну, вторинну та третинну профілактики.

Відомо, що дієвість таких програм профілактики за-лежить від реальної інтеграції зусиль всіх зацікавлених сторін (органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських і релігійних організацій, власників підприємств, установ та організацій всіх форм власності, навчальних закладів, засобів масової інформації, органів і закладів охорони здоров'я тощо) для досягнення основних завдань профілактики алкоголізму у суспільстві.

Проте у частині її реалізації на рівні служб системи охорони здоров'я пропонуємо основний акцент зробити на формування тісної співпраці, координації дій та чіткого розподілу обов'язків щодо реалізації за-ходів первинної, вторинної і третинної профілактики алкоголізму між лікарями загальної практики/сімейної медицини та лікарями-спеціалістами, у першу чергу лікарями-наркологами.

Конкретні методи профілактичних втручань варіюють залежно від моделі вживання алкоголю (відносно безпечної, ризикованої, небезпечної, адиктивної).

Об'єктом первинної профілактики є особи з відносно безпечною моделлю споживання алкоголю, зокрема абстиненти (зовсім його не

вживають), і ті, хто випивають випадково (декілька разів на рік під впливом данини традиціям чи під тиском оточуючих). Зрозуміло, що на цьому етапі окрему групу особливої уваги по-винні складати особи з чинниками ризику можливого виникнення залежності (біологічними, соціальними, особистісно-психологічними).

Пріоритетними методами первинної профілактики відповідно до рекомендацій ВООЗ є адекватне інформаційне забезпечення населення та постійний моніторинг моделей споживання алкоголю і чинників ризику його вживання зі шкідливими наслідками.

Ключовою фігурою, що здатна і у зв'язку зі своїми функціональними обов'язками має організувати та забезпечити виконання базових профілактичних програм, є, як відомо, лікар загальної практики/сімейної медицини. Саме ЛЗПСМ є координатором і консультантом для своїх пацієнтів не тільки з медичних, але і з тих питань, що виходять за межі медицини.

Для підвищення поінформованості зареєстрованого населення щодо зловживання алкоголем і розвитку алкогольної залежності ЛЗПСМ повинен залучати всі можливі джерела інформації на громадському, сімейному та індивідуальному рівнях. Знаючи кожну родину, її соціально-економічний статус, соціально-психологічні взаємини, спосіб життя та медико-біологічний профіль, ЛЗПСМ має можливість виділити осіб і сім'ї з чинниками ризику, у тому числі алкоголізму, і проводити цільову просвітницьку роботу. Для цього він може самостійно або з допомогою фахівців готувати та вивішувати у приймальні інформаційні матеріали, проводити бесіди, роздавати пам'ятки, буклети тощо, рекомендувати цікаві публікації та передачі у засобах масової інформації.

Заходи вторинної профілактики поширюються на осіб з ризикованим (100–150 мл горілки (максимум 400 мл) 1–4 рази на місяць) і небезпечним (200–500 мл горілки і більше 1–3 рази на тиждень) вживанням алкоголю. Звичайно, ефективна реалізація цих заходів можлива лише за умови координації дій і співпраці лікарів загальної практики/сімейної медицини з лікарями-спеціалістами (наркологом, психотерапевтом) у роботі з контингентом підвищеного ризику для раннього виявлення захворювання на алкоголізм і запобігання розвитку залежності.

Для алкозалежних осіб більш значущою є інформація, отримана при живому спілкуванні від лікарів та інших медичних працівників, а також родини, друзів, знайомих.

Тому для зменшення кількості вживання алкоголю, а також для прийняття рішення про лікування особливо корисними є короткотермінові інформаційні та навчальні інтервенції (консультації) з боку медичних працівників, які частіше стосуються тих, хто вживає спиртні напої зі шкодою для здоров'я, але можуть охоплювати і осіб з алкогольною залежністю.

Короткотермінові інформаційні втручання можуть виявитись таким ж ефективними, як і більш дорого-вартісне спеціалізоване лікування. Необхідність втручання визначає частіше всього лікар загальної практики/сімейної медицини, враховуючи встановлені зміни в стані здоров'я.

Під час втручання необхідно оцінити вживання алкоголю пацієнтом на даний момент, проінформувати про вживання алкоголю зі шкідливими наслідками і ризиком шкідливих наслідків для здоров'я, також надати конкретну і зрозумілу пораду.

Одночасно необхідно забезпечити пацієнта інформаційно-навчальними матеріалами, порадивши прочитати їх, а також поінформувати про подальші кроки (в тому числі можливого спеціалізованого лікування).

Додатковим аргументом може слугувати інформація про взаємодію виписаних лікарем медичних препаратів з алкогольними напоями, про можливість виникнення в зв'язку з цим додаткових ускладнень, а також про ймовірне погіршення різних функцій організму в результаті цієї взаємодії.

