**ГЛАВА X Валеологические ориентиры направленные для предотвращения ВИЧ / СПИДА**

**10.3.-§. Валеологические подходы к профилактике проблем ВИЧ / СПИДА**

**План:**

Современные направления и программы профилактики ВИЧ/СПИДа.

**Основные понятие и выражение:** : ВИЧ-инфекция, СПИД, иммунодефицит, виды заражения, профилактика, здоровье

В последнее время эпидемия быстро распространилась по всему миру, что требует совместных ответных мер всех секторов национальной экономики. На сегодняшний день большое внимание уделяется исследованиям этиологии и патогенеза. Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Существует большое количество научных работ, посвященных этим аспектам заболевания. Профилактика заражения ВИЧ/СПИДом является одной из важнейших задач всех отраслей национальной экономики. С этой целью в Республике Узбекистан создана национальная программа профилактики и борьбы со СПИДом.

Учитывая напряженную эпидемическую ситуацию правительство Узбекистана увеличила расходы на профилактические меры по ВИЧ/СПИДу.

Основное направление защиты населения республики от ВИЧ/СПИДа определено законом Республики Узбекистан от 19 августа 1999 года «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Проблема ВИЧ/СПИДа в нашей республике становится экономической и социальной проблемой. Проводятся профилактические меры по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа. В проведении этих мероприятий активно участвуют правительственные и неправительственные организации, министерства, ведомства и СМИ. На данный момент реализуется Стратегическая программа по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа в РУз в 2003-2006 годы.

СПИД означает «синдром приобретенного иммунодефицита» - со-четание опасных для организма инфекций, вызываемых вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который поражает и уничтожает определенные типы лейкоцитов, играющих важную роль в иммунной системе организма.

Когда ВИЧ поражает клетку, то он соединяется с генетическим материалов клетки и может не проявлять себя многие годы. Большинство ВИЧ-инфицированных людей остаются здоровыми и могут многие годы жить без каких-либо симптомов или иметь лишь незначительные расстройства. Они ВИЧ-инфицированы, но они не больны СПИДом.

После неопределенного по продолжительности периода, вирус активизируется и постепенно приводи к возникновению серьезных инфекций и других состояний, характерных для СПИДа. Хотя некоторые виды терапии и могут продлить жизнь, СПИД неизлечим. Продолжаются научные работы по созданию возможных лекарства и, в конечном итоге, вакцин. Однако на данный момент единственным методом борьбы с болезнью остается предупреждение передачи вируса.

ВИЧ поражает две группы лейкоцитов, известных как CD4+ -лимфоциты и моноциты/ макрофаги. Обычно клетки CD4+ и макрофаги помогают распознавать и уничтожать бактерии, вирусы.

У ВИЧ-инфицированного человека вирус постепенно убивает CD4+

-лимфоциты, а макрофаги действуют в качестве резервуаров, переносящих ВИЧ к различным жизненно важным органам. ВИЧ прикрепляется к CD4+ -лимфоциту и проникает внутрь, вынуждая клетку продуцировать новые вирусы, в результате чего клетка погибает.

По мере сокращения числа CD4+ - клеток иммунная система ослабляется и теряет способность к защите от вирусных и бактериальных инфекций.

Инфицированный человек становится восприимчивым к широкому диапазону «оппортунистических» инфекций, таких как пневмония, вызываемая Pneumocystis carinii, которая редко встречается у людей с нормальной иммунной системой. Туберкулез (ТБ) представляет особую угрозу для ВИЧ-позитивных людей, особенно в тех районах мира, где и ТБ и ВИЧ-инфекция распространяются с угрожающей силой. У миллионов носителей туберкулеза, которые в ином случае могли бы избежать активной формы ТБ, болезнь активизируется, поскольку их иммунная система поражена ВИЧ. В настоящее время ВИЧ инфицированных африканцев в первую очередь убивает туберкулез.

ВИЧ-инфицированные лица также более подвержены заболеванию такими редкими формами рака как саркома Капоши – опухоли кровеносных или лимфатических сосудов. ВИЧ может также поразить мозг, вызывая неврологические и психоневрологические проблемы.

В целом, примерно у 50% ВИЧ-инфицированных взрослых вероятнее всего через 10 лет после первого инфицирования будет развиваться СПИД. Проводимое в настоящее время лечение на ранней стадии с применением более совершенных антиретровирусных лекарств значительно продлевает жизнь людей, больных СПИДом.

Одним из эффективным направлений профилактики СПИДа является акцентирование внимания на социальных и психологических аспектах, такие как, мотивация и психологическая подготовка лиц с рискованным поведением к тестированию на ВИЧ/СПИД, просвещение населения по вопросам ВИЧ/СПИДа, психологическая поддержка и методическая помощь тестированным лицам.

В настоящее время важнейшим подходом к предотвращению рас-пространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан является обучение населения безопасному в плане заражения ВИЧ поведению.

Обследование на наличие ВИЧ-антител с соответствующей консультацией играют главную роль в предупреждении передачи инфекции и уменьшению нанесенного вреда.

В Республике Узбекистан издан соответствующий закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» от 19 августа 1999 года, где для граждан Республики Узбекистан гарантируется доступность добровольного медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного с предварительным и последующим консультированием и обеспечением безопасности такого медицинского тестирования, как для пациента, так и для лиц, проводящего освидетельствование.

Консультирование и обследование по желанию обратившего может быть проведено анонимно, когда образец сыворотки крови и результат обследования обозначаются кодом, а не фамилией и именем обследуемого, а код образца сыворотку известен только клиенту.

Консультирование само по себе представляет ценное психологиче-ское воздействие, даже в том случае, если обследование на ВИЧ не может быть произведено, или если пациент решил не проходить обследование.

Потенциальная польза консультации для индивидуального лица заключается в том, что он:

- получает точную информацию о ВИЧ-инфекции;

- легче справляется со своими тревогами и неприятностями;

- получит эмоциональную поддержку;

- знакомиться со способами и средствами снижения риска заражения;

- получает психологические стимулы к изменению опасного поведения;

- получает сведения о дополнительных медицинских или социальных службах поддержки.

При проведении добровольного обследования должно быть обеспечено техническое совершенство используемых лабораторных тестов и высокое качество лабораторных исследований. Не допускается использование тестов, не имеющих разрешения Минздрава на их использование. Запрещается информировать обратившееся лицо о «положительных» результатах исследования до получения окончательного подтверждения, в связи с чем не рекомендуется устанавливать диагноз «ВИЧ-инфицированный» по результатам обследований «быстрыми» тестами, а также тестами, определяющими антитела к ВИЧ в моче или слюне, дающими высокий процент ложноположительных реакций. Предпочтительный срок послетестового консультирования 5-8 день после обследования.

