

BILTEN

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

GODINA 17. • BROJ 29. • JUNI 2022.

Međunarodni dan borbe protiv zloupotrebe droga

26. JUNI

**Tvoje NE
mijenja
sve,
zato budi
NEovisan!**

IZDAVAČ



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA



antidroga

telefon: 032/244-544

www.zedo-ovisnost.ba

SADRŽAJ

UVODNA RIJEČ	3
MALIGNI NEUROLEPTIČKI SINDROM /Simptomi, uzroci i liječenje Čustović Amir	4
POTREBA ZA SUPERVIZIJOMU SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINI Puhalić Andrea, Telalović Mirnes, