



NACIONĀLAIS VESELĪBAS DIENESTS

Ievads

Šis ir ceturtais e-žurnāla "Aktuāla informācija par atkarības problēmām" (AIPAP) numurs. Katrā izdevumā tiek sniegti jaunākie dati par garīgo veselību, atkarību slimību izplatību un sekām valstī, pārskati par aktuālākajām publikācijām un literatūru, kā arī Nacionālā veselības dienesta (NVD) sabiedrības veselības speciālistu un citu jomas ekspertu gatavotie raksti.

AIPAP ir paredzēts gan nozares speciālistiem un mūsu sadarbības partneriem, gan ikvienam interesentam, kas meklē jaunāko informāciju par atkarības problēmām un notikumiem Latvijā un pasaulē.

Šajā izdevumā mēs plašāk analizējam alkohola reklāmas, tirdzniecības vietu blīvuma ietekmi uz sabiedrības veselību, kā arī alkohola un tabakas lietošanas savstarpējo saistību. Plašāk apskatām inhalantu lietošanas izplatību un veselības riskus iedzīvotājiem, kas cieš no psihiskiem un uzvedības traucējumiem. Īsu informāciju sniedzam par jaunākajām NVD, Veselības ministrijas, Pasaules veselības organizācijas un Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra publikācijām.

SATURS

- Riska grupa-pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem
- Inhalantu lietošanas izplatība Latvijā
- Alkohola tirdzniecības vietu blīvums un to ietekme uz sabiedrības veselību
- Alkoholisko dzērienu reklāma
- Alkohola un tabakas lietošanas savstarpējā saistība
- Veselības ministrija publicējusi veselības veicināšanas vadlīnijas
- Garīgā veselība Latvijā 2010
- Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2010
- Nacionālais ziņojums par situāciju narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2010. gadā
- Legālo un nelegālo atkarības izraisošo vielu lietošana ES jauniešu vidū
- Eiropas veselības ziņojums 2010
- PVO un EMCDDA jaunumi

AKTUĀLAS NVD PUBLIKĀCIJAS

1. SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ LATVIJĀ 2010. GADĀ, NACIONĀLAIS ZIŅOJUMS
2. ATKARĪBU IZRAISOŠO VIELU LIETOŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2010, 19. IZDEVUMS
3. TEMATISKAIS ZIŅOJUMS "GARĪGĀ VESELĪBA LATVIJĀ 2010. GADĀ"

PUBLIKĀCIJAS ATRODAMAS WWW.VMNV.D.GOV.LV SADAĻĀ "ZIŅOJUMI UN PĒTĪJUMI"

RISKA GRUPA- PACIENTI AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM

Dažādās publikācijās pasaulē pēdējo gadu laikā vairākkārt aktualizēts jautājums par mirstību un šīs mirstības cēloņiem personām ar psihiskām slimībām. Mirstības riska pētniecība, analīze un dokumentēšana ir būtisks priekšnoteikums sabiedrības veselības prioritāšu izvērtēšanai, resursu sadalei, slimību kontroles un ierobežošanas programmu izstrādei, sniegto pakalpojumu efektivitātes novērtēšanai, riska prognozēšanai un aktuālāko pētniecības jomu noteikšanai nākotnē¹.

Jau tālajā 1841. gadā Viljams Farrs (William Farr) Karaliskajai Statistikas biedrībai ziņoja par pacientu ar garīgām slimībām mirstību valsts lielākajās patversmēs un licencētajās aprūpes iestādēs. Viņš aprēķināja, ka mirstība labākajā no aprūpes iestādēm ir ap trim reizēm augstāka nekā kopējā iedzīvotāju populācijā, turklāt citās iestādēs tika novērota vēl vairākas reizes augstāka mirstība. Šis ziņojums rosināja Anglijas parlamentu nodrošināt regulāru statistikas datu apkopošanu visās aprūpes iestādēs un noteikt mirstību par sniegtās aprūpes kvalitātes rādītāju. Augstā mirstība patversmēs tika saistīta ar infekcijas slimībām un sliktākiem vispārējiem apstākļiem – tādiem kā fiziskās aktivitātes, siltuma un medicīniskās aprūpes trūkums, kā arī nepilnvērtīgs uzturs.

Arī mūsdienās personu ar garīgām slimībām mirstība pēta vairākkārt. Pētījumos iegūto datu apkopojumā, kura mērķis bija izpētīt mirstību personām ar garīgām slimībām un tās radīto slogu attīstītajās valstīs, kā arī noteikt iespējamās izmaiņas laika gaitā, noskaidrots, ka cilvēkiem ar garīgām slimībām vērojama būtiski paaugstināta mirstība gandrīz visās slimību grupās un no visiem nāves cēloņiem. Turklāt šie rādītāji laika gaitā vērojami konsekventi paaugstināti². Londonā veikta pētījumā augstāka mirstība konstatēta cilvēkiem ar tādiem garīgās veselības traucējumiem kā šizofrēnija, bipolārie traucējumi un depresija³.

Biežāk reģistrētie psihiatrijas pacientu nāves cēloņi ir hroniskas somatiskas slimības, piemēram, sirds-asinsvadu slimības, hroniskas plaušu slimības un infekcijas slimības, turklāt, paaugstinātā mirstība no sirds-asinsvadu slimībām psihiatrijas pacientiem pēdējās divās dekādēs nav mazinājusies. Vēža gadījumā pētījumos iegūtie rezultāti nav viennozīmīgi – daži autori ziņojuši par zemāku saslimstību ar vēzi nekā hipotētiski gaidīts, bet citi saistību ar paaugstinātu vēža incidenci garīgi slimo pacientu vidū tomēr atraduši. Šizofrēnija pat saistīta ar samazinātu saslimstību ar vēzi – kā izskaidrojumu tam pētījumu autori minējuši audzēja šūnu attīstību kavējošos gēnus, paaugstinātu galējāšūnu (natural killer) aktivitāti un atsevišķu psihotropo medikamentu protektīvo ietekmi².

ASV veikta pētījumā noskaidrots, ka personas,

kuras vērsušās pēc palīdzības ar garīga rakstura traucējumiem, mirušas ātrāk, salīdzinot ar sava vecuma kohortām valstī. Lai arī šo personu vidū konstatēta augstāka mirstība nekā kopējā populācijā, lielākajā daļā nāves gadījumu biežākie cēloņi bijuši tādi paši kā kopējā populācijā (sirds-asinsvadu slimības, vēzis, cerebrovasculārās un elpošanas sistēmas slimības)⁴.

Nozīmīga loma personu ar garīgām slimībām mirstībā ir pašnāvībām. Pētījumi, kas veikti gan attīstītajās, gan jaunattīstības valstīs liecina, ka lielākā daļa no pašnāvībām saistītas ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem: 6 – 15% pašnāvību gadījumi saistīti garastāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem (galvenokārt depresiju); 4 – 10% gadījumu pašnāvībai par pamatu bijusi šizofrēnija, bet 7 – 15% gadījumu nozīmīgāko lomu spēlējis alkoholisms⁵.

Pašnāvība ir viens no pētītākajiem nāves cēloņiem personām ar garīgām slimībām – dati liecina, ka cilvēkiem, kuri slimo ar depresiju, šizofrēniju un psihozēm vērojami pat 8 līdz 14 reizes augstāki pašnāvību rādītāji nekā kopējā populācijā. Kaut arī personām ar garīgām slimībām pašnāvību rādītāji ir ievērojami augstāki nekā sabiedrībā kopumā, nāves gadījumu skaits, salīdzinot ar gadījumiem dabisko nāves cēloņu dēļ, ir salīdzinoši neliels. Pieejams salīdzinoši ierobežots literatūras apjoms par mirstību no citiem ārējiem nāves cēloņiem, tomēr ir zināms, ka personām ar garīgām slimībām ir augstāki vardarbīgas nāves un negadījumu izraisītu nāves gadījumu rādītāji – īpaši to pacientu vidū, kuriem ir arī ar alkoholu un/vai narkotiku lietošanu saistītas blakussaslimšanas².

Nemot vērā pētījumu rezultātus citās valstīs, būtiski noskaidrot situāciju arī Latvijā. Lai analizētu pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem mirstības likumsakarības tika izvirzīti trīs uzdevumi: pirmkārt – noskaidrot šo personu nāves cēloņu struktūru, lai noteiktu izplatītākās nāves cēloņu grupas; otrkārt – novērtēt, kā un cik lielā mērā šo pacientu nāves cēloņu struktūra atšķiras no Latvijas kopējās populācijas nāves cēloņu struktūras; treškārt – noskaidrot, vai vērojamas būtiskas mirstības atšķirības personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, salīdzinot ar kopējo Latvijas populāciju un piecās izplatītākajās nāves cēloņu grupās. Nepieciešamajai datu analīzei izmantoti 2009. gada dati. Apvienota informācija par 15-64 gadus veciem pacientiem no Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (turpmāk teksta – Reģistrs) un Latvijas iedzīvotāju Nāves cēloņu datubāzes. Kopumā 2009. gadā Reģistra uzskaitē bijuši 51 269 pacienti vecumā no 15 līdz 64 gadiem no kuriem 759 pacienti šajā gadā miruši.

Grupējot mirušos pacientus, kuri atradušies



GLOBĀLAIS TABAKAS EPIDĒMIJAS ZIŅOJUMS 2011

Publicēts trešais globālās tabakas kontroles politikas ieviešanas ziņojums, kas apkopo informāciju par sasniegto progresu tabakas kontroles politikas ieviešanā Pasaules Veselības organizācijas (PVO) dalībvalstīs. Lai palīdzētu valstīm izpildīt PVO vispārējās konvencija par tabakas uzraudzību noteiktās prasības, 2008. gadā tika izdots MPOWER ziņojums, kas iekļāva informāciju par sešiem uz pierādījumiem balstītiem efektīviem kontroles pasākumiem, lai samazinātu tabakas lietošanu iedzīvotāju vidū. Jaunākajā publikācijā ir apkopoti valstīs ieviestu visu sešu kontroles pasākumu rezultāti, kā arī papildus apkopoti dati par tabakas lietošanas brīdinājumiem (brīdinājumiem uz paciņām un masu mediju kampaņas). Kā liecina ziņojuma dati novērojams progress tabakas kontroles pasākumu ieviešanā. Aptuveni 3,8 miljards cilvēku (55% no pasaules populācijas) ir pakļauti vismaz vienam tabakas kontroles pasākumam, ieskaitot 1,1 miljards cilvēku, kuri ir pakļauti jaunai kontroles politikai kopš 2008. gada MPOWER izdošanas. Sasniegumi konstatēti visās tabakas kontroles jomās, 30 valstīs ieviests vismaz viens kontroles pasākums, savukārt masu mediju kampaņas pret tabakas lietošanu īstenotas 23 valstīs, sasniedzot 1,9 miljardus lielu auditoriju 2009. un 2010. gada laikā. Abi kopā, veselības brīdinājumi un mediju kampaņas, ir visplašāk īstenotie tabakas kontroles pasākumi, kas sasnieguši vislielāko populācijas daļu. Vairāk nekā viens miljards cilvēku dzīvo valstīs, kur likumdošana nosaka brīdinājumu izvietošanu uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem pēdējo divu gadu laikā. Kopš 2008. gada 16 valstīs ir ieviesta likumdošana, kas aizliedz smēķēšanu visās publiskās vietās un darbvietās, ieskaitot bārus un restorānus. Ziņojums pieejams elektroniski: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf

U.Mārtiņšone

PASĪVĀS SMĒĶĒŠANAS SLIMĪBU SLOGS

PVO publicējis ziņojumu par pasīvās smēķēšanas radīto slimību slogu pasaulē „Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke”. Ziņojumā publicēti aprēķini par pasīvās smēķēšanas radīto slimību slogu, tie balstīti galvenokārt uz jaunākajiem atzinumiem un pētījumu datiem. 2004. gadā pasīvā smēķēšana izraisīja 630 000 priekšlaicīgas nāves gadījumus, kas iekļauj 166 000 nāves gadījumus ar elpceļu infekcijas slimībām, 1100 bērnu astmas gadījumus, 35 800 astmas gadījumus, 21 000 plaušu vēža gadījumus un 379 000 sirds išēmisko slimību nāves gadījumus. Kopējais slimību slogs ir 10,9 miljoni invaliditātes korigētie dzīves gadi (DALYs), turklāt 28% no nāves gadījumiem pasīvās smēķēšanas rezultātā ir bērnu vidū, bet 47% sieviešu vidū. Atbilstoši ziņojumā publicētam novērtējumam pasīvās smēķēšanas radītais slimību slogs veido 0,7% no kopējā slimību sloga, bet 12% no smēķēšanas rezultātā radītā slimību sloga. Lai gan pastāv vairākas neskaidrības šo aprēķinu precizitātē, tie norāda likumdevējiem uz problēmas nozīmīgumu un ieguvumu, ko var panākt samazinot iedzīvotāju pakļautību pasīvai smēķēšanai. Ziņojums pieejams elektroniski: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564076_eng.pdf

U.Mārtiņšone

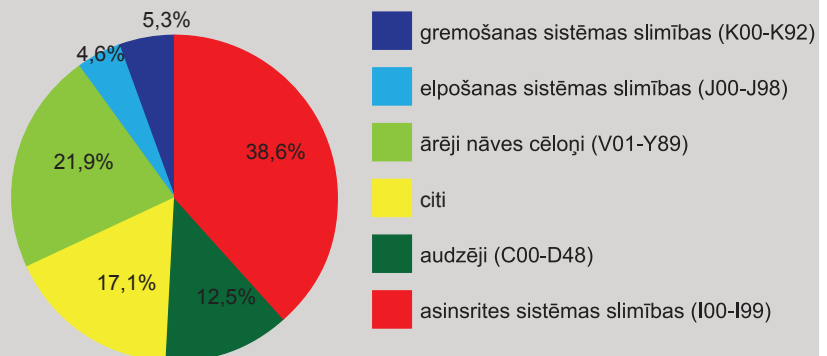
Reģistra uzskaitē, nāves cēloņu grupās, redzams (skatīt 1. attēlu), ka visbiežāk galvenais nāves cēlonis saistāms ar asinsrites sistēmas slimībām (SSK-10 I00-I99 diagnožu grupa) (38,6%). Nedaudz retāk nāves cēlonis bijis ārējs (SSK-10 V-1-Y89 diagnožu grupa) (21,9%), audzēji (SSK-10 C00-D48 diagnožu grupa) (12,5%). Piecus izplatītākos nāves cēloņus pētāmajā grupā noslēdz gremošanas (SSK-10 K00-K92 diagnožu grupa) (5,3%) un elpošanas (SSK-10 J00-J98 diagnožu grupa) (4,6%) sistēmas slimības. Salīdzinot Reģistrā iekļauto psihiatrijas pacientu nāves cēloņu struktūru ar nāves cēloņiem kopējā Latvijas populācijā (skatīt 2. attēlu), jāsecina, ka biežākie nāves cēloņi Latvijas populācijā ir tādi paši kā pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, un šie rezultāti saskan ar iepriekš minētā ASV veiktā pētījuma rezultātiem⁴. Dati liecina, ka audzēju dēļ mirušo īpatsvars starp psihiatrijas pacientiem tomēr ir mazāks nekā Latvijas populācijā, bet lielāks īpatsvars psihiatrijas pacientu miruši ar slimībām, kuras Latvijas kopējā mirstības struktūrā veido mazākos īpatsvarus (piemēram, infekcijas un parazitārās slimības, nervu sistēmas slimības, endokrīnās,

uztveres un vielmaiņas slimības u.c.).