Запрещается давать ответ о результатах исследования по телефону.

Консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Консультирование - это конфиденциальный диалог между клиентом и лицом, предоставляющим психологическую и информационную поддержку, имеющий целью помочь клиенту принять собственное решение относительно ВИЧ/СПИДа, а также дать возможность преодолеть психоэмоциональное напряжение, возникшее в и вне связи с тестированием на ВИЧ-инфекцию.

Цель консультирования:

1. Оказать психологическую поддержку пациенту, столкнувшемуся с проблемой ВИЧ/СПИДа;

2. Оценка степени личного риска передачи ВИЧ-инфекции и приня-тие решения о дальнейшем поведении;

3. Профилактика дальнейшего распространения ВИЧ/СПИда.

Основными задачами консультирования являются:

- профилактика распространения инфекции ВИЧ;

- обучение населения безопасному половому поведению;

- оказание психологической поддержки обратившимся.

Консультирование предусматривает оказание помощи людям, в определении характера проблем, с которыми они сталкиваются, а затем в принятии решение о том, что они способны реально сделать так, чтобы ослабить воздействие этих проблем на себя и своих близких.

Для достижения целей консультирования, следует обеспечить:

•Психологический контакт с ВИЧ-инфицированными и лицами с рискованным поведением, а при необходимости с их семьями и друзьями;

•Доступность клиенту информации о ВИЧ/СПИДе (о путях передачи, предупреждении и тестировании);

•Определить проблему, доставляющую психоэмоциональное напряжение;

•Поощрение к принятию адекватного решения. Сообразно с интересами и проблемами пациента;

•Обсуждение и выбор дальнейшего поведения пациента в зависимо-сти от потребностей и жизненных обстоятельств;

•Поощрения изменения образа жизни, обеспечивающего профилактику дальнейшей передачи инфекции.

Консультирование, ориентированное на учет индивидуальных осо-бенностей обратившихся является эффективным средством профилактики инфекции ВИЧ еще до начала тестирования. Помимо эмоциональной поддержки в процессе консультирования оценивается индивидуальный риск заражения, а также стимулируется принятие решения о выборе способа профилактики заболевания.

Предпосылками успешной консультативной работы являются:

- достаточное время для установления контакта, взаимопонимания, собственно консультирования;

- поддержание чувства полной доброжелательности и благосклонности к обратившимся со стороны консультанта, независимо от их образа жизни, выбора половых партнеров, а также социально-экономических, этнических или религиозных особенностей. Недопустимо проявлять каких-либо субъективные эмоции по поводу индивидуальных особенностей обратившихся;

- легкодоступность консультаций. Люди, нуждающиеся в консультации, должны чувствовать, что могут попросить о встрече или связаться с консультантом в любое время;

- последовательность любой информации, предоставляемой при консультировании;

- конфиденциальность. Взаимоотношения участвующих в консультировании должны основываться на том принципе, что все обсуждаемые вопросы носят частный характер, если сам обратившийся не решит поделиться этой информацией еще с кем-либо. Запись на прием в кабинет психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ производится предварительно (лично или по телефону) с фиксацией времени приема. Лицо, обратившее в кабинет, проходит регистрацию, в случае анонимного обращения в журнале регистрации фиксируется кодовый норм или любая фамилия (имя), названным пациентом. Если обратившемуся нужна справка о результатах тестирования, то в журнале фиксируются паспортные данные. После регистрации обратившийся направляется на прием к консультанту для проведения дотестового консультирования.

Организация противодействия развивающейся эпидемии и борьба с ее разрушительными последствиями являются в настоящее время наиболее важной задачей международной и национальной политики в области здравоохранения.

ВОЗ в ряде документов выделяет 4 основных направления деятель-ности, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ-инфекции и ее послед-ствиями:

1. Предупреждение половой передачи ВИЧ, включающее такие элементы, как обучение безопасному половому поведению, распространение презервативов; лечение (других) болезней, передающихся половым путем, обучение поведению, направленному на сознательное лечение этих болезней.

2. Предупреждение передачи ВИЧ через кровь методами снабжения безопасными кровепродуктами, обеспечения асептических условий при инвазивной, нарушающей кожную целостность, хирургической и стоматологической практике;

3. Предупреждение перинатальной передачи ВИЧ методами распространения информации о предупреждении передачи ВИЧ, перинатальной передаче и планировании семьи, обеспечения медицинской помощи, включая консультирование, женщинам, которые инфицированы ВИЧ;

4. Организация медицинской помощи и социальной поддержки больным ВИЧ-инфекцией, их семьям и окружающим.

Профилактика инфицирования ВИЧ.

Профилактические мероприятия дают наилучший результат, когда они осуществляются одновременно на нескольких уровнях.

•Медицинское просвещение, направленное на изменение сексуального поведения или поведения при приеме наркотиков, на распространение профилактических мер. Например, через пропаганду и распространение недорогостоящих презервативов и одноразовых шприцов, а также информации об их правильном использовании.

•Выявление и лечение других БППП, поскольку эти заболевания способствуют распространению ВИЧ.

•Лечение с использование лекарственных средств, улучшение доро-дового ухода и безопасности родов, а также альтернативы грудному вскармливанию в целях снижения числа случаев передач инфекции от матери ребенку. Передача вируса от матери ребенку (или вертикальная передача) означает передачу ВИЧ от матери ребенку в утробе матери, во время родов, или в период грудного вскармливания. Конечно, использование этого медицинского термина никоим образом не возлагает вину на женщину.

•Добровольное и конфиденциальные консультации и анализы.

•Профилактика передачи вируса через кровь.

Очень важно , чтобы программы профилактики проводились в течении длительного периода времени. Работа по профилактике даст результат только в том случае, если люди-носители ВИЧ, не испытывают дискриминации и не сталкиваются с предубежденным отношением окружающих.

1. Профилактика передачи половым путем.

Пропаганда изменения поведения. Медико-санитарные работники должны играть ключевую роль в деле профилактики передачи ВИЧ. Они могут предоставлять информацию о ВИЧ/СПИД, а также должны давать консультацию пациентам, озабоченным опасностью инфицирования ВИЧ. Проявляя позитивный подход и заботу в отношении ЛЗВС, медико-санитарные работники могут подвести других к мысли об изменении своих привычек и дальнейшего поведения. Такой позитивных подход и понимание, кроме того позволяет преодолевать предубеждение в отношении ВИЧ СПИД как в рамках служб здравоохранения, так и в обществе в целом.