Під час втручання важливо зруйнувати міф про не-можливість надання ефективної допомоги при вживанні спиртних напоїв зі шкідливими наслідками для здоров'я.

Одним із факторів, що полегшує успішне проведення втручання, є залучення в цей процес близьких пацієнта.

Однак необхідно враховувати, що позиці родини, яка, з огляду на власну репутацію, применшує проблему або заперечує її існування, може скласти до даткові труднощі в ідентифікації проблемного вживання алкоголю та проведенні втручання.

Щодо третинної профілактики, хворі з алкогольною залежністю (щоденне або запійне пияцтво з клінічно вираженими ознаками хвороби) забезпечуються спеціалізованою допомогою та перебувають під диспансерним наглядом у лікаря-нарколога. Контроль з боку лікаря ЗПСМ за дотриманням пацієнтом рекомендацій і проведенням контрольних оглядів дозволить знизи ти навантаження на вторинну і третинну ланки. Крім того, на лікаря загальної практики, поряд з лікарями спеціалістами та іншими зацікавленими сторонами (громадськими та релігійними організаціями, органами місцевого самоврядування, навчальними закладами, засобами масової інформації, центрами здоров'я, реабілітаційними центрами), припадає значний обсяг реалізації заходів з реабілітації та ресоціалізації хворих з алкогольною залежністю.

5. Особливості алкоголізму у підлітків.

Сам факт вживання спиртного в підлітковому віці вже патологія, незалежно від кількості прийнятого алкоголю. Прийом доз, навіть невисоких для дорослої людини, є надмірним для підлітка і призводить до алкогольного отруєння. У дорослих спочатку буває етап помірного споживання алкоголю, а потім настає зловживання (побутове пияцтво). Неповнолітні вже з самих перших етапів починають зловживати спиртним; у багатьох з них регулярно буває важка алкогольна інтоксикація з блювотою і втратою свідомості.

Важкі ступені сп'яніння часто супроводжуються порушенням свідомості. Це стани, які потребують медичної допомоги, і нерідко такі підлітки потрапляють в токсикологічні відділення лікарень з алкогольним отруєнням. Без медичної допомоги можливий смертельний результат.

Після передозувань з важкими формами порушення свідомості виникають амнезії - підліток не може згадати події або пам'ятає лише самий початок випивки. Раннє поява амнезією - погана ознака з точки зору прогнозу. Амнезія - це завжди наслідок порушення свідомості і відповідно пошкодження головного мозку. Навіть одноразова амнезія - грізний симптом, який свідчить про неблагополуччя центральної нервової системи. А якщо це часте явище, і амнезії бувають тривалими, то тим більше. Зрозуміло, що такі важкі порушення в такому юному віці неминуче позначаються на його інтелекті й надалі психічному розвитку.

В результаті регулярного споживання спиртного, втрати блювотного рефлексу і зростання переносимості алкоголю починає формуватися потяг до нього. У підлітків формування всіх симптомів алкоголізму відбувається дуже швидко, і відрізки часу між появою все нових симптомів нетривалі. Багато симптоми виникають набагато раніше, ніж при типовому алкоголізмі дорослих.

Потяг до алкоголю проявляється в тому, що підліткові починає подобатися стан сп'яніння як стан веселощів, цікавих «пригод». Вони рідко сидять і напиваються, як дорослі алкоголіки. Випивши, хлопці стають активними, їх «тягне на подвиги», і саме це їм особливо подобається.

Підлітки і в тверезому стані не завжди здатні контролювати свою поведінку, а вже в стані сп'яніння - тим більше. І тут можна очікувати будь-яких надзвичайних подій. Бійки, безладні статеві зв'язки, зґвалтування, крадіжки, грабежі та інші кримінальні дії в стані сп'яніння неповнолітні скоюють нітрохи не рідше (якщо не частіше), ніж дорослі.

Багато батьків "прозрівають" і дізнаються про поведінку сина чи дочки тільки після затримання їх працівниками правоохоронних органів.

У цілому прояви алкоголізму у підлітків відрізняються від алкоголізму дорослих - і прискореним розвитком, і атипові багатьох проявів.

Психіатри вважають, що між віком, коли починається зловживання алкоголем, і вагою алкоголізму існує пропорційна залежність - чим раніше починається споживання алкоголю, тим важче протікає захворювання. Алкоголізм у неповнолітніх формується у 2-4 рази швидше, ніж у дорослих.

Якщо у дорослих запої виникають зазвичай на другий, іноді на третій стадії алкоголізму, то у підлітків багатоденне пияцтво можливо вже в першій стадії. Регулярні передозування з важким сп'янінням теж виникають вже на першій стадії. Похмільний синдром формується швидко - через 1-3 роки систематичного пияцтва. У дорослих алкоголіків похмільний синдром формується протягом декількох років і спочатку проявляється соматичними (тілесними), а вже потім психічними порушеннями, а у підлітків формування абстинентного синдрому займає кілька місяців, і з самого початку з'являються психічні порушення: дратівливість, запальність, злостивість, депресія, похмурість, похмурість, тривога, нічні кошмари і страхи, галюцинації, судомні напади. Абстинентний синдром у них більш тривалий, ніж у дорослих.