Analizējot tikai nāves cēloņu procentuālo struktūru, nav iespējams noteikt vai pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem kādā no nāves cēloņu grupām mirstība ir augstāka vai zemāka nekā Latvijas populācijā kopumā. Lai to noskaidrotu, tika aprēķinātas visu nāves cēloņu un atsevišķu nāves cēloņu grupu standartizētās mirstības attiecības (SMA) par standartpopulāciju, izmantojot kopējo Latvijas populāciju. Kā redzams 3. attēlā, pacientiem ar jebkādiem psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2009. gadā vērojama 3 reizes augstāka mirstība no jebkādiem cēloņiem nekā kopējā Latvijas populācijā.

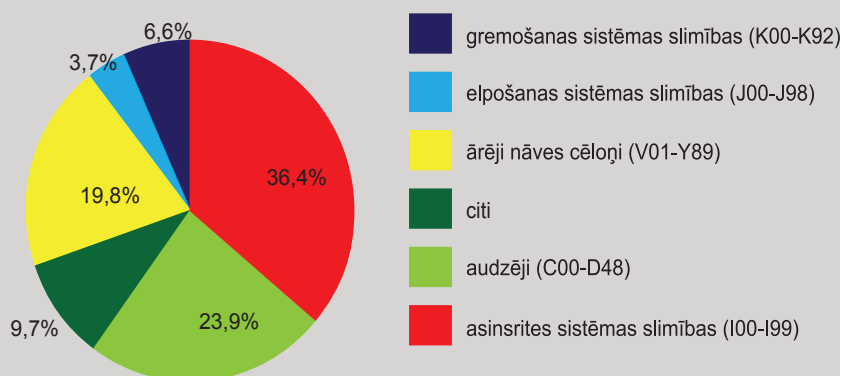
Analizējot nāves cēloņus sīkāk – lielākās atšķirības starp kopējo Latvijas populāciju un pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem vērojamas pašnāvību rādītājos, proti, psihiatrijas pacientu vidū mirstība no pašnāvībām ir 4,2 reizes augstāka nekā kopējā populācijā, bet no pārējiem ārējiem nāves cēloņiem – 2,8 reizes augstāka. Kā nākamie augstākie rādītāji minamas elpošanas un asinsrites sistēmas slimības, kuru dēļ psihiatrijas pacienti miruši attiecīgi 3,6 un 3,1 reizi biežāk nekā cilvēki kopējā Latvijas

1. attēls. Nāves cēloņi pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem 2009. gadā vecuma grupā 15-64 gadi



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, Nacionālais veselības dienests, 2011

2. attēls. Nāves cēloņi Latvijas populācijā 2009. gadā vecuma grupā 15-64 gadi



Avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datubāze, Nacionālais veselības dienests, 2011

populācijā.

Interesanta situācija veidojas ar mirstību no audzējiem, proti, lai arī mirstība ar šo nāves cēloni pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem ir 0,5 reizes augstāka nekā kopējā Latvijas populācijā, mirstības attiecība ir zemākā no analizētajām, kas savā ziņā saskan ar neviennozīmīgajiem pētījumu rezultātiem pasaulē – ņemot vērā, ka šizofrēnija pat saistīta ar samazinātu saslimstību ar vēzi, būtu nepieciešams atsevišķi pētīt mirstību ar vēzi šizofrēnijas pacientu vidū².

Ņemot vērā iegūtos rezultātus, rodas jautājums – kāpēc pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem mirstība ir ievērojami augstāka nekā kopējā populācijā? Pētījumu dati liecina, ka cilvēkiem ar garīgām saslimšanām pastāv veselības atšķirības un tās saistītas ne tikai ar sociālo disfunkciju un dažāda veida stigmatizāciju, bet arī ar somatiskās veselības traucējumiem, kas radušies saistībā ar ilgtermiņa antipsihotisko medikamentu lietošanu un neveselīga dzīvesveida izvēli (smēķēšana, neveselīgs uzturs, alkohola un narkotiku lietošana un mazkustība), kas savukārt var izraisīt, piemēram, mirstību no asinsrites sistēmas slimībām³.

Turklāt jāņem vērā arī starptautiskos pētījumos bieži aprakstītais augstais pašnāvību rādītājs tieši personām ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem.

Iegūtie rezultāti paaugstina garīgās veselības veicināšanas un garīgo slimību profilakses pasākumu nozīmi Latvijā. Ideālā gadījumā - novēršot psihiskos un uzvedības traucējumus, tiktu samazināta arī mirstība. Tomēr efektīvai pieejai nepieciešams padziļināti pētīt vēl trīs nozīmīgas jomas:

- pirmkārt, ļoti svarīgi būtu noteikt mirstību pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem atsevišķās diagnožu grupās un salīdzināt to ar mirstību Latvijas populācijā, jo sekmīgai profilakses aktivitāšu veikšanai ierobežotu finansālo resursu apstākļos nepieciešams skaidri definēt mērķa grupas un analizēt kādus rezultātus perspektīvā sniegtu darbs ar pacientiem katrā no diagnožu grupām (piemēram, vai mirstība no pašnāvībām ir augstāka depresijas vai šizofrēnijas pacientu vidū?).

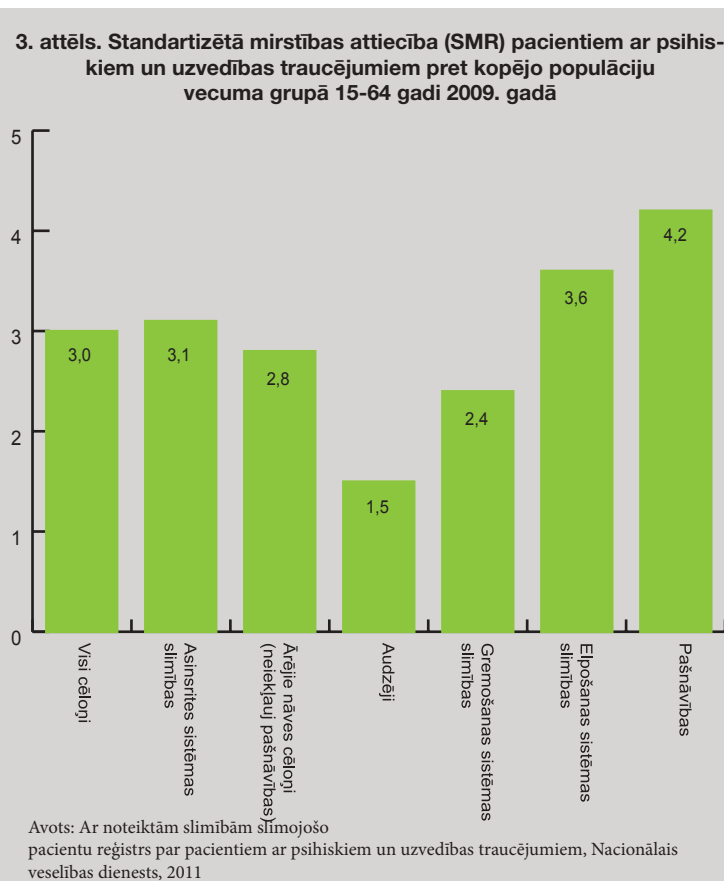
-otrkārt, ļoti būtiski ir noskaidrot somatisko slimību riska faktoru izplatību psihiatrijas pacien-

tu vidū, jo Reģistra dati liecina, ka lielākais īpatsvars Reģistra uzskaitē esošo pacientu atrodas citu personu apgādībā, bet valsts vai privāts darbs reģistrēts tikai 13,5% pacientu, kas liek domāt, ka liela daļa psihiatrijas pacientu ir trūcīgi, bet ir labi zināms, ka nabadzība ir saistīta ar vairākiem slimību riska faktoriem, kas vēlāk izraisa šo pacientu mirstību. Zinot būtiskāko riska faktoru izplatību, būtu iespējams arī pakāpeniski mazināt to negatīvo ietekmi.

-treškārt, analizētie Reģistra dati neaptver pacientus ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, ko izraisījuši atkarību izraisošo vielu lietošana (F10 - F19 pēc SSK - 10), jo šie pacienti tiek reģistrēti atsevišķā datu bāzē. Tomēr jāņem vērā, ka arī šie pacienti uzskatāmi par augsta riska grupu, jo nesen veiktu pētījumu dati liecina, ka aptuveni katram piektajam ārstētajam narkotiku lietotājam ir reģistrēta arī kāda no psihiatriskajām diagnozēm, savukārt opioīdu lietotāju vidū konstatēta aptuveni deviņas reizes augstāka mirstība salīdzinājumā ar tā paša vecuma un dzimuma iedzīvotājiem Latvijā.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Baxter DN. The mortality experience of individuals on the Salford Psychiatric Case Register. I. All-cause mortality. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science [Br J Psychiatry]* 1996 Jun; Vol. 168 (6), pp. 772-9.
2. David Lawrence, Stephen Kisely, Joanne Pais. The Epidemiology of Excess Mortality in People With Mental Illness. *Can J Psychiatry*. 2010;55(12):752-760.
3. Chang C., Hayes RD, Broadbent M., Fernandes AC, Lee W, Hotopf M., Stewart R. (2010) All-cause mortality among



people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC Psychiatry* 10:77

4. Colton CW; Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease [Prev Chronic Dis]* 2006 Apr; Vol. 3 (2), pp. A42. Date of Electronic Publication: 2006 Mar 15.

5. Pasaules veselības organizācija. Pašnāvību novēršana – materiāls vispārējās prakses ārstiem. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra, 2009., 21 lpp.

6. Pulmanis T., Taube M., Pelne A. Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā – tematiskais ziņojums. Rīga: Veselības ekonomikas centrs, 2011., 67 lpp.

7. Pulmanis T., Trapencieris M., Taube M. Duālo psihisko slimību izplatība ārstēto narkotiku lietotāju vidū Latvijā. *RSU 2010. gada zinātniskās konferences tēzes*. Rīga: RSU, 2010., 131. lpp.

8. Trapencieris M., Karlsons S, Taube M. Narkotiku lietotāju mirstība Latvijā. *RSU 2011. gada zinātniskās konferences tēzes*. Rīga: RSU, 2011., 172. lpp.

T.Pulmanis

INHALANTU LIETOŠANAS IZPLATĪBA LATVIJĀ

Inhalanti – ķīmiskas vielas, ko satur sadzīves preces – dažādi aerosoli, tīrāmie šķīdumi, līmes, krāsa, krāsu šķīdinātāji, laku noņemamie šķīdumi, amilnitrīts, šķītavu gāze, benzīns un citi naftas produkti, kā arī citas vielas.

Precīza inhalantu klasifikācija ir sarežģīta, jo tās var būt vesela virkne vielu, kas atrodamas simtos dažādu atšķirīgu produktu ar dažādu farmakoloģisku iedarbību.

Inhalantus var iedalīt četros dažādos veidos¹ :

ātri gaistošie šķīdinātāji – šķidrās vielas, kas iztvaiko istabas temperatūrā. Tie atrodas dažādos

produktos, kurus izmanto saimnieciskiem un rūpnieciskiem nolūkiem, piemēram, krāsu šķīdinātāji un krāsas noņemšanas līdzekļi, ķīmiskās tīrīšanas līdzekļi, benzīns, līmes, flomāsteri, marķieri;

aerosoli – dezodoranti, matu lakas, izsmidzināmas krāsas u.c.;

gāzes – smieklu gāze (izmanto medicīnā anestēzijai), šķītavas (butāns), propāna tvertnes, dzesējošās vielas u.c.;

nitrīti – specifiska inhalantu grupa, kas atšķirībā no pārējiem inhalantiem, kas tieši iedarbojas

uz centrālo nervu sistēmu, primāri paplašina asinsvadus un atslābina muskulatūru.