В идеальном случае медико-санитарные работники должны проходить специальную подготовку по наблюдению ЛЗВС и их семей. Кроме того, работники здравоохранения должна обладать соответствующими знаниями, для того чтобы консультировать по вопросам профилактики и снижения риска заражения, включая навыки обсуждения деликатных вопросов (таких, как сексуальное и опасное поведение) с пациентами, чтобы не предвзято и с понимание говорить о конкретных потребностях и проблемах пациента с учетом его культурных особенностей.

Медико-санитарные работники должны обсуждать профилактику инфекции ВИЧ с каждым пациентом. Сообщая информацию о том, как передается инфекция, помогая людям понять способы предохранения и направляя в соответствующие профилактические и лечебные службы, медико-санитарные работники могут внести очень важный вклад в профилактическую работу.

Во время визита больного медико-санитарным работникам подчас трудно найти время и возможность для обсуждения профилактики ВИЧ. В случае необходимости особый упор на эту проблему можно делать в ходе предродовых консультаций и бесед с молодыми людьми, а также во время обсуждения вопросов здоровья матери и ребенка, планирования семьи и лечения БППП,

Очень важно обсуждать передачу инфекции половым путем с молодыми людьми. Исследования показывают, что эффективные программы сексуального и репродуктивного здоровья могут отсрочить первый половой контакт и защитить сексуально активных молодых людей от нежелательной беременности и БППП, включая ВИЧ.

Медико-санитарным работникам следует также заниматься санитарно-просветительной работой среди всех слоев общества в целях борьбы с предубеждениями и дискриминацией в отношении инфицированных ВИЧ, для пропаганды профилактики в этой области.

Учитывая тот факт, что в большинстве случаев инфекция ВИЧ передается при половом контакте, население как гетеросексуальной, так и гомосексуальной ориентации должно знать о способах предохранения при половом контакте. Кроме того, они должны иметь доступ к недорогостоящим и высококачественным презервативам .

До недавнего времени мужские презервативы представляли собой единственное доступное средство для профилактики БППП, включая ВИЧ. Однако сейчас женские презервативы могут представить женщинам и мужчинам альтернативную возможность поставить барьер на пути инфекции. Женский презерватив представляет собой оболочку, которую женщина помещает во влагалище, как и мужской презерватив, он эффективно работает и как контрацептив, и как защита от болезней.

Обсуждая со своими пациентами проблему секса и опасности ин-фекции, медико-санитарные работники должна настойчиво говорить о необходимости изменить те привычки и особенности поведения, из-за которых женщинам (в особенности молодым) трудно оградить себя от небезопасного или недобровольного полового акта. Это особенно важно в силу существования многих культурных и социальных традиций, не позволяющих женщинам на равных принимать решения по половым и репродуктивным вопросам. С тем, чтобы избежать предубеждения в отношении женщин, медико-санитарный работник должен обсуждать с обоими партнерами, а не только с женщиной такие вопросы, как профилактика ВИЧ, добровольные и конфиденциальные консультации и анализы, а также проблемы ВИЧ и вскармливания младенцев.

Необходимые меры для достижения уровня БППП:

•Пропаганда безопасного сексуального поведения и обеспечение презервативами.

•Эффективное и ранее лечение мужчин и женщин по доступным це-нам.

•Включение профилактики БППП и соответствующего наблюдения в основную работу служб здравоохранения. (Это является ключевым элементом).

•Выявление, лечение и консультирование половых партнеров.

•Соответствующее клиническое наблюдение.

•Обучение работников первичного медико-санитарного обслужива-ния использованию местных методик ведения индивидуальной ра-боты с населением и сочувственному отношению к пациентам.

•Надежное снабжение лекарственными препаратами, службы наблюдения и консультационные центры, имеющие диагностическое оборудование.

Симптоматическое ведение индивидуальной работы с населением даст целый ряд преимуществ:

•Легко используется, не требует специалистов по БППП, подходит к любому уровню медобслуживания, включая первичное.

•Обеспечивает быстрые результаты. Позволяет медико-санитарным работникам сфокусировать внимание на главных моментах, таких как использование презервативов, уведомление сексуальных партнеров и привлечение их к лечению, а также проведение терапии с использованием различных лекарств.

•Позволяет лечить инфекцию пи первичном осмотре, что снимает необходимость последующих визитов к врачу.

•Является недорогостоящим, поскольку не предусматривает проведения лабораторных анализов.

•Как правило, это очень эффективно. Это предотвращает опасность дальнейшего распространения инфекции и в то же время снижает риск осложнений и остаточных явлений.

•Оно может быть интегрировано в простую систему уведомления партнера.

В тех случаях, когда это является эффективным решением, следует использовать одноразовую схему перорального приема препарата. В амбулаторном порядке прописываются повторные дозы для перорального приема, в случае возможности следует контролировать прием лекарств. Хотя симптоматический подход очень полезен, там, где имеются лаборатории, следует проводить анализы для подтверждения диагноза и скрининга.

2. Профилактика передачи вируса от матери ребенку.

Мать, инфицированная ВИЧ, в развивающейся стране имеет 25-45-процентную вероятность родить инфицированного ребенка. Помимо опасности передачи вируса в ходе беременности и родов, грудное вскармливание младенца повышает опасность заражения на 15 и более процентов в зависимости от длительности периода вскармливания и других факторов, которые ученые сейчас пытаются выявить. В развивающихся странах от одной трети до половины детей, инфицированных ВИЧ, получили инфицированных ВИЧ, получили инфекцию при грудном вскармливании.

В 2005 году 600 тысяч детей родились с инфекцией ВИЧ, т.е. более 1600 детей в день. С начала эпидемии 2,7 миллиона детей в возрасте до 15 лет умерли от ВИЧ/СПИДа. Девяносто процентов получили инфекцию от матери. В большинстве пострадавших районов передача ВИЧ от матери ребенку вдвое увеличила младенческую и детскую смертность. Что может сделать медико-санитарный работник для предотвращения такого типа передачи вируса?

Наиболее важным и эффективным средством профилактики передачи вируса от матери ребенку является предотвращение инфицирования матери или будущей матери (и ее сексуального партнера) посредством профилактических методик, упомянутых выше.

Всем беременным женщинам следует предлагать следующее:

•Добровольные и конфиденциальные консультации и анализы на ВИЧ, что должно стать компонентом предродового ухода или должно обеспечиваться в специальных пунктах.

•Если результат анализа подтверждает наличие инфекции у женщи-ны, ей следует, если возможно, предложить краткосрочный курс антивирусных лекарств.