Набагато швидше, ніж у дорослих, настає і прогресує психічна деградація. Ті, що п'ють підлітки тупіють, їх інтелектуальний розвиток значно

відстає від вікових норм, вони не здатні концентрувати увагу і засвоювати новий матеріал, швидко прогресують порушення пам'яті. Підлітки стають апатичними, байдужими до всього, крім випивки, як дорослі алкоголіки на третій стадії. Вони відстають від однолітків у загальному, фізичному розвитку і зростання, худнуть, шкіра у них набуває сірувато-блідий колір, млява, можуть з'явитися передчасні ознаки постаріння - деякі пристрастилися до алкоголю учні виглядають, як маленькі старички. У більшості з них розвиваються недокрів'я, гастрит, різні ендокринні порушення і захворювання внутрішніх органів.

У цілому прогноз алкоголізму у підлітків неблагополучним на будь-якій стадії. Вони дуже важко піддаються лікуванню, та більшість їх і не хоче лікуватися. У наркологічної лікарні вони постійно порушують лікувальний режим, при найменшій можливості випивають або переходять на прийом наркотично діючих засобів. Частіше, ніж дорослі алкоголіки, вони гинуть від нещасних випадків, в бійках, бувають і самогубства.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

(01.11.2016)

Змістовий модуль 2. Профілактика окремих негативних явищ у сучасному суспільстві

Тема 1. Профілактика вживання алкоголю в молодіжному середовищі

ПИТАННЯ ДЛЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

1. Проаналізувати характер вікових проблем підлітків (12–19 років), скласти схему профілактичних заходів.
2. Розробити програму/проект первинної/вторинної/третинної профілактики вживання психоактивних речовин (алкогольних напоїв, тютюнопаління) (*за власним вибором*).
3. Скласти схему надання вчителем базової інформації щодо профілактики тютюнопаління та зловживання алкоголем.
4. Проаналізувати проблеми співзалежності жінок та дітей, хворих на алкоголізм.
5. У чому полягають медико-соціальні коротко- та довгострокові наслідки паління?

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ

Підготувати доклад на тему:

1. «Порівняльна оцінка різних типів програм профілактики залежної поведінки серед підлітків».
2. «Ігрові програми профілактики тютюнопаління та зловживання алкоголем для школярів».
3. Скласти план проведення кампанії проти паління в конкретному навчальному закладі (школі, окремому класі, ПТУ, ВНЗ).

Максимальна оцінка за виконання кожного завдання:

1. Усний виступ на практичному занятті: максимально 6 балів.
2. Участь у дискусії на занятті, доповнення: максимально 2 бали.
3. Написання й захист самостійного завдання: максимально 8 балів.
4. Підготовлений відеоматеріал за темою: максимально 6 балів.

Методичні рекомендації до виконання письмової роботи:
Структура роботи:

1) вступ, де подається обґрунтування теоретичної та практичної значущості, актуальність обраної теми;

2) викладення основного матеріалу, спрямоване на розкриття проблеми та окреслення можливих засобів її вирішення;

3) висновки.

За виконання письмової роботи (максимально 8 балів**):**

8 балів за умов дотримання наступних вимог:

1) наявності вступу, де подається обґрунтування теоретичної та практичної значимості, актуальність обраної теми;

2) логічного викладення основного матеріалу, спрямованого на розкриття проблеми та окреслення можливих засобів її рішення;

3) наявності власних висновків;

4) креативності;

6 балів за умов дотримання наступних вимог:

1) наявності вступу, де подається обґрунтування теоретичної та практичної значимості, актуальність обраної теми;

2) логічного викладення основного матеріалу, спрямованого на розкриття проблеми та окреслення можливих засобів її рішення;

3) наявності власних висновків;

4) певних проявів креативності;

4 балів за умов дотримання наступних вимог:

1) наявності вступу, де подається обґрунтування теоретичної значимості, актуальність обраної теми;

2) відносно логічного викладення основного матеріалу, спрямованого на розкриття проблеми;

3) наявності висновків;

2 бали за умов дотримання наступних вимог:

1) вступ, де обґрунтована актуальність, але відсутнє обґрунтування теоретичної та практичної значимості обраної теми;

2) викладення основного матеріалу, що недостатньою мірою розкриває проблему;

3) слабкі висновки;

1 бал за умов дотримання наступних вимог:

1) вступ, де відсутні обґрунтування;

2) викладення основного матеріалу, що слабо розкриває проблему;

3) відсутність висновків.