Inhalantus visbiežāk lieto jaunieši apreibrināšanās nolūkos, tos oston vai elpojot. Medicīnā inhalantu lietošanas sekas atbilstoši SSK-10 tiek šifrētas ar diagnozes kodu F18 – psihiski un uzvedības traucējumi (akūta intoksikācija, vielu kaitējoši pārmērīga lietošana, atkarības sindroms, abstinences stāvoklis, abstinences stāvoklis ar delīriju, psihotiski traucējumi, amnestiskais sindroms u.c.), kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ. 19. gadsimta sākumā kļuva pazīstamas vielas, kuras ie-



SMĒĶĒŠANAS ATMEŠANAS TELEFONLĪNIJAS IEVIEŠANAS ROKASGRĀMATA

2011. gada nogalē publicēta rokasgrāmata par bezmaksas konsultatīvo smēķēšanas atmešanas telefonlīniju izveidošanu un darbības uzlabošanu PVO dalībvalstīs „Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual”. Pašreiz vairāk kā 80% pasaules iedzīvotājiem, no kuriem vairākums dzīvo attīstības valstīs, nav pieejami visaptveroši tabakas atkarības ārstēšanas pakalpojumi. Pētījumi liecina, ka smēķēšanas atmešanas telefonlīnijas ir efektīvs instruments, lai palielinātu atmešanas pakalpojumu pieejamību. Turklāt PVO Vispārējās konvencijas par tabakas uzraudzību (turpmāk – Konvencija) 14. pantā atmešanas tālruņa līnijas ir iekļautas kā viena no pamatsastāvdaļām smēķēšanas atmešanas veicināšanā, kuru ieviešanu rekomendē PVO. Lai gan konsultatīvās telefonlīnijas ir salīdzinoši izmaksu efektīvas un ātri ieviešams pasākums, 2009. gadā mazāk kā vienā trešajā daļā valstu bija konsultatīvās telefonlīnijas. Rokasgrāmata ir resurss, lai palīdzētu PVO dalībvalstīm ieviest Konvencijas 14. panta vadlīnijas, tās identificē bezmaksas līnijas izveidošanas priekšrocības; prezentē pašreizējo globālo telefonlīniju pakalpojuma situāciju; piedāvā tehnisku padomu nacionālu telefonlīniju izveidošanai un uzturēšanai; ietver jautājumus attiecībā uz finansēšanu, pakalpojumu pieprasījuma veicināšanu un novērtēšanu; sniedz piemērus par dažādiem pakalpojuma tipiem. Rokasgrāmata pieejama elektroniski: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502481_eng.pdf

U.Mārtiņšone

GARĪGĀS VESELĪBAS ATLAŠS 2011

Gandrīz puse no pasaules iedzīvotājiem dzīvo valstīs, kurās ir vidēji viens psihiatrs uz 200 000 iedzīvotājiem. Ambulatorās garīgās veselības aprūpes iestādes ir 58 reizes izplatītākas valstīs ar augstāku ienākumu līmeni, salīdzinot ar tām valstīm, kurās ienākumu līmenis ir zems. Lai gan garīgās veselības aprūpes resursi joprojām pārsvarā ir koncentrēti psihiatriskajās slimnīcās, vērojams neliels psihiatriskā profila gultu skaita samazinājums kopumā pasaulē – gan valstīs ar dažādiem ienākumu līmeņiem, gan valstīs dažādos pasaules reģionos. Šādi un vēl citi fakti minēti jaunākajā Pasaules Veselības organizācijas 2011. gada garīgās veselības atlantā, kurā sniegti dati par 184 pasaules valstīm, kas ietver 98% pasaules iedzīvotāju. Atlants tiek publicēts kopš 2000. gada. 2011. gada atlantā atspoguļoti pēdējie dati par pieejamajiem resursiem garīgajā veselībā: psihisko traucējumu ārstēšanai, profilaksei un pacientu tiesību aizsardzībai. Atlantā publicētie fakti un skaitļi liecina, ka resursi garīgajai veselībai joprojām ir nepietiekami, turklāt resursu sadalījums starp reģioniem un ienākumu grupām ir ievērojami nevienmērīgi. Rezultāti liecina par steidzamu nepieciešamību palielināt resursus garīgās veselības aprūpei katras valsts iekšienē. Ar atlantu iespējams iepazīties PVO mājaslapā: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html

T.Pulmanis

elpojot cilvēks spēj apreibināties – smieklu gāze, hloroforms, ēteris. Savukārt 40-50 gadus pēc tam, kad šīs vielas tika izmantotas narkozei, sabiedrība apreibināšanās nolūkos sāka izmantot dažādus sadzīves līdzekļus, tos inhalējot³.

Vēsture

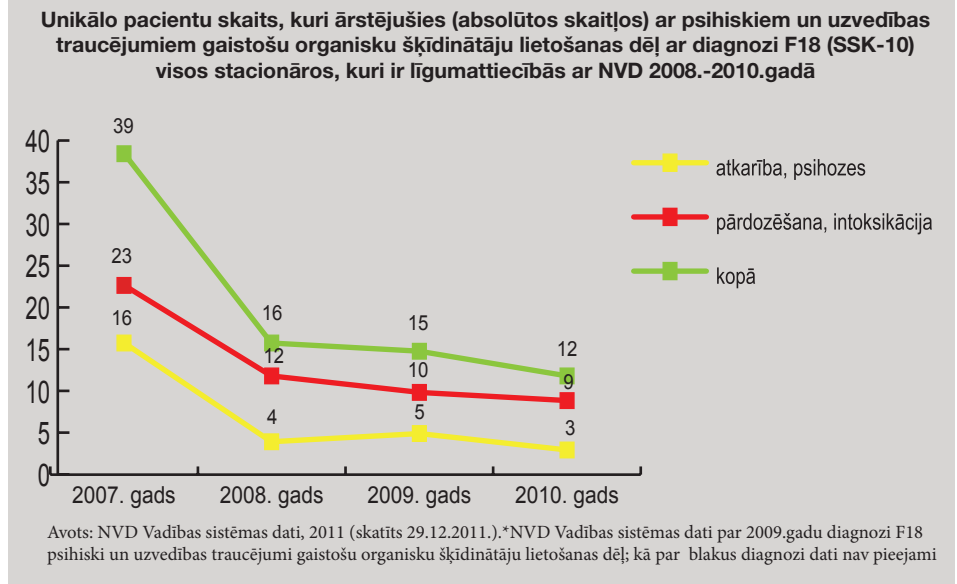
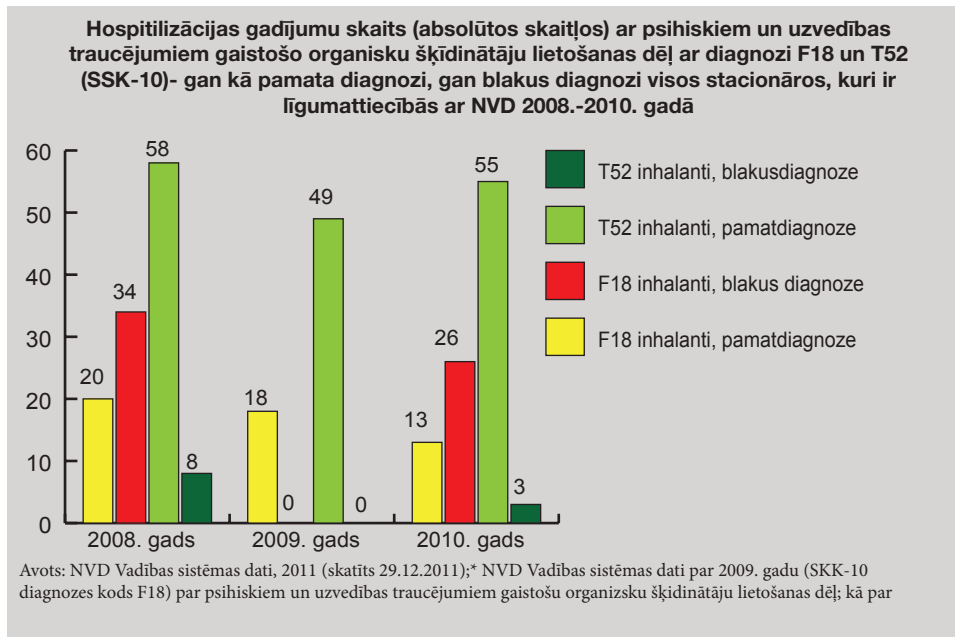
Par pirmajiem apreibināšanās gadījumiem var uzskatīt 800.g.p.m.ē. – 392.g.p.m.ē., kad šamani ieeļoja tvaikus, kuri nāca no klinšu plaisām. To viņi darīja, lai ieietu transā, mainītu apziņu, kas līdzinājās bezprāta stāvoklim, lai veiktu pareģošanu un reliģiskus rituālus⁴. 1772.g. angļu zinātnieks Ž. Pristlijs atklāja vienu no pirmajiem narkozes līdzekļiem - slāpekļa oksidulu, ko vēlāk nosauca arī par „smieklu” jeb „jautrības gāzi”, jo tika konstatēts, ka, saelpojoties šo gāzi (maisījumā ar gaisu), cilvēkiem sākās eiforija, jautrība un smieklis⁵. Pensilvānijas štātā 1940. gadā tika reģistrēti pirmie gadījumi, kad benzīnu izmantoja apreibināšanās nolūkā. Denverā 1961.-1965. gadā konstatēja limes ostišanas epidēmiju, kas pārņēma arī citas ASV pilsētas. 1967. gadā parādījās pirmie ziņojumi par dažādu aerosolu izmantošanu apreibināšanās nolūkos⁶.

Unikālo pacientu un hospitalizācijas gadījumu skaits

Saskaņā ar SSK-10⁷ klasifikatoru inhalantu lietošanas sekas tiek šifrētas ar diagnozes kodu F18 – psihiski un uzvedības traucējumi, kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ, kā arī ar diagnozes kods T52 – organisko šķīdinātāju toksiskā ietekme. Diagnozes kods T52 iekļauj saindēšanos ar naftas produktiem, benzolu, benzola homologu, glikolu, ketonu, kā arī ar citiem neprecizētiem organiskiem šķīdinātājiem.

Izvērtējot NVD Vadības sistēmas datu bāzes datus, pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ, hospitalizācijas dinamikā konstatētas šādas tendences:

- atbilstoši NVD Vadības sistēmas datu bāzes datiem hospitalizāciju gadījumu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kods F18), pēdējo 3 gadu laikā (no 2008 gada līdz 2010 gadam) ir neliels: 20 hospitalizācijas gadījumi 2008.gadā, 2009. gadā tie bija 18 gadījumi un 13 hospitali-



zācijas gadījumi 2010. gadā;

- arī kopējais hospitalizācijas gadījumu skaits ar F18 (gan pamata diagnozi, gan blakus diagnozi) pēdējos 3 gados nav liels, kā arī ir novērota neliela hospitalizācijas gadījumu skaita samazināšanās no 54 hospitalizācijas gadījumiem 2008. gadā līdz 39 gadījumiem 2010. gadā. Atbilstoši NVD Vadības sistēmas datu bāzes datiem, pacienti ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodu F18), ārstējušies galvenokārt narkoloģiskā profila stacionāros;

- hospitalizācijas gadījumu skaits saistībā ar organisko šķīdinātāju toksisko ietekmi (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodu T52) pēdējo 3 gadu laikā ir samērā stabils: 2008. gadā – 58 gadījumi, 2009. gadā – 49 gadījumi, bet 2010. gadā – 55;

- savukārt hospitalizācijas gadījumu skaits, kad organisko šķīdinātāju toksiskās ietekmes diagnoze bijusi kā blakus diagnoze ir neliels: 8 gadījumi 2008. gadā un 3 gadījumi 2010. gadā.

Izvērtējot hospitalizācijas gadījumu datus, jāsecina, ka pacienti ar organisko šķīdinātāju toksiskās ietekmes diagnozi (saskaņā ar SSK-10 diagnozes kodu T52) tiek hospitalizēti intensīvās terapijas nodaļās vai toksikoloģijas nodaļās.

Unikālo pacientu skaits⁸ ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ (SSK-10 diagnozes kods F18), laika posmā no 2007. gada līdz 2010. gadam samazinājušies gandrīz 3 reizes: no 39 unikāliem pacientiem 2007. gadā līdz 12 pacientiem 2010. gadā.

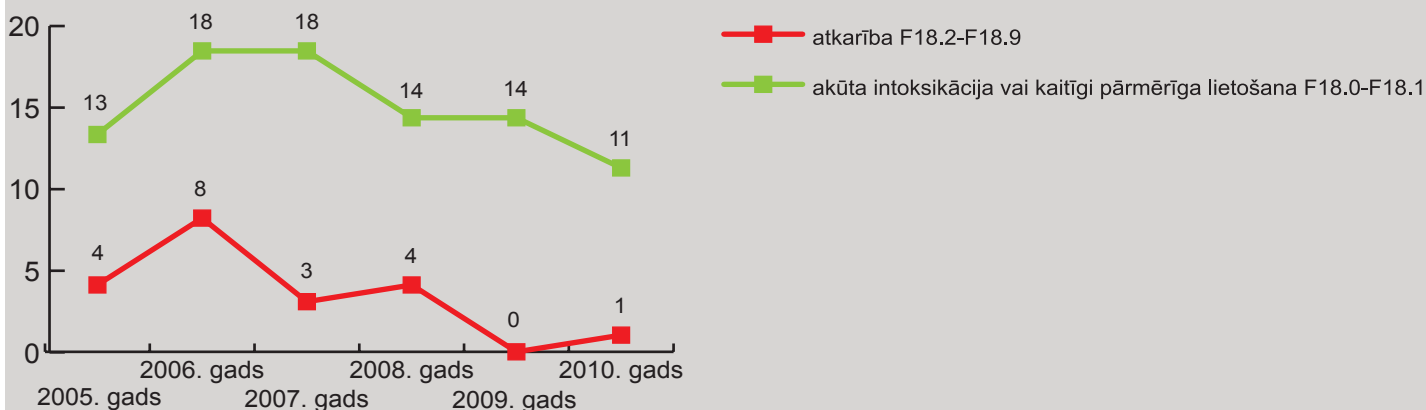
No 2010. gadā stacionāros ārstētiem unikāliem pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, kas radušies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ (SSK-10 diagnozes kods F18), 4 pacienti (25%) ārstējušies ar gaistošu organisku šķīdinātāju atkarību un psihozi (SSK-10 diagnozes kods F18.2 –F18.9) un 9 pacienti (75%) ar gaistošu organisku šķīdinātāju intoksikāciju un šo vielu kaitējoši pārmērīgu lietošanu (SSK-10 diagnozes kods F18.0 –F18.1).

2007. gadā attiecīgi 16 pacienti (41%) ārstējušies ar gaistošu organisku šķīdinātāju atkarības un psihozes diagnozēm (SSK-10 diagnozes kods F18.2 –F18.9) un 23 pacienti (59%) ar gaistošu organisku šķīdinātāju intoksikācijas un šo vielu kaitējoši pārmērīgas lietošanas diagnozēm (SSK-10 diagnozes kods F18.0 –F18.1).