•Если результаты анализов подтверждают наличие инфекции, ее необходимо проинформировать об опасности передачи ВИЧ при грудном вскармливании, а также об альтернативных методах кормления ребенка.

•Хороший предродовой уход и консультации по вопросам правильного питания очень важны для всех будущих матерей, но в особенности для инфицированных ВИЧ. Многие женщины в развивающихся странах недостаточно питаются или страдают от нехватки отдельных питательных веществ, таких, как витамин А, что может повысить опасность передачи ВИЧ младенцам.

•Надежный родовой уход очень важен для будущих матерей, инфи-цированных ВИЧ.

3. Профилактика передачи ВИЧ через кровь.

В любом медпункте ВИЧ может передаваться пациентам при пере-ливании зараженной крови или же при использовании не стерилизованных медицинских хирургических и зубоврачебных инструментов. Инъекции не стерильными шприцами являются главным источником заражения ВИЧ в медпунктах. Жизненно важно всегда строго следовать правилам стерилизации и общим правилам предосторожности в медпунктах.

Переливание зараженной крови представляет собой наибольшую опасность внесения инфекции. Вся кровь, которая используется при переливании, должна проверяться по крайней мере на предмет зараженности ВИЧ. Так, где имеются для этого ресурсы, кровь должна проверяться и на присутствие других патогенов, таких как сифилис и гепатит Б. снижение числа переливаний крови и повышение безопасности запасов крови – ключевые меры к снижению опасности передачи ВИЧ. К сожалению, во многих развивающихся странах большая часть крови, используемой для переливания, не проверяется на наличие ВИЧ.

Источником инфицирования ВИЧ в медпунктах могут быть пациенты и персонал-носители ВИЧ. Персонал, инфицированный ВИЧ, должен допускаться к инвазивным процедурам только при условии самых тщательных мер защиты.

ВИЧ очень быстро распространяется через внутривенные вливания, если шприц или игла заражена. Внутривенные вливания – главный путь проникновения ВИЧ во многих регионах мира, в особенности в Восточной Европе и Юго-Восточной Азии. В некоторых странах этих регионов ВИЧ распространяется быстрее через инъекции, чем через половые контакты. Медико-санитарные работники могут содействовать профилактике распространения ВИЧ этим путем, если они сконцентрируют внимание на комплексе следующих мер:

•Информирование наркоманов (и их сексуальных партнеров) о ВИЧ и других заболеваниях, распространяемых через кровь/инъекции.

•Обучение таким навыкам, как принятие решений в отношении ис-пользования препаратов и выбор наиболее безопасного введения препарата.

•Доступ к стерильным инструментам через аптеки или программы обмена шприцов. Доступ к различным средствам стерилизации ин-струментов.

•Доступ к презервативам для наркоманов и их партнеров.

•Программы лечения, помогающие наркоман сократить число инъекций или полностью прекратить их.

•Информация и обучение, направленные на снижение спроса на внутривенные препараты.

Для многих наркоманов, не желающих отказаться от инъекций, способом значительного снижения опасности инфекции ВИЧ может стать сокращение случаев совместного использования шприцев и более эффективная стерилизация шприцов.

Прокалывающие кожу инструменты, используемые, например, при прокалывании ушей, в зубоврачебной практике, для нанесения татуировок и раскраски лица, для, для акупунктуры, а также используемые традиционными хилерами, тоже могут стать источником распространения ВИЧ в случае, если они нестерильны. Небезопасно также бриться в парикмахерской, где используются не стерильные лезвия, которые применялись для бритья других клиентов. Медико-санитарные работники должны предостерегать людей о соответствующих опасностях. Они также должны призывать тех, кто пользуется такими инструментами, стерилизовать их, прежде чем использовать их для другого клиента.

ВИЧ может также передаваться через инструменты, используемые для калечащих операциях на гениталиях женщин, если инструменты не стерилизуются после каждого использования. В любом случае медико-санитарные работники должны всегда выступать против этих опасных и вредных обычаев.

Никто не застрахован на 100% от заражения ИППП и/или ВИЧ. Любой человек, мужчина или женщина, в любом возрасте, вне зависимости от места проживания и религиозных убеждений может инфицироваться. Только знания о путях передачи и профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции способны защитить человека от заражения.

Риск заражения ИППП можно снизить, если:

- иметь одного неинфицированного полового партнера;

- при любой форме и виде полового контакта использовать презерватив;

- использовать химические средства профилактики ИППП;

- соблюдать все правила личной гигиены.

Риск заражения ВИЧ можно снизить, если кроме вышеуказанного:

- использовать только индивидуальные шприцы и иглы;

- использовать только проверенную на ВИЧ донорскую кровь или другие препараты крови.

Свойства вируса иммунодефицита и пути его передачи определяют способы профилактики и предупреждения дальнейшего распространения инфекции.

ВИЧ не стоек во внешней среде, быстро погибает при кипячении и под воздействием таки дезинфицирующих веществ, как, например, раствор хлорной извести. Проведение стандартных мероприятий по обеззараживанию медицинского инструментария в больничных условиях, тестирование на наличие антител всех порций донорской крови и других биологических жидкостей эффективно предупреждают распространение вируса в лечебных учреждениях.

Для предупреждения передачи половым путем крайне эффективным способом является использование презервативов. Разнообразные программы полового воспитания, нацеленные на отсрочку начала половой жизни, сохранение верности партнеру и использование презерватива также доказали свою результативность во многих странах мира.

Комплекс мероприятий по информированию потребителей наркотиков по вопросам здоровья, включающийся в себя распространение среди них профилактической литературы, обмен шприцев для ориентации наркопотребителей на использование только стерильных инструментов, предоставление возможности заместительной терапии, - убедительно доказал свою эффективность в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции во многих странах мира и нередко определяется термином «снижение вреда от инъекционного употребления наркотиков». В настоящее время в Австралии, США, во многих странах Западной, Центральной, Восточной Европы проводятся программы по обмену игл и шприцев, аутрич-работы (информационно-разъяснительная деятельность социальных работников и волонтеров-добровольцев «на улице»). Применяемая с середины 60-х годов ХХ в. для снятия острых проявлений абстинентного синдрома (ломки) заместительная терапия, при которой наркозависимый принимает строго выверенные дозы методана – синтетического аналога «уличных» наркотиков – также доказала свою эффективность в снижении роста ВИЧ-инфекции.

Прием современных препаратов позволяет значительно снизить (2-10%) риск инфицирования ребенка от ВИЧ-положительной матери.

Изменение рискованного поведения.

Задача профилактики – убедить людей добровольно и на длительный срок изменить свое поведение, сделав его более безопасным. Как этого достичь? Существует ряд психологических закономерностей изменения поведения.

Добровольный отказ от устойчивых привычек, как правило, не происходит сразу, а представляет собой более или менее длительный процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. На каждом из этапов человеку, меняющему свое поведение, требуется соответствующая информация и поддержка.

1. Даже не задумывается о том, что привычное поведение может быть опасным. (Необходимо привлечь внимание, шокировать, привести к осознанию собственного риска).

2. Начинает задумываться. (Необходимо: сообщить конкретную информацию о степени риска, помочь проанализировать «за» и «против» изменения привычного поведения).

3. Готов действовать. (Необходимо: обучить новым навыкам и тех-никам самоконтроля, поощряя успехи, помочь изменить привычную об-становку, избегать рискованных ситуаций).

4. Действует. (Необходимо: создать систему самоподдержки, взаи-моподдержки, профессиональной поддержки).

5. Устойчивый результат. (Необходимо: выработать чувство гордости и достигнутым, постоянно ощущать поддержку близкого человека).

Социальная реклама, плакаты, видеоклипы действуют, в основном, на первой стадии, помогают задуматься о проблеме. Затем для изменения поведения требуется более конкретная информация – печатные материалы, телефон доверия, консультации специалистов. Для достижения стабильных результатов нужны группы поддержки, социально-психологические службы, целенаправленная работа с окружением, родными и близкими.

Без учета этих психологических особенностей профилактическая работа с населением по изменению поведения рискует остаться на уровне 1-го и 2-го этапов, когда часть людей даже не задумывается о том, что подвергает себя опасности, а другая часть, хотя и задумывается, но не предпринимает никаких шагов для изменения такого положения.

Во всем мире потребление наркотических веществ молодежью воз-росло. Для противодействия этой тенденции мы должны усилить наши меры по профилактике злоупотребления на всех возможных уровнях. В отличие от конца 70-х годов, когда употребление наркотиков достигло своего пика, сегодня мы находимся в уникальной ситуации, когда результаты более чем двадцатилетних исследований по профилактике злоупотребления позволяют нам более эффективно вмешаться в данный процесс.

В течение последних двух десятилетий исследователи старались определить, с чего начинается и как в дальнейшем развивается злоупо-требление наркотиками. Были выявлены факторы, которые позволяют отличать тех, у кого высокая вероятность употребления наркотиков от тех, у кого она низкая. Условно данные факторы можно разделить на 3 группы:

•внутрисемейные;

•социальные (подростковая среда);

•личностные.

Рассмотрим их подробнее.

- невозможность войти в мир взрослых без борьбы. Отсутствие принятия со стороны значимых взрослых и, в первую очередь, родителей;

- резкое падение самоуважения при противодействии семьи и школы в реализации новых взрослых возможностей подростка. Если определять самоуважение по формуле САМОУВАЖЕНИЕ = Успех/Уровень притязаний, где уровень притязаний характеризует степень сложности тех новых «взрослых» задач, которые подросток ставит перед собой, то самоуважение подростка в ситуации противодействия стремится к нулю;

- проблемы в семье, как материальные, так и эмоциональные, высокие показатели отчуждения детей и родителей. Степень риска возрастает при увеличении количества конфликтов между родителями и практические достигает максимума при их разводе;

- неспособность освоить взрослое социальное пространство, про-странство человеческих взаимоотношений в позиции диалога «взрослый» - «взрослый»;

- закрытый, жестко иерархизированный тип семьи со статичными, негибкими ролями ее членов, формальными отношениями и преобладанием оценочно-контролирующей функции в ущерб ситуации самораскрытия, доверия и равно партнерства;

- наличие близких родственников, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью;

- неприятие личности подростка со стороны референтных групп сверстников. Он должен изменять своему «Я» и жить по законам данной группы;

- недостаточное признание собственных заслуг в значимой подростковой среде. Низкая внешняя оценка в случае незрелости «Я» автоматически порождает низкую самооценку;

- преобладание имитационного поведения («быть как все»);

- высокие факторы зависимости от реакции друзей и ситуации, пас-сивность в изменении среды;

- необходимость принадлежности к какой-либо молодежной группе или компании, как средство усиления собственного «Я». Низкая самодостаточность, подмена «Я» - концепции, «МЫ – концепцией». Невозможность понять, где кончаются границы «Я» и начинаются границы «МЫ»;

- отсутствие близкого друга или близких друзей. Низкие показатели успеха и популярности у лиц противоположного пола;

- низкая жизнестойкость и стрессоустойчивость, неумение добиваться своей цели, стремление получить от жизни все «здесь и сейчас»;

- ранимость, обидчивость, эмоциональная неустойчивость, неспо-собность к адекватному выражению своих чувств и контролю над ними, подгонка собственных чувств и эмоций под эмоциональный ряд внешнего окружения;

- повышенная внушаемость и комфортность;

- стремление к удовольствию и изменению эмоционального состоя-ния оказываются выше навыков самоконтроля;

- непринятие «Я – реального», называемого комплексом неполно-ценности, при котором низкая самооценка сочетается с завышенными требованиям к себе. Именно наркотик часто становится главным способом ее повышения;

- неспособность справиться с навалившимся грузом экзистенциаль-ных проблем, отсутствие навыков преодоления чувства одиночества и подавленности, низкая саморегуляция;

- незрелость мотивационно-потребностной сферы подростка. Доминирование «низших» потребностей по Маслоу (физиологических и потребности в безопасности) над «высшими» (потребность в любви и привязанности, уважении и статусе, самореализации);

- несформированность морально-этических норм и принципов, де-лающих раскаяние невозможным в силу отсутствия внутреннего конфликта;

- неготовность принять на себя ответственность за собственную жизнь и собственные поступки. Стремление пользоваться взрослыми возможностями, делегируя ответственность либо семье, либо школе, либо «вожакам стаи». В психологии это называется экстернальным локусом контроля;

- зашкаливающие барьеры критичности по отношению к миру взрослых, невозможность вычленить факторы общности с ним;

- полный негативизм по отношению к значимым взрослым без по-пытки анализа поступающей информации;

- повышенная конфликтность, противостояние авторитетам; в соче-тании с неспособностью продуктивного выхода из конфликта. Асоциаль-ное поведение;

- низкая индивидуальная способность психологической защиты, не позволяющая справляться с эмоциональным напряжением;

- низкий уровень заботы о себе в сочетании с неготовность просить психологическую помощь в стрессовой ситуации;

- безрассудное стремление к риску и поиску острых ощущений;

- незрелость механизмов логического мышления, не позволяющих анализировать ситуацию во всей ее полноте;

- низкий уровень познавательных интересов. Слабые академические успехи, порождающие эффект школьной тревожности;

- отсутствие постоянных и устойчивых личных интересов и хобби. Ощущение скуки, как проявление инфантильности личности, неспособной найти себе дело по душе;

- неуверенность в собственных силах, правильности выбора профессии, страх за свое будущее;

- наличие других форм зависимого поведения (склонность к азарт-ным играм, компьютерная и Интернет зависимость);

- перенесенные в детстве травмы головного мозга, в том числе родовые травмы;

- неудовлетворенность собственным физическим обликом и его несоответствие идеалам мужественности/женственности, принятым в под-ростковой среде. Низкие темпы полового созревания.