Ambulatori 2010. gadā pie narkologiem, ģimenes ārstiem, pediatriem u.c. vērsušies 90 unikālie pacienti, kuri ir atkarīgi no gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas, kā arī šo inhalantu pārmērīgi lietotāji (SSK-10 diagnozes kods F18), no tiem 72 (80%) vīrieši un 18 (20%) sievietes. Ambulatoro unikālo pacientu vidējais vecums, kuri vērsušies pie citiem speciālistiem, izņemot narkologu, bija 28,7 gadi, bet vīriešu vidējais vecums – 26,4 gadi, sieviešu – 37,8 gadi.

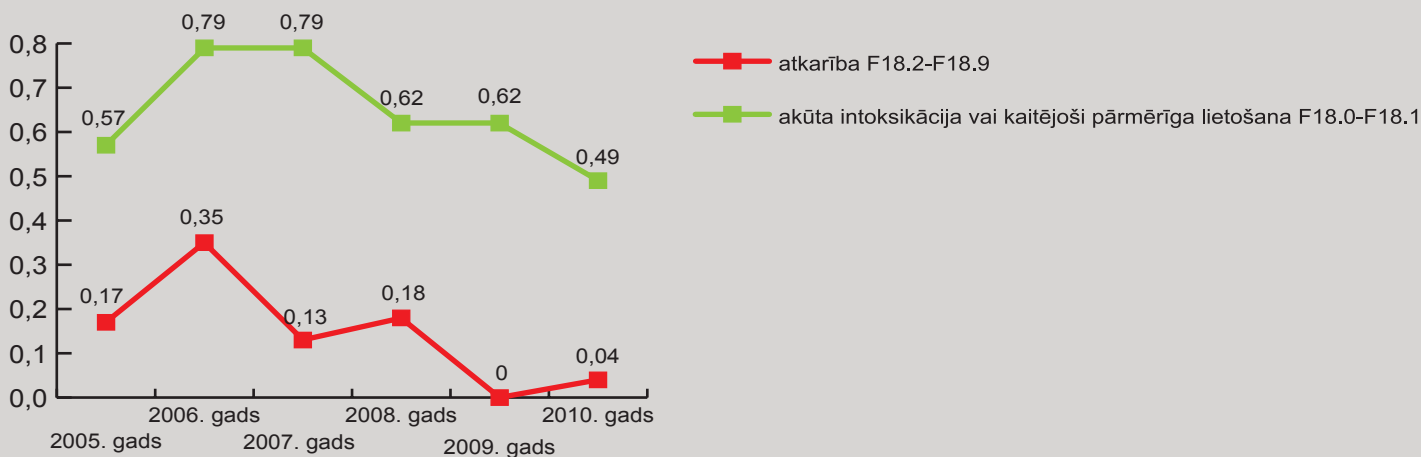
Ambulatoro medicīnisko aprūpi pie narkologiem 2010. gadā saņēmuši 43 unikālie pacienti (pacienti, kuri ir atkarīgi no gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas, kā arī šo inhalantu pār-

Ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanu (F18.0-F18.1 SSK-10) un atkarību (F18.2-F18.9) uzskaitē uzņemto pacientu skaits (absolūtos skaitļos) 2005.-2010.gadā



Avots: (2000.-2007.gads) Valsts statistikas pārskata 5.pielikums „Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ”, VSMATA, 2008; (2009.-2010.gads) Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, VEC*, 2011

Ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanu (F18.0-F18.1 SSK-10) un atkarību (F18.2-F18.9) uzskaitē uzņemto pacientu skaits (uz 100 000 iedzīvotājiem) 2005.-2010.gadā



Avots: (2000.-2007.gads) Valsts statistikas pārskata 5.pielikums „Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ”, VSMATA, 2008; (2009.-2010.gads) Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, VEC*, 2011



POLITIKAS VADLĪNIJAS, LAI NODROŠINĀTU LĪDZSVARU NACIONĀLAJĀ POLITIKĀ ATTIECĪBĀ UZ KONTROLĒJAMĀM VIELĀM

Pasaules veselības organizācija ir publicējusi vadlīnijas par līdzsvaru nacionālajā politikā attiecībā uz kontrolējamām vielām, nodrošinot kontrolējamo zāļu apgādātību un pieejamību „Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: guidance for Availability and Accessibility for Controlled Medicines”. Vadlīnijās tiek akcentēti jautājumi, kādai jābūt valstu politikai, likumdošanai, lai nodrošinātu kontrolējamo zāļu (pakļautas ANO konvencijām par narkotisko un psihotropo vielām kontrolei) nodrošinājuma (availability), pieejamības (accessibility) un reālas iespējas iegādāties (affordability) jautājumus, kā arī, lai realizētu šo vielu aprites kontroli. Kontrolējamās zālēm ir nozīmīga loma visā medicīnā, bet it paši dažās ārstniecības jomās, piemēram, sāpju, opioīdu atkarības pacientu ārstēšanā, dzemdniecībā, psihiatrijā un neiroloģijā. Jautājumi par kontrolējamo zāļu nodrošinājumu, pieejamību un reālu iespēju iegādāties ir svarīgi visām valstīm, bet problemātiski vairumā no valstīm. Šīs grāmatas pamatā izklāstīti 21 vadošie principi (vadlīnijas), kas skar dažādus jautājumus: narkotiku kontroles politikas un likumdošanas saturs; veselības aprūpes autoritātes un viņu loma; politikas plānošana, lai nodrošinātu kontrolējamo zāļu, it īpaši svarīgāko (essential medicines) pieejamību; veselības aprūpes speciālistu iesaiste; eksporta/ importa statistika; sagāde/ apgāde un nacionālie kontrolējamo zāļu saraksti. Šī grāmatas mērķauditorija: politikas veidotāji, veselības aprūpes profesionāļi, pacientu organizācijas u.c. Vadlīnijas atbalsta Starptautiskā narkotiku kontroles komiteja. Vadlīnijas izstrādātas projekta ATOME ietvaros. Vadlīnijas pieejamas angļu, kā arī krievu valodā: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html

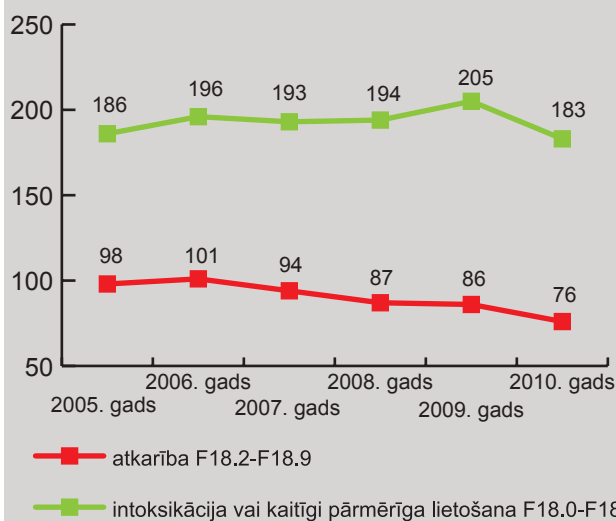
A.Pelne

mērīgi lietotāji (SSK-10 diagnozes kods F18)), no tiem 40 vīrieši (93%) un 3 sievietes (7%). Ambulatoro unikālo pacientu, kuri vērsušies pie narkologiem, vidējais vecums bija 18,7 gadi: vīriešu vidējais vecums – 19,1 gads, sieviešu vidējais vecums – 13,3 gadi.

Dati no Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, liecina, ka laika posmā no 2005.gada līdz 2010.gadam nedaudz samazinās saslimstība ar

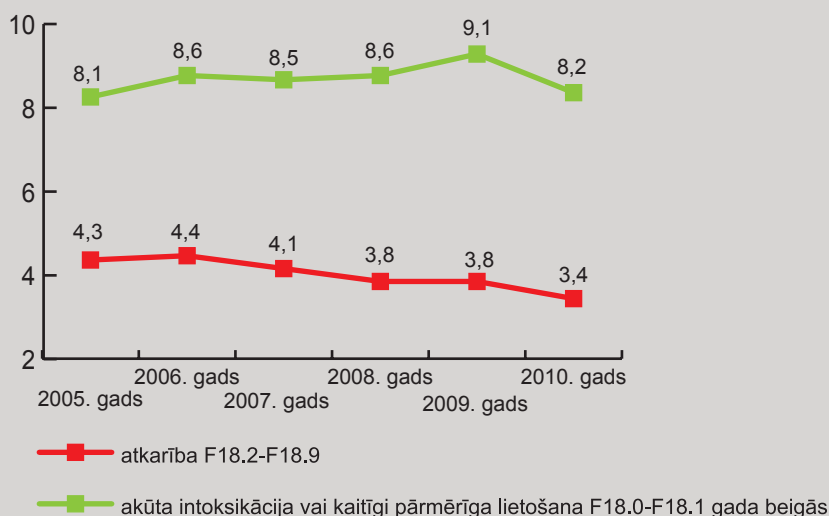
gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanu (F18.0-F18.1 SSK-10) un atkarību (F18.2-F18.9). Saslimstība ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikācijas vai kaitīgas pārmērīgas lietošanas diagnozēm (F18.0-F18.1 SSK-10) no 0,57 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2005.gadā samazinājusies līdz 0,49 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2010.gadā. Arī saslimstība ar atkarību, kas radusies gaistošu organisku šķīdi-

Ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanu (F18.0-F18.1 SSK-10) un atkarību (F18.2-F18.9) gada beigās esošo pacientu skaits (absolūtos skaitļos) 2005.-2010.gadā



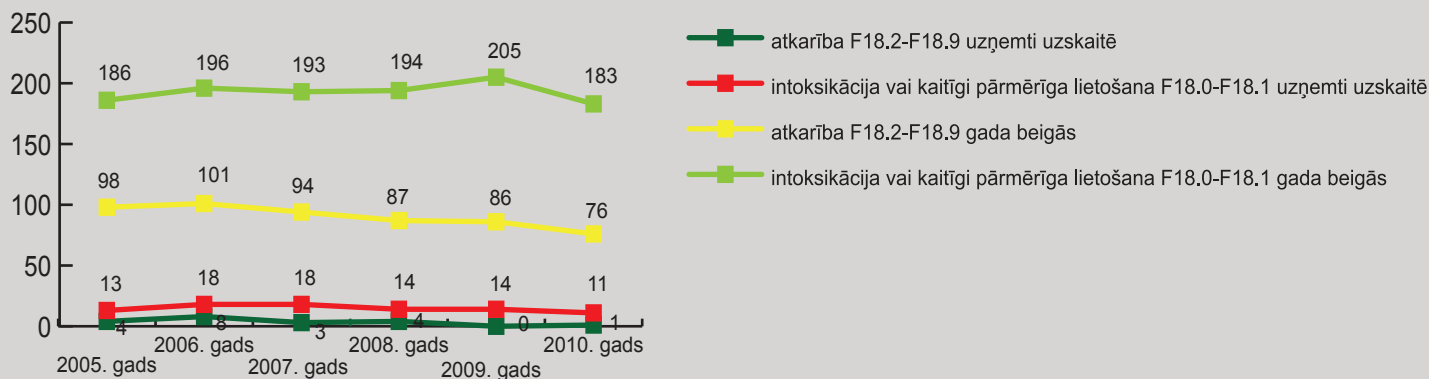
Avots: (2000.-2007.gads) Valsts statistikas pārskata 5.pielikums „Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ”, VSM TA, 2008; (2009.-2010.gads) Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, VEC*, 2011

Ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanu (F18.0-F18.1 SSK-10) un atkarību (F18.2-F18.9) gada beigās esošo pacientu skaits (uz 100 000 iedzīvotājiem) 2005.-2010.gadā



Avots: (2000.-2007.gads) Valsts statistikas pārskata 5.pielikums „Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ”, VSM TA, 2008; (2009.-2010.gads) Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, VEC*, 2011

Ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanu (F18.0-F18.1 SSK-10) un atkarību (F18.2-F18.9) uzskaitē uzņemto un gada beigās esošo pacientu skaits (absolūtos skaitļos) 2005.-2010.gadā



Avots: (2000.-2007.gads) Valsts statistikas pārskata 5.pielikums „Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ”, VSMITA, 2008; (2009.-2010.gads) Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, VEC*, 2011

nātāju lietošanas dēļ, samazinājusies no 0,17 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2005.gadā līdz 0,04 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2010.gadā.

Atbilstoši datiem no Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošas vielas, gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas izraisītu akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanas diagnožu (F18.0-F18.1 SSK-10) izplatības rādītāji laika posmā no 2005. gada līdz 2010.gadam ir samērā stabili.

Izplatības rādītājs 2005.gadā ar gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ radušos akūtu intoksikāciju vai kaitīgi pārmērīgas lietošanas (F18.0-F18.1 SSK-10) diagnozēm bija 8,1 gadījums uz 100 000 iedzīvotājiem, 2009.gadā 9,1 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, 2010.gadā – 8,2 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem.

Savukārt rādītāji par atkarības diagnozes, kas radusies gaistošu organisku šķīdinātāju lietošanas dēļ, izplatību laika posmā no 2005.gada līdz 2010.gadam nedaudz samazinājušies – no 4,3 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2005. gadā līdz 3,4 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2010.gadā.

Pētījumu dati

2010.gadā Rīgas domes Labklājības departamenta pētījuma „Riskā un aizsargājošo faktoru ietekme uz atkarību izraisošo vielu lietošanu jauniešu vidū” 3.posmā tika noskaidrota atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība jauniešu vidū Rīgā. Šis pētījums veikts atbilstoši starptautiska salīdzinošā pētījuma „Eiropas pilsētas pret narkotikām” (ECAD – European Cities Against Drugs) metodoloģijai. „Riskā un aizsargājošo faktoru ietekme uz atkarību izraisošo vielu lietošanu jauniešu vidū” pētījuma 3.posma mērķa grupa ir 15-16 gadus veci Rīgas vispārīgā skolu 9. un 10. klašu skolēni.

Pētījumā konstatēts, ka no aptaujātajiem (n=2930) skolēniem 13,9% lietojuši/pamēģinājuši inhalantus.

Salīdzinot 3. posma pētījuma rezultātus ar 2008.

gadā un 2006. gadā veiktajiem ECAD pētījumu datiem, inhalantus lietojušo/pamēģinājušo īpatsvars aptaujāto skolēnu vidū pēdējo 4 gadu laikā pieaug: 2006. gadā – 4%, 2008. gadā – 5,2%, 2010. gadā – 13,9%.

2010. gada pētījuma rezultātu analīze norāda, ka inhalantu pamēģinājušo jauniešu vidū dzimumu griezumā lielāko īpatsvaru veido meitenes – 15,7%, bet zēni – 12%. 2006. gadā – 6% zēni, bet meitenes – 2%⁹.

Pētījumā „Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū” 2011. gadā piedalījās 4500 respondenti vecumā no 15-64 gadiem. Pētījumā konstatēts, ka inhalantu lietošanas izplatības līmenis ir zems, jo tikai nepilni 1,5% aptaujas dalībnieku atzīst, ka lietojuši šīs vielas apreibināšanās nolūkos. 28% inhalantu lietotāji tos pirmo reizi pamēģinājuši vecumā no 8 līdz 15 gadiem, arī tādām pašām respondentu skaitam (38%) pirmā inhalantu lietošanas reize bijusi vecumā starp 16 un 18 gadiem. Pieaugot vecumam, inhalantu pamēģinātāju un lietošanas uzsācēju skaits krasi samazinās – 19 līdz 35 gadu vecumā inhalantus pirmo reizi pamēģinājuši 16% aptaujas dalībnieku, bet 8% neatceras, kad uzsākuši inhalantu lietošanu.

Pēdējā gada laikā inhalantus lietojuši tikai 0,2% aptaujas dalībnieku un gandrīz neviens pēdējā mēneša laikā, kas liecina, ka iedzīvotāji pamēģina lietot inhalantus, bet nelieto tos regulāri un problemātiskais inhalantu lietotāju skaits nav liels.

Pētījumā konstatēts, ka 40% no tiem, kuri pamēģinājuši inhalantus, nevienu no nelegālajām narkotiskajām vielām nav pamēģinājuši.

Gandrīz puse (55%) no tiem, kuri pamēģinājuši inhalantus, ir lietojuši arī marihuānu, bet 13% lietojuši heroīnu un 12% gadījumu lietojuši amfetamīnus¹⁰.

Atbilstoši 2007. gada ESPAD¹¹ datiem visās 35 ES valstīs vidēji 9% jauniešu savās dzīves laikā ir pamēģinājuši inhalantus. Armēnijā, Austrijā, Igaunijā, Grieķijā un Krievijā inhalantu pamēģinājušo jauniešu vidū zēnu īpatsvars ir lielāks nekā meiteņu vidū. Vienīgā valsts, kur inhalantu

pamēģinājušo jauniešu vidū dominē meitenes (12%), ir Monako, bet zēni ir tikai 4%. Kopumā 3% ir lietojuši inhalantus trīs vai vairāk reizes savā dzīves laikā. Tas nozīmē, ka divas trešdaļas skolēnu ar inhalantu lietošanas pieredzi, lieto šīs vielas vienu vai divas reizes. Pieci procenti jauniešu lietojuši inhalantus pēdējo 12 mēnešu laikā, bet 2% lietojuši pēdējo 30 dienu laikā.

Gandrīz 91% no aptaujātajiem jauniešiem nekad nav lietojuši inhalantus. Atbilstoši 2007. gada ESPAD datiem Latvijā inhalantus ir pamēģinājuši lietot 12%, bet 4% ir pamēģinājuši trīs un vairāk reizes dzīvē. Savukārt vēl nepublicēti ESPAD 2011. gada dati liecina, ka strauji palielinās tādu 15-16 gadīgu skolēnu īpatsvars, kuri ir pamēģinājuši/ lietojuši inhalantus – 23%.

Secinājumi

Inhalantus pamēģinājušo augstais īpatsvars jauniešu vidū skaidrojams ar vēlmi līdzināties dažiem vienaudžiem, galvenokārt tiem, kuri ir populāri un lieto atkarību izraisošas vielas. Līdz ar to viņu vienaudžiem rodas vēlme tiem līdzināties un pašiem pamēģināt narkotiskās, psihotropās vielas, tajā skaitā arī toksiskās vielas – inhalantus. To pamēģināšanu veicina arī inhalantu zemās cenas un vieglā pieejamība, kā arī plašā informācija internetā.

Turklāt arī nevar izslēgt, ka jaunieši, iespējams, pārspilē, interpretējot inhalantu lietošanu apreibināšanās nolūkos, ja tos patiesībā lietojuši ikdienā sadzīves vajadzībām. Ņemot vērā jauno psihoaktīvo vielu lietošanas izplatības pieaugumu valstī, piemēram, Spice tipa maisījumu inhalēšanu, iespējams, ka jaunieši šo vielu lietošanu, kuri pamatā satur sintētiskos kanabinoīdus, aptaujās uztver kā inhalantus. Lai diferencētu inhalantu lietošanu tikai apreibināšanās nolūkos, būtu nepieciešams veikt specifisku pētījumu.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. <http://www.drugfreeworld.org/drugfacts/inhalants/different-types-of.html>
2. Starptautiskais slimību klasifikators 10.redakcija
3. <http://www.narko.lv/en/?nid=68&PHPSID=7e9f054946ac0eaf485604dca74bb975>

4. www.narcozona.ru/glue.html
5. Purviņš I. Praktiskā farmakoloģija. Medicīnas informācijas centrs, Rīga, 1994.
6. www.narcozona.ru/glue.html
7. Starptautiskais slimību klasifikators 10 redakcija
8. Par SSK-10 diagnozes koda T52 unikāliem pacientiem datu nav

9. Koroļeva, I., Mieriņa, I., Sņikere, S., & Trapencieris, M. (2011). Riska un aizsargājošo faktoru ietekme uz atkarību izraisošo vielu lietošanu. Rīga: Rīgas domes Labklājības departaments
10. Sņikere, S., Trapencieris, M., Koroļeva, I., Mieriņa, I., Priekule, S., Aleksandrovs, A., Jankovskis, M. (2011) Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū, Rīga, VEC

11. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., et al. The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: Modintryckoffset AB, 2009. - Pp. 84.

L.Šulca

ALKOHOLA TIRDZNICĪBAS VIETU BLĪVUMS UN TO IETEKME UZ SABIEDRĪBAS VESELĪBU

Pasaules Veselības organizācija (PVO) ir klasificējusi alkohola radīto kaitējumu kā trešo būtiskāko faktoru (pirmajā vietā ierindota tabakas lietošana, otrajā augsts asinsspiediens) 26 riska faktoru vidū, kas attīstības valstīs izraisa iedzīvotāju saslimstību, invaliditāti un mirstību. Tas nozīmē, ka alkohols ir būtiskāks riska faktors nekā augsts holesterīna līmenis, paaugstināts vai pazemināts ķermeņa masas indekss, zems dārzeņu un augļu patēriņš, nepietiekamas fiziskās aktivitātes un psihotropo vielu lietošana¹.

Neskatoties uz alkohola lietošanas radīto kaitējumu, vēl aizvien tiek realizēta virkne pasākumu alkoholoģisko dzērienu popularizēšanai, tādējādi palielinot gan to pieejamību, gan alkohola lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū. Viens no būtiskākajiem rādītājiem, kas skaidro, vai ietekme uz alkoholisko izstrādājumu pieejamību un tā radītām negatīvām sekām tiek pietiekami novērtēta, ir alkoholisko dzērienu tirdzniecības vietu blīvums jeb tirdzniecības vietu skaits noteiktā ģeogrāfiskā teritorijā.

Kopš 90. gadu sākuma publicētas vairāk kā 50 zinātniskas publikācijas par pastāvošo saikni starp kaitējumu, ko rada alkohola lietošana un alkohola tirdzniecību vietu blīvumu. Lai gan viennozīmīgu pierādījumu par alkohola tirdzniecības vietu ietekmi uz iedzīvotāju veselībai nodarīto kaitējumu trūkst, tomēr secināts, ka palielinās alkohola patēriņš, kas ietekmē ne tikai alkohola lietotāju veselību, bet arī kopējo sabiedrības labklājības līmeni².

Daži pētījumu rezultāti par alkohola tirdzniecības vietu blīvuma ietekmi:

- Kanādā (1950-2000), palielinoties tirdzniecības vietu blīvumam, par 10% palielinājās vīna tirdzniecība;
- Norvēģijā (1965-1995) tika konstatēts augstāks vardarbības līmenis reģionos ar augstāku alkoholisko izstrādājumu tirdzniecības vietu blīvumu, kā arī saistība ar pašnāvības un satiksmes negadījumu skaitu;
- ASV (1990-1994) palielinoties tirdzniecības vietu blīvumam par vienu mērvienību (uz 100 000 iedzīvotājiem), pašnāvību skaits palielinājās par 0.23 vienībām, savukārt alkohola rezultātā izraisīto satiksmes negadījumu skaits par 2.4 vienībām. Reģionos ar augstu iedzīvotāju un bāru īpatsvaru palielinājās gājēju negadījumu skaits, savukārt augsts restorānu blīvums tika saistīts ar transportlīdzekļu vadīšanu pēc alkohola lietošanas epizodes. Aprēķināts, ka katra sestā alkohola tirdzniecības vieta izraisa vienu papildu vardarbīgu uzbrukumu, kā rezultātā vardarbībā

cietušais stacionārajā ārstēšanā atrodas vismaz vienu diennakti;

- Somijā (1969) pēc atļaujas piešķiršanas tirgot vidēju stipru alu, alkohola tirdzniecības vietu skaits palielinājās par 22%, bet gada laikā kopējais alkohola tirdzniecības apjoms palielinājās par 46%¹.

Alkohola tirdzniecības vietu blīvuma pieaugums palielina pieejamību alkoholiskajiem dzērieniem, kā arī alkohola patēriņu, turklāt pētījumi liecina, ka darbojas abpusēja saikne. Tas nozīmē, ka palielinoties blīvumam, palielinās patēriņš, bet tas samazinās, samazinoties tirdzniecības vietu blīvumam, tādējādi padarot alkohola tirdzniecības vietu skaita ierobežošanu par efektīvu instrumentu alkohola patēriņa samazināšanai.

Alkohola tirdzniecības vietu blīvums noteiktā apkārtnē ir primārais faktors, lai prognozētu vardarbības līmeni tās iedzīvotāju vidū³. Piemēram, jauniešu vidū veikto vardarbīgo noziegumu īpatsvars ir augstāks rajonos ar augstu veikalu īpatsvaru, kas skaidrojams ar faktu, ka nepilngadīgie visticamāk alkoholu iegādāsies veikalā, nevis bārā vai restorānā. Savukārt mērķtiecīga pārderšanās (no angļiskā - binge drinking) un braukšana reibumā tiek saistīta ar alkohola tirdzniecības vietu atrašanos 500 m attālumā no dzīvesvietas³. Arī savstarpējās konkurences iespaidā varbūtība, ka pārdevējs nepilngadīgām personām pārdoš alkoholu ir lielāka vietās ar augstu alkohola tirdzniecības vietu blīvumu.

Alkohola lietošanas paradumus un radīto kaitējumu ietekmē ne tikai tirdzniecības vietu blīvums, bet arī citi saistīti faktori, tai skaitā: (1) tirdzniecības vietas izmērs (tirdzniecības vietas kvadrātūra vai aprītes rādītāji); (2) izvietojums (tirdzniecības vietu blīvums noteiktas teritorijas ietvarā); (3) vieta (tirdzniecības vietu izvietojums attiecībā pret sabiedrībai būtiskām iestādēm, piemēram, skolām, baznīcām u.c.); (4) apkārtējās vides faktori (demogrāfiskie faktori un apdzīvotās vietas izolācija no apkārtējās vides); (5) kopienas lielums (kas var ietekmēt pieejamību citām tirdzniecības vietām); (6) tirdzniecības vietu tips un daudzums (piem., krogi, bāri, restorāni, veikali); (7) alkohola tirdzniecības vietas var būt saistītas ar pretlikumīgām aktivitātēm kā, piemēram, psihotropo vielu tirdzniecību, kas papildus veicina kaitējumu sabiedrības veselībai.

Lai mazinātu alkohola ietekmi gan individuālā līmenī, gan sabiedrībā kopumā, pastāv vairākas iespējas, kā izmantot tirdzniecību blīvumu kā

instrumentu šā mērķa sasniegšanai, tai skaitā:

- noteikt minimālo attālumu starp alkoholisko dzērienu tirdzniecības vietām;
- ierobežot izsniegto licenču skaitu alkohola tirgošanai vietās ar pārblīvētu tirdzniecības vietu skaitu;
- neatgriezeniski anulēt licences un slēgt uzņēmumus pēc atkārtotas alkohola aprītes likuma pārkāpumu izdarīšanas.

Pieņēmums, ka alkohola tirdzniecības vietu blīvuma samazināšana radīs izstrūkumu valsts budžetā samazināto akcīzes ienākumu nodokļa iekasēšanas rezultātā, ir maldīgs. Samazinātas alkohola pieejamības rezultātā, samazināsies tiešās sekas, tai skaitā vardarbība un traumas, tādējādi samazinot veselības aprūpes izdevumus.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., Patra, I. (2009) Epidemiology and policy. Hours and days of sale and density of alcohol outlet: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. Alcohol & Alcoholism Vol. 44, No.5, pp. 500-516
2. Connor, I.L., Kypri, K., Bell, M.D., Cousin, K. (2010) Alcohol outlet density, level of drinking and alcohol - related harm in New Zealand: a national study. J Epidemiol Community Health 2011; 65: 841-846
3. Marine Institute. Alcohol industry watchdog. (2010) Alcohol outlet density and public Health. www.marineinstitute.org/site/images/stories/pdfs/outlet_density.pdf

U.Mārtiņšone

ALKOHOLISKO DZĒRIENU REKLĀMAS IETEKME

Alkohols ir kļuvis par primāru sabiedrības labklājības un veselības apdraudošu riska faktoru Latvijā, jo alkohola izstrādājumi ir iedzīvotāju vidū plaši lietota patēriņa prece. 2010. gada Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā¹ dati liecina, ka iepriekšējā gada laikā alkoholiskos dzērienus lietoja 84,4% iedzīvotāju. Biežāk minētie alkohola lietošanas izplatību veicinoši apstākļi ir tādi riska faktori kā, piemēram, vieglā izstrādājumu pieejamība, zemas cenas un sociālās vides apstākļi (attiecības ģimenē, sociālekonomiskais stāvoklis u.c.). Viens no faktoriem, kura ietekme tiek publiski diskutēta un analizēta arī zinātniskajās publikācijās, ir alkoholisko dzērienu reklāma, par kuras ietekmes nozīmi un mērogu sabiedrībā ir dažādi viedokļi.