Различают факторы, которые связаны с пониженной склонностью к злоупотреблению наркотиками – их называют «защитными» факторами. Эти факторы не всегда являются абсолютно противоположными факторами риска. Их влияние также неравномерно в процессе развития. Наиболее характерные защитные факторы включают:

•крепкие семейные узы;

•положение, когда родителя следят за поведением своих детей, постоянно вовлечены в их жизнь и преподают им ясные правила поведения внутри семьи;

•успех в школьных мероприятиях;

•крепкая связь с социальными институтами – например, семьей, школой, религиозными общинами;

•соблюдение окружающими общепринятых норм в употреблении психоактивных веществ.

Обстоятельства, достоверно увеличивающие шансы индивида стать потребителем наркотиков или алкоголя, называются факторами риска употребления психоактивных веществ. Обстоятельства, достоверно снижающие шансы индивида стать потребителем психоактивных веществ, называются факторами защиты (проективными факторами) от риска злоупотребления психоактивных веществ. Факторы риска нередко специфичны для определенных возрастных и этнических групп или для определенной общественной среды и могут зависеть от вида употребляемого психоативного веществ. Так, факторами риска употребления психоактивных веществ могут быть:

- проблемы, связанные с физическим или психическим здоровьем;

- употребление родителями психоактивных веществ;

- высокий уровень семейного стресса, семейная нестабильность, низкий уровень дохода в семье;

- личностные особенности (неуверенность в себе, заниженная само-оценка, колебания настроения, невысокий уровень интеллекта, неприятие социальных норм, ценностей и т.д.);

- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;

- проблемы межличностного общения в семье, в школе, в среде сверстников;

- регулярное общение со сверстниками, употребляющими психоактивные вещества, отсутствие устойчивости к их негативному влиянию;

- невысокое качество медицинской помощи;

- недоступность служб социальной помощи;

- высокий уровень преступности в регионе.

Факторами защиты от риска употребления психоактивных веществ, или протективными факторами, могут быть:

- стабильность и высокий уровень дохода в семье, обеспеченность жильем;

- высокая самооценка, развитые навыки самостоятельного решения проблем, поиска и принятия социальной поддержки. Устойчивость к негативному влиянию сверстников, умение контролировать свое поведение;

- высокий уровень интеллекта и устойчивости к стрессу, физическое и психическое благополучие;

- соблюдение общественных норм в употреблении психоактивных веществ;

- высокое качество медицинской помощи;

- низкий уровень преступности в регионе;

- доступность служб социальной помощи.

Обычно человек начинает употреблять психоактивные вещества под воздействием не только одного фактора. В течение жизни на индивида воздействует совокупность факторов риска и факторов защиты, которые не имеют прямых вероятностных связей с формированием аддикции, т.е. поведения, ведущего к формированию зависимости от психоактивных веществ.

Исследованиями факторов риска употребления психоактивных ве-ществ посвящен ряд отечественных и зарубежных исследований. Н.А.Сиротой (1990) разработана классификация факторов риска возникновения и развития наркомании в подростковом возрасте.

1.Факторы пре-, пери- и постнатальной отягощенности:

- патологически протекавшая беременность у матери;

- хронические острые и тяжелые заболевания матери в период беременности;

- хронические и острые тяжелые психические травмы в период беременности;

- патологически протекавшие роды;

- задержки нервно-психического развития в раннем возрасте;

- нервно-психические отклонения в раннем детстве.

2. Факторы наследственной отягощенности:

- психические заболевания;

- алкоголизм;

- наркомания.

3. Факторы нарушенного онтогенеза:

- черепно-мозговые травмы;

- психотравмы;

- тяжелые соматические заболевания.

4. Различные нарушения отношений в семье и семейного воспита-ния:

- неполные, распавшиеся семьи;

- отсутствие семьи;

- деструктивные семьи;

- воспитание по типу явной или скрытой гипопротекции (в том числе в семьях, где родители и старшие дети злоупотребляют алкоголем и наркотиками);

- психопатологические личностные или акцентуированные характе-рологические особенности родителей.

5. Нарушения психосоциальной адаптации в процессе развития подростка:

- формирующаяся отчужденность, противоречивость и нарастающая неудовлетворенность в отношениях с родителями;

- избегающий, поверхностный, формальный стиль общения в семье;

- формальное отношение к внутрисемейным проблемам, игнориро-вание их;

- снижение успеваемости;

- нарушение школьной дисциплины;

- неполноценность к коммуникативных контактов (поверхностное, недифференцированное межличностное общение)

- конфликтность в отношениях со сверстниками – представителями формально детерминированного коллектива или избегание общения с ними;

- конфликтность в отношениях с учителями и администрацией школ;

- нарушение принципа социальной обусловленности коммуникативных связей, построение общения со сверстниками преимущественно по «территориальному» принципу;

- уменьшение интенсивности и неустойчивость общения со сверст-никами противоположного пола, выраженные проблемы общения с ними;

- отсутствие устойчивых увлечений;

- склонность к асоциальным формам поведения.

6. Психологические фактор:

- зависимость особенностей личностного реагирования, социальной перцепции, характера межличностного общения и Я-концепции от влияния референтной группы сверстников;

- тенденция к реализации эмоционального напряжения в непосред-ственное поведение, минуя процесс когнитивного осознания и принятия решения;

- игнорирование системы социальных установок и ролей;

- нарушения в сфере социальной перцепции (не соответствующая возрасту коммуникативная и социальная некомпетентность, несформированные в соответствии с возрастом самооценка и прогноз оценки своего поведения в глазах окружающих);

- несформированная в соответствии с возрастом способность адекватно оценивать и вербализовать взаимоотношения с окружающими;

- отсутствие стремления к конструктивному разрешению проблем-ных и конфликтных ситуаций;

- отсутствие сформированного представления о жизненных целях;

- отсутствие сформированного реального и идеального образа Я и значимых окружающих и как следствие отсутствие стимула к саморазвитию и усовершенствованию;

- неосознанный, часто парадоксально проявляющийся в поведении «призыв о помощи», направленный к членам семьи и окружающим.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ – одно из важнейших и эффективных направлений профилактики неинфекционной патологии.

Профилактика зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ может быть первичной, вторичной и третичной. Рассмотрим каждую из них.

Первичная профилактика наркомании и алкоголизма имеет цель предотвратить возникновение нарушения или болезни, предупредить негативные исходы и усилить позитивные результаты развития индивида. Это может быть достигнуто несколькими путями: а) развитие и усиление мотивации на позитивные изменения в собственном жизненном стиле индивида и в среде, с которой он взаимодействует; б) направление процесса осознания индивидом себя, поведенческих, когнитивных и эмоциональных проявлений своей личности, окружающей его среды; в) усиление адаптационных факторов или факторов стрессорезистентности, ресурсов личности и среды, понижающих восприимчивость к болезни; г) воздействие на факторы риска наркотизации с целью их уменьшения; д) развитие процесса самоуправления индивидом своей жизнью (управление самосознанием, поведением, изменением, развитием); е) развитие социально-поддерживающего процесса.

Первичная профилактика является наиболее массовой, неспецифи-ческой, использующей преимущественно педагогические, психологиче-ские и социальные явления. Ее воздействия направлены на общую попу-ляцию детей, подростков и молодых людей. В результате первичной профилактики предполагается достичь полного избегания патологических исходов, редуцирование числа лиц, у которых может быть начат патологический процесс, что определяет ее наибольшую эффективность. Она влияет, прежде всего, на формирование здоровья путем замены одних развивающихся процессов на другие. Сформировав активный, функциональный, адаптивный жизненный стиль человека, можно укрепить его здоровье и предупредить развитие болезни. Данный вид профилактики способен охватить наибольшее число людей, влиять на население в целом, иметь наиболее эффективные результаты.

Первичная профилактика наркомании проводится посредство не-скольких стратегий.

Первая стратегия – информирование населения о психоактивных веществах (их видах и воздействии на организм, психику и поведение человека) и формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие.

Контингента воздействия – дети и подростки, посещающие школу; учащаяся молодежь; родители (семья); учителя; внешкольные подростковые, молодежные коллективы и группы; дети, не посещающие школу; дети, лишенные родителей и постоянного места жительства; неорганизованные группы населения.

Вторая стратегия – формирование мотивации на социально-поддерживающее поведение.

Контингента воздействия – семья (родители); учителя; дети; под-ростки в школьных коллективах и вне их; дети, не посещающие школу; дети, лишенные семьи и постоянного места жительства.

Третья стратегия – развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения.

Контингента воздействия – дети, подростки, молодежь в учебных заведениях и вне их; учителя; родители (семья).

Четвертая стратегия - развитие навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки, отказа от предлагаемого психоактивного вещества.

Контингента воздействия – дети, подростки и молодежь в учебных коллективах и вне их; учителя; родители (семья).

В приведенных выше стратегиях используются специальные техно-логии.

Социальные и педагогические технологии первичной профилактики:

- воздействие средств массовой информации;

- антинаркотическое обучение;

- использование альтернативных употреблению наркотиков про-грамм детско-подростковой и молодежной активности;

- создание социально-поддерживающих систем (социальные службы, клубы, молодежные просоциальные органихации и т.д.);

- проведение антинаркотических мотивационных акций;

- организация деятельности социальных работников и волонтеров;

- деятельность системы ювенальной юстиции.

Психологические технологии первичной профилактики:

- развитие личностных ресурсов;

- формирование социальной и персональной компетентности;

- развитие адаптивных стратегий поведения;

- формирование функциональной семьи.

Медицинские технологии первичной профилактики осуществляются посредством определения генетических и биологических маркеров поведения риска и их коррекции на медицинском уровне.

Рост числа потребителей психоактивных веществ и лиц, проявляю-щих поведение риска - социального резерва роста заболеваемости наркоманией, определяет после воздействия вторичной профилактики.

Главная цель вторичной профилактики – изменение дезадаптивных и псевдоадаптивных моделей поведения риска на более адаптивную модель здорового поведения.

Поведение риска может быть вызвано характеристиками индивида, имеющего те или иные предиспозиции личностных, поведенческих и других расстройств; характеристиками среды, воздействующей на индивида; специфическими комбинациями средовых и поведенческих характеристик.

При этом среда рассматривается в качестве носителя такого доминирующего фактора, как стресс (любое требование среды является стрессом; в случае поведения риска стрессовое давление среды, ее сопротивление резко увеличивается как реакция на это поведение), а само поведение индивида – как фактор риска наркомании.

Вторичная профилактика наркомании осуществляется с применением различных стратегий.

Первая стратегия – формирование мотивации на изменение поведе-ния.

Контингента воздействия – дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья). Неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

Вторая стратегия – изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

Контингента воздействия – дети, подростки и молодежь группы риска, родители (семья), неорганизованные группы детей, подростков, молодежи и взрослого населения.

Третья стратегия – формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Континента воздействия – дети и взрослые (семья, учителя, специа-листы, непрофессионалы).

В этих стратегиях используются специальные технологии.

Социальные и педагогические технологии:

- формирование мотивации на полное прекращение употребления наркотиков, если оно имеет место;

- формирование мотивации на изменение поведения;

- развитие проблем – преодолевающего поведения;

- формирование социально-поддерживающего поведения и страте-гии поиска социальной поддержки в просоциальных сетях.

Психологические технологии:

- преодоление барьеров осознания эмоциональных состояний;

- осознание формирующейся зависимости от наркотика как проблемы личности;

- развитие эмоциональных, когнитивных и поведенческих стратегий проблем – преодолевающего поведения (стратегии разрешения проблем, поиска и принятия социальной поддержки, распознавание и модификация стратегии избегания);

- анализ, осознание и развитие личностных и средовых ресурсов преодоления проблемы формирующейся зависимости от психоактивных веществ. Развитие Я-концепции, коммуникативных ресурсов, социальной компетентности, ценностных ориентации когнитивного развития, интернального локуса контроля; принятие ответственности за свою жизнь, свое поведение и его последствия; восприятие социальной поддержки; изменение стереотипов поведения и ролевого взаимодействия в семье; формирование психологической резистентности к давлению наркотической среды.

Медицинские технологии заключаются в нормализации физического и психического развития, биохимического и физиологического равновесия.