Nevar noliegt, ka ikvienas reklāmas mērķis ir ietekmēt iedzīvotāju paradumus, bet kāda ir tieši alkohola reklāmas ietekme? Šobrīd trūkst viennozīmīgas atbildes uz šo jautājumu. Būtisks apstākļis, kas apgrūrina reklāmas iedarbības konstatēšanu ir fakts, ka iedarbība mēdz būt ilgstoša (cilvēks var būt gadiem ilgi pakļauts reklāmām (vides, TV un citos medijos), tāpēc iedarbība noteiktā laika periodā ir grūti nosakāma. Neskatoties uz to, pastāv pamats pieņemt, ka reklāma neatstāj cilvēkus vienaldzīgus².

Reklāma ir būtiskākais informācijas avots par alkoholiskiem dzērieniem. Vēsturiski kopš 70. un 80. gadiem visa veida alkoholisko dzērienu reklāma tika vērsta uz patērētāju vēlmēm, nevis uz noteikta produkta īpašību popularizēšanu, kā rezultātā šobrīd reklāmas pārdod fantāziju un ilūzijas, kas ir pievilcīgas tiem, kas ir pakļauti šīm reklāmām. Mūsdienās reklāmas uzrunā patērētāju nevis ar reklamēto produktu, bet gan ar reklamētā tēla palīdzību, kas bieži vien ir saistīts ar sociālās piederības, labklājības, prestiža un varas motīviem³.

Būtiskākā reklāmas ietekmei pakļautā riska grupa ir jaunieši. Tieši šajā vecuma grupā vairākums iedzīvotāju pirmo reizi pamēģinājuši alkoholiskos dzērienus⁴. Izvēli par vai pret alkohola pirmreizējo pamēģināšanu/lietošanu ietekmē gan individuāli faktori (piem. iedzimtība, reliģiskā pārliecība), gan apkārtējās vides faktori, tajā skaitā arī reklāma.

Kā liecina dažādu zinātnisku publikāciju, pētījumu un citu avotu dati, pastāv saikne starp alkoholisko dzērienu reklāmu un iedzīvotāju alkohola lietošanas paradumiem, taču reklāmas iedarbība ir izteiktāk novērojama tieši nepilngadīgo un gados jauno pieaugušo iedzīvotāju grupās, kur tā ieņem nozīmīgu lomu jauniešu uztveres un attieksmes veidošanai par alkohola lietošanu, tādejādi izveidojot vidi, kurā alkohola lietošana tiek uzskatīta par vispārpieņemtu normu vai pat vēlamu rīcību⁵.

Sākot no pusaudža gadiem līdz pat pieauguša vecuma sasniegšanai, novērojama tendence, ka strauji pieaug patērētā alkohola apjoms, lietošanas biežums un ar lietošanu saistīto problēmu skaits iedzīvotāju vidū⁴. Alkohola lietošana

jaunībā var radīt izmaiņas smadzenēs, tai skaitā smadzenes daļā, kas tiek lietota mācību procesa laikā, kā arī ilgstošs alkohola patēriņš lielās koncentrācijas var neatgriezeniski bojāt smadzeņu attīstību⁴.

Pētījumi liecina par pastāvošu saikni starp alkohola attēlošanu masu medijos un pozitīva alkohola lietošanas tēla izveidošanos bērnu un jauniešu vidū⁴. Jauni cilvēki ar pozitīvu emocionālu attieksmi pret alkohola reklāmām tic, ka alkohola lietošana ir izplatīta rīcība vienaudžu un pieaugušo vidū, uztver lielāku alkohola nozīmi sociālās piederības veidošanā un plāno to lietot vairāk nākotnē. Tā, piemēram, 14 gadus vecie jaunieši, kuri pakļauti regulārām drukātos medijos ievietotām alkoholisko izstrādājumu reklāmām, reklāmām mūzikas un sporta pasākumos kā arī televīzijā, vai jaunieši, kuri bieži skatās televīzijas pārraides, reklāmas un to saturu pamana un uztver vairāk nekā citi jaunieši⁴.

Kā liecina 1998. gadā Kalifornijā (ASV) veikts pētījums, 36% aptaujātie jaunieši (vidējais vecums 14,6 gadi) 18 mēnešu laika periodā, alkohola reklāmas iespaidā, uzsāka alkohola lietošanu, savukārt katra stunda, kas papildus ierastajam laikam tiek pavadīta skatoties televīziju, alkohola lietošanas risku palielināja par 9%, bet, skatoties mūzikas video, risks palielinājās par 31%⁴.

Par to, ka laika periods, kad cilvēks atrodas alkohola reklāmas ietekmē, ietekmē viņa alkohola lietošanas paradumus, liecina 2000. gadā Kalifornijā (ASV) veikta pētījuma rezultāti. Pētījumā tika secināts, ka palielinoties reklāmas ietekmei par vienu vienību, alus lietošanas varbūtība palielinājās par 44%, vīna/stiprā alkohola lietošanas varbūtība par 34%, bet varbūtība, ka vienā alkohola lietošanas reizē tiks patērēti trīs un vairāk alkoholiskie dzērieni palielinājās par 26%⁴. Savukārt kādā 90. gadu beigās veiktā pētījumā tika konstatēts, ka 15-20 gadus vecu jauniešu vidū katrā redzētā alkoholisko izstrādājumu reklāma, patērēto alkoholisko dzērienu skaitu pēdējā mēneša laikā palielināja par 1%⁴.

Alkoholisko dzērienu un tabakas izstrādājumu reklamēšana ir viena no vislabāk regulētajām reklāmas tirgus jomām. Alkoholisko dzērienu reklamēšana, kā arī citas komercdarbības Latvijā tiek regulētas caur vairākiem tiesību aktiem, tajā skaitā Alkoholisko dzērienu aprites likumu, Reklāmas likumu un Elektronisko plašsaziņas līdzekļu likumu. Ar šo normatīvo aktu palīdzību Latvijā tiek regulēta ne tikai alkoholisko izstrādājumu aprites kārtība, bet arī reklāmu saturs un izmantojamie reklāmas izplatīšanas kanāli. Plašāks pārskats par normatīvo aktu normām attiecībā uz alkoholisko dzērienu reklāmas regulēšanu sniegts turpmāk tekstā.

Atbilstoši Reklāmas likuma 1. pantam: „reklāma ir ar saimniecisko vai profesionālo darbību saistīts jebkuras formas vai jebkura veida paziņojums vai pasākums, kura nolūks ir veicināt preču vai pakalpojumu (arī nekustamā īpašu-

ma, tiesību un saistību) popularitāti vai pieprasījumu pēc tiem”⁶.

Saskaņā ar Elektronisko plašsaziņas līdzekļu likuma definīciju:” reklāma — jebkurš paziņojums, kas tiek izplatīts par samaksu vai citu atlīdzību, kā arī ar tirdzniecību, uzņēmējdarbību, amatu vai profesiju saistīts jebkuras personas raidījums, kas tiek veidots reklāmas nolūkā, lai veicinātu preču, tai skaitā nekustamā īpašuma vai pakalpojumu, tiesību un pienākumu, piedāvājumu par samaksu vai citu atlīdzību, kā arī politiskā reklāma”⁷.

Reklāmas likumā noteikts, ka alkoholisko dzērienu reklāmā aizliegts izmantot bērnus, kā arī adresēt alkoholisko dzērienu reklāmas bērniem. Visaptverošs alkohola reklāmas jomas regulējums noteikts Alkoholisko dzērienu aprites likumā, kas paredz, ka:

1) alkoholisko dzērienu reklāmā ietverama informācija, kas brīdina sabiedrību par alkohola lietošanas negatīvo ietekmi. Šādai informācijai atvēlami vismaz 10 procenti no konkrētās reklāmas apjoma. Šā panta pirmajā daļā minētā prasība neattiecas uz alkoholisko dzērienu preču zīmju, kā arī par alkoholiskajiem dzērieniem sniegtās pamatinformācijas (alkoholiskā dzēriena nosaukums, cena, tilpums, kā arī cita patērētājam svarīga informācija) izvietojumu alkoholisko dzērienu tirdzniecības, ražošanas un uzglabāšanas vietās un uz sadzīves priekšmetiem, ja tie izmantoti par reklāmas nesējiem. Šā panta pirmajā daļā norādīto informāciju sniedz reklāmas apakšējā daļā ar melniem burtiem uz balta fona, turklāt burtu izmēram jābūt tādam, lai uzraksts aizņemtu lielāko tehniski iespējamo daļu no tekstam paredzētā laukuma;

2) alkoholisko dzērienu reklāmā aizliegts:

- attēlot personas lietojam alkoholiskos dzērienus;
- izmantot Latvijas valsts simboliku;
- paust uzskatus par alkoholiskajiem dzērieniem kā ārstniecības līdzekli;
- saistīt alkoholisko dzērienu lietošanu ar sporta nodarbibām vai transportlīdzekļa vadīšanu;
- paust uzskatus, ka alkoholiskajiem dzērieniem piemīt stimulējoša vai nomierinoša ietekme vai ka tie palīdz atrisināt personiskas problēmas;
- negatīvi atspoguļot atturību vai mērenību alkohola lietošanā;
- radīt iespaidu, ka alkoholisko dzērienu lietošana nodrošina panākumus sociālajā vai seksuālajā jomā.

Aizliegts sponsorēt bērnu izklaides un sporta pasākumus, ja informācijā par sponsorēšanu ir norāde uz kādu alkoholisko dzērienu (izņemot sponsora nosaukumu), kā arī alkoholisko dzērienu lietošanu.

3) alkoholisko dzērienu reklāma aizliegta:

- izglītības un ārstniecības iestādēs un uz šo iestāžu ēkām un būvēm;
- uz vēstuļu korespondences un pasta paku sū-



EIROPAS NARKOTIKU PROFILAKSES KVALITĀTES STANDARTI: VADLĪNIJAS PROFILAKSES SPECIĀLISTIEM



Pamatojoties uz Eiropas Savienības Narkotiku stratēģijas un Rīcības plāna vienu no mērķiem – attīstīt un ieviest labāko prakti narkotiku profilaksē, Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA) 2011.gada nogalē izdevis vadlīnijas augstas kvalitātes narkotiku profilakses veikšanai un attīstīšanai "Eiropas narkotiku profilakses kvalitātes standarti: vadlīnijas profilakses speciālistiem". Kvalitātes standarti, kas paredz pareizu un uz pierādījumiem balstītu profilakses pasākumu ieviešanu, ļaus sekmīgāk izmantot finanšu līdzekļus, maksimāli sasniedzot profilakses aktivitātes mērķus. Standarti paredzēti speciālistiem, kas gan tieši, gan netieši darbojas profilakses jomā (psihologiem, sociālajiem darbiniekiem, pedagogiem, politikas veidotājiem, policijas darbiniekiem u.c.). Tajos definēti nepieciešamie soļi plānojot, ieviešot un novērtējot narkotiku profilakses programmas. Kvalitātes standarti piemērojami plašam narkotiku profilakses aktivitāšu lokam un mērķa grupām.

Vadlīnijas pieejamas elektroniski:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

A.Pelne

ECDC UN EMCDDA VADLĪNIJAS. INFEKCIJAS SLIMĪBU PROFILAKSE UN KONTROLE CIVĒKIEM, KAS INJICĒ NARKOTISKĀS VIELAS



2011.gada oktobrī izdota ECDC un EMCDDA vienotā publikācija – vadlīnijas "Infekcijas slimību profilakse un kontrole cilvēkiem, kas injicē narkotiskās vielas". Vadlīnijās sniegta informācija par labu sabiedrības veselības praksi infekcijas slimību samazināšanā, uzmanību vēršot uz slimībām, kas bieži skar injicējamo narkotisko vielu lietotājus, kas izmanto netīrus injicēšanas piederumus, proti – HIV, hepatītiem B un C.

Vadlīnijas pieejamas elektroniski:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance>

L.Sīle

tījumiem;

- uz grāmatu, žurnālu, laikrakstu un to pielikumu ārējām lapām (vāka);
- uz sabiedriskā transporta līdzekļiem un tajos.

Savukārt Elektronisko plašsaziņas līdzekļu likums nosaka šādu ar alkoholiskajiem dzērieniem saistītu audio un audiovizuālu komerciālu paziņojumu ierobežojumus:

- ir atļauta alus un vīna reklāma un televīzijas veikals, bet pārējo alkoholisko dzērienu reklāma un televīzijas veikals ir aizliegti.

1)Izvietojot ar alkoholiskajiem dzērieniem saistītus audio un audiovizuālus komerciālus paziņojumus, ievēro šādus noteikumus:

- tos nedrīkst adresēt nepilngadīgajiem, un tajos nedrīkst piedalīties nepilngadīgie;
- alkoholisko dzērienu lietošanu nedrīkst saistīt ar fizisko spēju attīstību un transportlīdzekļu vadīšanu;
- tajos nedrīkst paust uzskatu, ka alkoholam piemīt ārstnieciskas īpašības un ir stimulējoša vai nomierinoša ietekme vai ka tas palīdz atrisināt personiskas problēmas;
- tie nedrīkst mudināt uz pārmērīgu alkohola lietošanu vai negatīvi atspoguļot atturību vai mērenību alkohola lietošanā;
- tie nedrīkst uzsvērt alkohola saturu alkoholiskajos dzērienos;
- tie nedrīkst radīt iespaidu, ka alkoholisko dzērienu lietošana nodrošina panākumus sociālajā vai seksuālajā jomā.

Audio un audiovizuālu komerciālu paziņojumu ierobežojumi neattiecas uz tādu sporta un līdzīgu pasākumu translāciju, kuros reklāmas

materiāli izvietoti notikumu fonā (reklāmas plakāti stadionos, komersantu nosaukumi un emblēmas, preču zīmes u.tml.) un no tiem nav iespējams izvairīties⁸.

Saskaņā ar Patērētāju tiesību uzraudzības centra datiem salīdzinoši neliela daļa jeb 4% no kopējā uzsākto lietu komercprakses un reklāmas jomas ietvarā konstatēto pārkāpumu skaita 2010. gadā bija alkoholisko dzērienu reklāmas pārkāpumi⁸. Jāuzsver gan, ka konstatēto pārkāpumu skaits neatspoguļo kopējo izdarīto pārkāpumu skaitu, bet gan pārkāpumus, kas konstatēti pēc Centra veiktām pārbaudēm un izskatītajiem iedzīvotāju iesniegumiem.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Pudule, I. u.c. (2011) Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2010. Rīga: Veselības ekonomikas centrs
2. Smith, L.A., Foxcroft, D.R. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies. BMC Public Health 2009, 9:51
3. Fleming, K., Thorson, E., Atkin, C. Alcohol advertising exposure and perceptions: links with alcohol expectancies and intentions to drink in underaged Youth and young adults. Journal of Health Communication, Volume 9: 3–29, 2004
4. Anderson, P. et al. (2009) Special issue: the message and the media. Impact of alcohol advertising and media Exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol & Alcoholism Vol. 44, No. 3, pp.229-243, 2009
5. Koroļeva, I. u.c. (2007) ESPAD 2007. Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra
6. <http://www.likumi.lv/doc.php?id=163>
7. <http://www.likumi.lv/doc.php?id=214039>
8. http://www.ptac.gov.lv/upload/parskati/ptac_pp_2010_final.pdf

U.Mārtiņšone

ALKOHOLA UN TABAKAS LIETOŠANAS SAVSTARPĒJĀ SAISTĪBA

Alkohols un nikotīns ir divas no visnāvajām un visbiežāk izklaides un relaksācijas nolūkā lietotajām vielām, turklāt liela daļa iedzīvotāju lieto abas vielas, bieži vien vienlaicīgi. Lai gan šīm vielām ir atšķirīgi darbības mehānismi un izraisītie iedarbības efekti, abu vielu lietošana izmaina to lietošanas paradumus un iedarbību uz lietotāja organismu.

Alkohols un nikotīns ir atkarību izraisošas vielas, kuru lietošana pasliktina lietotāja veselību un var negatīvi ietekmēt apkārtējo vidi, tai skaitā tuvinieku veselību un sociālās attiecības. Kā liecina zinātniskie pētījumi, kombinētā alkohola un tabakas lietošana ievērojami paaugstina šos riskus. Tiek lēsts, ka vidēji 80% līdz 90% alkohola atkarīgo iedzīvotāju ir smēķētāji, savukārt risks, ka cilvēks savas dzīves laikā kļūst atkarīgs no alkohola ir 4-10% augstāks smēķētāju vidū.

Daudzu slimību, piemēram, ļaundabīgo audzēju un kardiovaskulāro slimību, veicinošs risks faktors ir smēķēšana, savukārt alkohola lietošana var gan palielināt jau pastāvošo saslimstības risku, gan pastiprināt jau esošu slimību simptomus. Turklāt varbūtība, ka smēķējoši alkoholiķi nomirs no smēķēšanas izraisītām slimībām ir lielāka nekā nāve tiešu alkohola lietošanas seku

rezultātā (atkarība, psihozes, aknu ciroze u.c.). Alkohola un tabakas lietošana ietekmē ne tikai saslimstību, bet arī iedzīvotāju dzīves paradumus. Pastāv izteikta saistība starp alkohola lietošanu pusaudžu vecumā un smēķēšanas izplatību pieaugušo iedzīvotāju vidū. Savukārt Somijā veikts pētījums liecināja, ka regulāra smēķēšana 14 gadu vecumā bija visprecīzākais rādītājs, lai paredzētu, ka 32 gadu vecumā tiks izdarīti satiksmes pārkāpumi alkohola reibumā. Līdzīgi novērojama sakarība starp alkohola lietošanu grūtniecības laikā un paaugstinātu atkarības izraisošu vielu lietošanas risku bērna dzīves laikā. Tas nozīmē, ka vienas vielas lietošana ir katalizators otras vielas lietošanai, turklāt abu vielu lietošana jaunībā būtiski paaugstina risku, ka savas dzīves laikā cilvēks kļūst atkarīgs no legalām vai nelegalām vielām.

Lai gan dažādi psiholoģiski, vides un ģenētiski faktori ir būtiski alkohola un nikotīna duālās atkarības izraisīšanā, abu vielu vienlaicīga lietošana pastiprina šo risku. Bieži novērojams fenomens, ka smēķējoši alkohola lietotāji iedzēšanas laikā dodas regulārās pipēšanas pauzēs, turklāt daudzi no viņiem šajos brīžos smēķē intensīvāk (augsts izsmēķēto cigarešu daudzums) nekā

ikdienā. Šis parādības pamatā ir fakts, ka pat neliels daudzums patērēta alkohola pastiprina nikotīna stimulējošo iedarbību un radīto lab sajūtu, turklāt nikotīns samazina alkohola ietekmi uz kognitīvām spējām, piemēram, modrību un veiklību. Savstarpējās iedarbības rezultātā, cilvēks, kurš lieto alkoholu izjūt pastiprinātu vēlmi pēc smēķēšanas (nikotīna uzņemšanas), savukārt smēķētājs pēc alkohola lietošanas.

Neskatoties uz to, ka pastāvošā savstarpējā alkohola un tabakas lietošanas iedarbības saikne ir pierādīta neskaitāmās zinātniskās publikācijās, šis iedarbības mehānisms nav pilnībā izprasts. Vairākos pētījumos tiek izteikta varbūtība, ka pastāvošā saistība ir izskaidrojama ar vienu faktoru, kas nosaka cilvēka individuālo risku būt pakļautam dažādām atkarībām. Tomēr visticamāk, tā ir virkne ģenētisku un vides faktoru, kas ietekmē mehānismu, kādā veidā vienas vielas lietošana izmaina otras vielas iedarbības efektu lietotāja organismā. Lai gan nikotīns ir simulants, bet alkohols depresants, abas vielas veicina dopamīna izdalīšanos, kas ir ķīmiska viela smadzenēs un izraisa labsajūtu un laimes sajūtu. Tā kā abu vielu vienlaicīga lietošana paaugstina organismā izdalītā dopamīna daudzumu, cilvēks izjūt psiholoģisku vajadzību lietot gan alkoholu, gan tabaku.

Jaunākie zinātniskie pētījumi liecina, ka cilvēks, kurš lieto alkoholu un tabaku atrodas „apburta-jā loka”. Tā kā nikotīns pastiprina tieksmi pēc alkohola lietošanas, pārtraukt alkoholu lietošanu smēķētājam ir ļoti grūti, savukārt alkohola lietošana smēķēšanas atmešanas laikā pastiprina atmešanas simptomus (galvassāpes, slikta dūša u.c.). Turklāt no alkohola atkarīgiem pacientiem, kuri smēķē, alkohola atkarībai ir smāgāka izpausme nekā nesmēķējošiem alkoholiķiem, arī spontāno smēķēšanas atmešanas gadījumu īpatsvars ir zemāks smēķējošu alkoholiķu vidū. Negatīvi ietekmējošs faktors, kas ietekmē alkoholu un nikotīna duālo atkarību ir psihiskā veselība. Šī faktora ietekmi apstiprina fakts, ka alkoholiķiem, kas ir nikotīna atkarīgi, ir augstāks psihiskās veselības traucējumu īpatsvars. Atbilstoši zinātniskai literatūrai un pētījumiem antisociāla uzvedība un personības traucējumi, kā arī citu vielu atkarība tiek saistīta ar alkohola un nikotīna lietošanu.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- Riala, K., Hakko, H., Isohanni, M., Jarweking, M.R. & Rasanen, P. Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *J. Adolesc. Health* 35, 245-254, 2004
- Lutz, G.Schmidt, Michael, N., Smolka. Result from two pharmacotherapy trials show alcoholic smokers were more severely alcohol dependent but less prone to relapse than alcoholic non-smokers. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 42,

No.3.pp. 241-246, 2007

Schmid, B., Hohm, E., Blomberg, D., Zimmermann, U., Schmidt, M., Esser, G., Lauch, M. Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 42, No.3, pp. 219-225, 2007

Litteton, J., Barron, S., Prendergast, m., Nixon, S. Smoking kills (alcoholics)! shouldn't we do something about it? *Alcohol & Alcoholism* Vol. 42. No.3, pp. 167-173, 2007

Funk, D., Marinelli, P., Le, D. Biological processes underlying co-use of alcohol and nicotine: neuronal mechanisms, cross-tolerance and genetic factors. *Alcohol Research & Health* Vol. 29, No.3, pp. 186-192, 2006

Bobo, I.K. (1992) Nicotine dependence and alcoholism epidemiology and treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 24, 123-129

Miller, N.S. and Gold, M.S. (1998) Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *Journal of addictive diseases* 17, 55-66

Yates, W.R., Cadoret, R.I., Troughton, E.D. et al. (1998) Effect of fetal alcohol exposure on adult symptoms of nicotine, alcohol and drug dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, 914-920

Pavola, M., Vartiaine, E., Haukkala, A. (2004) Smoking, alcohol use, and physical activity: a 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *Journal of Adolescent Health* 35, 238-244

John, U., Meyer, C., Rumpf, H. Et al. (2003) Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population based sample. *Alcohol Alcohol* 38:606-12

DiFranza, JR., Guerreria, MP.(1990) alcoholism and smoking. *J Stud Alcohol* 51: 130-5

U.Mārtiņšone

VESELĪBAS MINISTRIJA PUBLICĒJUSI VESELĪBAS VEICINĀŠANAS VADLĪNIJAS

Veselības ministrija publicējusi „Vadlīnijas pašvaldībām veselības veicināšanā” kas ir informatīvs materiāls darbam ikvienam pašvaldības darbiniekam, kurš ikdienā strādā ar sabiedrības veselības veicināšanas jautājumiem. Vadlīniju mērķis ir sniegt pašvaldībām atbalstu zinātniski pamatotas informācijas veidā, lai tās varētu labāk realizēt funkciju – iedzīvotāju veselības veicināšanu, tādējādi saglabājot pašvaldības iedzīvotāju veselību un palielinot veselīgos dzīves gadus un mūža ilgumu, kā arī samazinot un novēršot nevienlīdzības veselībā.

Tieši pašvaldība ir vistuvākā valsts pārvaldes struktūra iedzīvotājiem, tāpēc tai ir būtiskas priekšrocības, lai veiksmīgi tiktu veicināts veselīgs dzīvesveids pašvaldības iedzīvotāju vidū. Pašvaldības loma veselības veicināšanas politikas īstenošanā balstās uz pašvaldības iespējām veidot veselību atbalstošu vidi un uzrunāt vietējo sabiedrību, veicinot iedzīvotāju līdzdalību veselības veicināšanas pasākumos. Sabiedrības

veselības veicināšana pamatā ir process, kas sastāv no šādiem elementiem:

- situācijas analīzes un resursu novērtēšana;
- iespējamo sadarbības partneru apzināšana;
- mērķu, plāna formulēšana;
- stratēģijas ieviešana;
- rezultātu novērtēšana.

Vadlīnijās apkopota informācija gan par veselības veicināšanas labas prakses piemēriem no pasaules, gan par konkrētām aktivitātēm, kas īstenojamas pašvaldībā.

Rekomendācijās apkopotas idejas un ieteikumi būtiskāko veselības veicināšanas jomu attīstīšanai pašvaldībās:

- veselīga uztura veicināšana;
- atkarību profilakse;
- fizisko aktivitāšu veicināšana;
- infekciju slimību profilakse;

- vairāku darbības mazināšana;
- seksuālās un reproduktīvās veselības veicināšana;
- onkoloģisko slimību profilakse;
- mutes veselības veicināšana;
- garīgās veselības veicināšana.

Ar vadlīnijās iekļauto rekomendēto pasākumu īstenošanu, pašvaldības var veicināt iedzīvotāju veselības, darbaspējas un kopējās labklājības līmeņa uzlabošanu.

Vadlīnijas pieejamas ministrijas mājas lapā:

<http://www.vm.gov.lv/?id=122&rel=3239>

U.Mārtiņšone

GARĪGĀ VESELĪBA LATVIJĀ 2010

21.10.2011. Veselības ekonomikas centrs* laidis klajā tematisko ziņojumu „Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā”. Ziņojuma autori snieguši pēc iespējas plašu statistisko informāciju, kas papildināta ar analīzi un vērtējumu. Latvijas dati pēc iespējas salīdzināti ar pieejamo informāciju par situāciju citās valstīs, lai izvērtētu Latvijas situāciju citu valstu kontekstā. Papildus sadaļām par psihisko un uzvedības traucējumu izplatību, pētniecību garīgās veselības jomā, situāciju paš-

nāvību jomā, invaliditāti psihisko traucējumu dēļ, psihiatriskās palīdzības dienestu u. c., šogad ziņojums papildināts ar Neatliekamā medicīniskās palīdzības dienesta izsaukumu analīzi pie pacientiem, kuri mēģinājuši izdarīt/izdarījuši pašnāvību, un atsevišķu slimību grupas „šizofrēnija, šizotipiskie traucējumi un murgi” detalizētāku izvērtēšanu. Izdevums ir saistošs ne tikai garīgās veselības aprūpes speciālistiem un politikas veidotājiem uz pierādījumiem balstītu

lēmumu pieņemšanai, bet arī jebkuram interesentam, kurš meklē atbildes uz jautājumiem par iedzīvotāju garīgo veselību Latvijā.

* Kopš 01.11.2011. gada reorganizēts par Nacionālo veselības dienestu.

Ziņojums pieejams Nacionālā veselības dienesta mājas lapā: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4ec52feb739cd.pdf>

T.Pulmanis



VASARAS SKOLA PAR NELEGĀLAJĀM NARKOTIKĀM EIROPĀ

Lisabonas Universitātes institūts (ISCTE) sadarbībā ar Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centru (EMCDDA) 2012. gada 2-13. jūlijā organizē vasaras skolu „Illicit Drugs in Europe: Supply, Demand and Public Policies”.

Paredzēts, ka ar lekcijām uzstāsies ne tikai Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra eksperti, bet arī universitātes profesori un politikas veidotāji, kas sniegs multidisciplināru redzējumu par narkotiku problemātiku Eiropā.