Третичная профилактика наркомании направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после соответствующего лечения. Уменьшение вероятности рецидива заболевания. Другое направление третичной профилактики – снижение вреда от употребления наркотиков у тех, кто еще не готов полностью отказаться от них.

Возможности третичной профилактики гораздо ниже, чем первичной и вторичной, так как эффект от превентивного воздействия определяется необходимостью замены патологических звеньев поведения индивида на здоровые. Данный вид профилактики основан на медицинском воздействии, однако базируется на сильной структуре социальной поддержки. Он требует индивидуального подхода и направлен на предупреждение перехода сформированного заболевания в его более тяжелую стадию. Активность больного в борьбе с заболеванием, осознание им собственной ответственности за свое здоровье – обязательное условие проведения третичной профилактики.

Третичная профилактика наркомании осуществляется с применением нескольких стратегий.

Первая стратегия – формирование мотивации на изменение поведе-ния, включение в лечение, прекращение употребления наркотиков или других психоактивных веществ.

Контингента воздействия – лица, зависимые от наркотиков, других психоактивных веществ. В процесс мотивационной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

Вторая стратегия – изменение зависимых, дезадаптивных форм по-ведения форм поведения на адаптивные.

Контингента воздействия – лица, зависимые от наркотиков, других психоактивных веществ. В процесс данной работы при необходимости включаются члены семьи и другие значимые лица.

Третья стратегия – осознание ценностей личности.

Контингента воздействия – лица, зависимые от наркотиков, других психоактивных веществ.

Четвертая стратегия – изменение жизненного стиля.

Контингента воздействия – лица, зависимые от наркотиков, других психоактивных веществ.

Пятая стратегия – развитие коммуникативной и социальной компе-тентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.

Контингента воздействия – лица, зависимые от наркотиков, других психоактивных веществ.

Шестая стратегия – формирование и развитие социально-поддерживающей сети.

Контингента воздействия – члены семьи, другие значимые лица, члены групп само- и взаимопомощи и т.д..

В этих стратегиях используются различные технологии.

Социальные и педагогические технологии:

- формирование социально-поддерживающей и развивающей среды;

- формирование мотивации на изменение поведения, прекращение употребления психоактивных веществ и постоянное поддержание процесса продвижения к здоровью;

- развитие навыков копинг-поведения, социальной компетентности, преодоления искушения наркотизации или алкоголизации;

- формирование социально-поддерживающего поведения и стратегии поиска социальной поддержки в социально-поддерживающих сетях.

Психологические технологии:

- осознание личностных, экзистенциальных, духовных и нравствен-ных ценностей;

- осознание личностных целей и путей их достижения;

- осознание влечения и зависимости;

- формирование копинг-стратегий преодоления влечения и зависи-мости;

- изменение жизненного стиля в целом;

- развитие коммуникативной и социальной компетентности;

- развитие когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер;

- развитие личностных ресурсов совладения с зависимостью.

Медицинские технологии заключаются в грамотном психофармакологическом вмешательстве в соответствующие периоды при соответствующих терапии состояниях, а также в нормализации физического и психического состояния, биохимического и физиологического равновесия.

Все виды профилактической деятельности, реализуемые в обществе, разделяются на ряд направлений:

- профилактика в учебных заведениях (школьные программы);

- профилактика, основанная в семье (семейные и родительские про-граммы);

- профилактика в организованных общественных группах населения;

- профилактика с помощью средств массовой информации;

- профилактика, направленная на группы риска в учебных заведениях и вне их;

- систематическая подготовка специалистов в области профилактики;

- мотивационная профилактическая работа;

- профилактика рецидивов;

- терапия социальной средой;

- профилактика последствий, связанных с употреблением психоак-тивных веществ.

В соответствии с этими стратегиями строятся профилактические программы.

Основные принципы построения профилактических программ.

1.Профилактические программы должны быть составлены таким образом, чтобы усиливать «защитные факторы» и способствовать ликвидации или уменьшению известных «факторов риска».

2.Профилактические программы должны включать:

•обучение навыкам отказа от наркотиков в ситуациях, когда их предлагают;

•меры по усилению личных убеждений против применения наркотиков и негативного отношения к употреблению наркотиков;

• обучение социальным навыкам (коммуникабельности, уверенности в себе, самоуважению и эффективному взаимодействию с окружающими – как со сверстниками, так и со взрослыми).

В профилактических программах для подростков предпочтение должно отдаваться интерактивным способам работы (например, моделированию ситуаций, ролевым играм, дискуссиям, обратной связи и т.д.), а не дидактическим информационно-образовательным методам.

Профилактические программы должны включать модули для родителей или воспитателей, соответствующие тематике подростковых программ (например, содержащие информацию о наркотиках и их неблагоприятных эффектах), что создает возможность внутрисемейных обсуждений, посвященных разрешенным и запрещенным законом препаратам и способствует выработке четкой политики в отношении их использования в самих семьях.

Профилактические программы должны быть долгосрочными и не ограничиваться рамками школьного обучения, но предусматривать повторяющееся воздействие для укрепления первоначального профилактического эффекта. Например, работа в начальной и средней школе должна продолжаться последовательно повторяющимися модулями, помогающими критическому периоду перехода от средних к старшим классам.

Профилактическая работа, направленная на семью, имеет большой эффект, чем стратегии, направленные только на родителей или только на детей.

Широкомасштабные программы, которые включают кампании в средствах массовой информации и изменения законодательства относительно психоактивных веществ (такие как ограничение доступа к алкоголю, табаку или другим наркотикам), являются более эффективными, когда сопровождаются профилактической работой в школе и семьях.

Широкомасштабные программы нуждаются в мероприятиях по усилению общественного мнения, направленного против использования психоактивных веществ во всех областях профилактической работы, включая семейную, школьную и общественную.

Школы предоставляют удобную возможность охватить всю моло-дежь и могут служить базой для проведения мероприятий по работе со специфическими группами, имеющими повышенный риск злоупотребления психоактивных веществ (такие как, дети с отклоняющимся поведением; отстающие в учебе; или таких, у кого существует вероятность изоляции от социально-позитивной среды).

Профилактические программы должны быть адаптированы к специфическим проблемам злоупотребления психоактивными веществами в данной общине.

Чем выше уровень риска среди населения, тем более интенсивными должны быть профилактические усилия и тем раньше они должны начинаться.

Профилактические программы должны соответствовать возрастным категориям, быть разработаны надлежащим образом и в соответствии с культурными особенностями района.

**Контрольные вопросы по теме:**

1. Влияние профилактических программ

2. Влияние заболевания на иммунную систему

3. Последствия заражения Спидом