Par dalību vasaras skolā paredzēti 6 ECTS kredītpunkti. Aicināti piedalīties universitāšu studenti, pētnieki, kā arī administratori, kam interesē darbs narkotiku jomā. Lai nodrošinātu kvalitatīvu mācību procesu, maksimālais iespējamais dalībnieku skaits ir 50, kas tiks atlasīti, balstoties uz iesniegtajiem CV. Dalībniekiem nepieciešamas labas angļu valodas zināšanas. Dalības maksa: 650 EUR

Vairāk informācijas mājas lapā:

<http://www.drugsummerschool.cies.iscte-iul.pt/np4/home>



I. Pūgule



ATKARĪBU IZRAISOŠO VIELU LIETOŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2010

Nacionālā veselības dienesta speciālisti ziņojumā „Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2010. gadā” ir apkopojuši un analizējuši statistisko informāciju, pētījumu rezultātus par atkarību izraisošo vielu (alkohols, tabaka) un azartspēļu lietošanas izplatību valstī un to radītajām sekām, likumdošanas iniciatīvas, atkarības slimnieku ārstēšanas iespējas un profilakses aktivitātes.

Ziņojums sniedz sabiedrībai informāciju par nozares tendencēm, palīdz izstrādāt politikas plānošanas dokumentus un novērtēt sasniegtos rezultātus.

Ziņojums pieejams Nacionālā veselības dienesta mājas lapā: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4efb4ee84b928.pdf>

U.Mārtiņšone

NACIONĀLAIS ZIŅOJUMS PAR SITUĀCIJU NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ LATVIJĀ 2010. GADĀ

Nacionālā veselības dienesta speciālisti sagatavojuši nacionālo ziņojumu Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2010.gadā, kas ir viens no Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (turpmāk tekstā EMCDDA) Reitox tīkla speciālizēto centru sagatavotajiem ikgadējiem ziņojumiem. Balstoties uz dalībvalstu nacionālajiem ziņojumiem, tiek gatavots ikgadējais EMCDDA ziņojums – Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. Ziņojums ir sagatavots, balstoties uz EMCDDA izstrādātajām vadlinijām.

ciju par attiecīgo jautājumu un jaunākajiem datiem, kas tiek atspoguļoti apakšnodaļās.

Ziņojuma B daļa veltīta īpašām ar narkomānijas problēmu saistītām tēmām, kas aktualizējušas Eiropas līmeni. Šogad šīs tēmas ir – ar narkotiku lietošanu saistītā veselības politika un pakalpojumi ieslodzījuma vietās un narkotiku lietotāji ar bērniem.

Ziņojuma sagatavošanā izmantoti jaunākie pētījumu dati, kā arī dažādu narkotiku jomā iesaistītu ekspertu komentāri un situāciju skaidrojumi.

Ziņojums sastāv no divām daļām. A daļā atspoguļoti jaunākie statistikas dati un pētījumu rezultāti. Nodaļas, kurās aprakstīta narkomānijas situācija pēdējā gada laikā (eksperimentēšana ar narkotikām, problemātiskā narkotiku lietošana, veselības un sociālo jomu korelācija un sekas, narkotiku pieejamība un piedāvājums), ir saistītas ar tām nodaļām, kurās tiek aprakstīta situācija sociālo intervencu jomā (profilakse, ārstēšana, kaitējuma mazināšana, sociālā rehabilitācija un kontrole). Katra nodaļa sākas ar pamatinformā-

Nacionālais ziņojums latviešu un angļu valodā elektroniski pieejams Nacionālā veselības dienesta mājas lapā: <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/petijumi-un-zinojumi/atkaribu-slimibu-petijumi-un-zinojumi>

EMCDDA ziņojums latviešu un angļu valodā elektroniski pieejams EMCDDA mājas lapā: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>

I. Pūgule

LEGĀLO UN NELEGĀLO ATKARĪBAS IZRAISOŠO VIELU LIETOŠANA EIROPAS SAVIENĪBAS JAUNIEŠU VIDŪ

Narkotiskās vielas un ar to lietošanu saistītās problēmas ir būtisks apdraudējums Eiropas Savienības iedzīvotāju veselībai un drošībai, turklāt narkotisko vielu lietošanas izplatība, jo īpaši jauniešu vidū, ir augsta. Jau vairākus gadus Eiropas Komisija ir pētījusi narkotisko vielu lietošanas fenomenu. Iepriekš 2002. un 2004. gadā veikti pētījumi 15 ES dalībvalstu jauniešu vidū, bet 2008. gadā 27 dalībvalstīs. Jaunākajā 2011. gada pētījumā „Youth attitudes on drugs” apseko jaunāko situācijas attīstību ES narkotiku tirgū, kā arī 15 līdz 24 gadus vecu jauniešu attieksmi par narkotiskajām vielām, tajā skaitā arī jaunajām likumīgi iegādājamām apdullinošām vielām jeb „legal highs”.

• aptaujāto viedokli par noteiktu narkotisku vielu pieejamību, kā arī kanabiss un jauno psihoaktīvo vielu lietošanas izplatību;

• uztveri par veselības riskiem, ko rada regulāra un neregulāra dažādo legālo un nelegālo vielu lietošana (piem., kokaīns, ekstazī, alkohols un tabaka);

• attieksmi par nelegālo vielu tirdzniecības ierobežošanu vai aizliegšanu, par jaunajām psihoaktīvajām vielām, alkoholu un tabaku;

• respondentu attieksmi attiecībā uz jauno legālo psihoaktīvo vielu regulējošās politikas efektivitāti.

Pētījumā iekļauti jautājumi saistībā ar:

Viens no būtiskākajiem faktoriem, kas veicina vielas lietošanas izplatību, ir to pieejamība. Atbilstoši pētījuma datiem viszemākā pieejamība ir heroīnam, respektīvi, 24% aptaujāto uzskatīja, ka iegādāties heroīnu 24 stundu laikā ir neiespējami, bet 36% uzskatīja, ka tas ir ļoti grūti. At-

• pastāvošajiem un potenciālajiem nākotnes informācijas avotiem par nelegālo narkotisko vielu lietošanu un ar to saistītiem riskiem;

bilstoši aptaujāto viedoklim vieglāk vienas dienas laikā iegādāties ir kokaīnu un ekstāzi, bet visvieglāk iegādājamā nelegālā narkotiskā viela jauniešu vidū ir kanabiss, 29% aptaujāto uzskatīja, ka tas ir ļoti viegli, bet 28% uzskatīja, ka iegādāties kanabiss ir salīdzinoši viegli. Visvieglākā 24 stundu pieejamība gan bija legālajām vielām: tabakai un alkoholam, kuras ļoti viegli iegūt bija vairāk nekā 80% aptaujātajiem jauniešiem.

Virkne jaunu vielu, tā saucamie „atļautie” apreibinošie smēķējamie maisījumi (no angļiskā „legal highs”), ir nonākuši aprītē pēdējo gadu laikā. Kopumā 5% aptaujāto ES jauniešu bija lietojuši kādu no jaunajiem apreibinātajiem. Vairākumam aptaujāto (54%), kas bija lietojuši jaunās vielas, tās piedāvājis kāds draugs, bet 36% tās tika piedāvātas izklaides vietās. Trešā daļa aptaujāto vielas bija iegādājušies speciālās tirdzniecības vietās, bet 7% vielas iegādājušies internetā. Vairākumā ES valstu ne vairāk kā 1 no 20 aptaujātajiem jauniešiem bija lietojis vielas ar narkotiskām vielām līdzīgu iedarbības efektu, savukārt Apvienotajā Karalistē, Latvijā un Polijā jauno psihoaktīvo vielu lietošana bija tuvu 10%.

Visaugstākais jauno psihoaktīvo vielu lietotāju īpatsvars bija Īrijā – 16%.

Lielākais vairākums aptaujāto ES dalībvalstīs informāciju par nelegālajām narkotiskām vielām un to lietošanu iegūst internetā, augstāko īpatsvaru sasniedzot Čehijā (80%), Slovākijā (78%), Igaunijā (77%) un Somijā (76%). Vairāk nekā 20 ES valstīs pēdējo 12 mēnešu laikā 4 no 10 aptaujātajiem informāciju par narkotisko vielu lietošanas iedarbību un riskiem ieguva no mediju kampaņām.

Lai gan lielākā vairākumā ES dalībvalstīs narkotisko vielu lietošanas veselības riska novērtējums bija līdzīgs, būtiskas novērtētā riska svārstības bija attiecībā uz alkohola lietošanu. Aptaujāto īpatsvars, kuri uzskatīja, ka regulāra alkohola lietošana rada augstu risku veselībai, svārstījās no 26% Dānijā līdz 80% Latvijā.

Lielākais vairākums aptaujāto jauniešu uzskatīja, ka jāturpina nelegālo narkotisko vielu aizliegšanu. Heroīna, kokaīna un ekstāzi izplatīšanas un lietošanas aizliegšanu atbalstīja vairāk nekā 90% aptaujāto, salīdzinoši mazāk aptaujāto atbalstīja

kanabiss aizliegšanu (59%). Uzskatu, ka kanabisa pieejamība nebūtu jāierobežo pilnībā, pāda 5% aptaujāto. Attiecībā uz legālajām atkarības izraisošajām vielām 19% aptaujāto uzskatīja, ka nekādā veidā nav jāierobežo pieejamību tabakai, bet 16% alkoholam. Jāuzsver gan, ka tajā pašā laikā 16% aptaujāto atbalstīja pilnīgu tabakas aizliegšanu.

Viena trešā daļa jeb 34% aptaujāto uzskatīja, ka būtu jāaizliedz visus jaunus apreibinātajus, kas izraisa narkotiskām vielām līdzīgu iedarbību, savukārt 47% uzskatīja, ka būtu jāaizliedz tikai tās vielas, kas rada veselības risku. Vien piecās valstīs (Rumānijā, Zviedrijā, Kiprā, Ungārijā un Austrijā) aptaujāto īpatsvars, kuri vēlējas pilnīgu jauno apreibinātāju aizliegšanu pārsniedza aptaujāto īpatsvaru, kuri vēlējas tikai veselībai bīstamo apreibinātāju aizliegšanu.

Pētījums pieejams elektroniski:

http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf

U.Mārtiņšone

EIROPAS VESELĪBAS ZIŅOJUMS 2010

Publicēts pirmais Eiropas veselības ziņojums „Health at a Glance Europe 2010”, kas apkopo veselības aprūpes pamatrādītājus un informāciju par veselības aprūpes sistēmām 31 valstī, tajā skaitā 27 Eiropas Savienības dalībvalstīs, Islandē, Norvēģijā, Šveicē un Turcijā. Iekļautie 42 rādītāji apkopo dažādu veselības jomu salīdzināmus datus, ieskaitot veselības statusu, riska faktorus, veselības aprūpē nodarbināto darbaspēku un izdevumus.

Viens no galvenajiem iedzīvotāju veselības stāvokļa noteicošiem faktoriem ir dzīvildze. Kā liecina ziņojuma dati tā ES dalībvalstīs kopš 1980. gada ir palielinājusies par 6 gadiem, sasniedzot 78 gadus 2007. gadā. Visaugstākā dzīvildze sievietēm bija Francijā (84,4 gadi), bet vīriešiem visaugstākā bija Zviedrijā (78,8 gadi), savukārt zemākais rādītājs sievietēm bija Rumānijā (76,2), bet vīriešiem Lietuvā (65,1). Latvijā dzīvildze sievietēm bija 76,4 gadi, bet vīriešiem 65,5 gadi, turklāt Latvijas vīriešiem bija viszemākā dzīvildze pēc 65 gadiem (12,7 gadi) 31 valstu vidū.

Novērojama pozitīva tendence samazināties legālo atkarības izraisošo vielu lietošanai. Daudzas ES dalībvalstīs ir progresējušas tabakas patēriņa samazināšanā, lai gan tas vēl joprojām ir galvenais nāves cēlonis. Smēķētāju īpatsvars būtiski atšķiras valstu vidū. Atbilstoši ziņojuma datiem Zviedrijā ikdienas smēķētāju īpatsvars bija 18%, savukārt Grieķijā tas bija ap 40%. Arī alkohola patēriņš ir samazinājies daudzās Eiropas valstīs pēdējo 30 gadu laikā, pamatojot, ka reklāmas, tirdzniecības ierobežošana un nodokļu politika ir efektīvi instrumenti, lai samazinātu alkohola patēriņu. Vidējais alkohola patēriņš ES 2008. gadā bija 10,8 litri uz vienu pieaugušo iedzīvotāju gadā.

Viena no aktuālākajām veselības problēmām valstu vidū ir iedzīvotāju aptaukošanās. Vairāk kā puse Eiropas pieaugušo iedzīvotājiem cieš no

aptaukošanos, šis īpatsvars dubultojies pēdējo 20 gadu laikā lielākā daļā ES dalībvalstu. Aptaukojošo pieaugušo iedzīvotāju īpatsvars svārstās no 10% Rumānijā līdz 20% Apvienotajā Karalistē, Īrijā, Maltā un Islandē, vidējais īpatsvars ES sasniedza 15,5%.

Saskaņā ar ziņojuma datiem, vēzis ir otrs biežākais nāves cēlonis ES valstīs (pirmajā vietā ir asinsrites sistēmas slimības), kas izraisīja 26% no visiem nāves gadījumiem 2008. gadā. Mirstība no vēža ir augstāka vīriešiem visās ES valstīs, 2008. gadā izteikta mirstības īpatsvara starpība vīriešiem un sievietēm bija visās trīs Baltijas valstīs, Spānijā, Francijā un Portugālē.

Pasliktinoties iedzīvotāju veselības stāvoklim pieauguši veselības aprūpes izdevumi visās Eiropas valstīs. 2008. gadā ES valstīs veselības aprūpei vidēji tika tērēti 8,3% no valsts IKP. Visvairāk viena iedzīvotāja veselības aprūpei tērēja Norvēģija (EUR 4 300 gadā), Šveice, Luksemburga un Austrija, bet vismazāk tika tērēts ES austrumu un dienvidu reģiona valstīs tai skaitā Turcijā, Rumānijā, Bulgārijā, Polijā un Ungārijā. Vien 3% no veselības aprūpei tērētā budžeta ES valstīs tika atvēlēta veselības profilakses programmu īstenošanai.

Plašāka informācija par visiem 42 indikatoriem meklējama ziņojumā, kas pieejams elektroniski:

http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf

U.Mārtiņšone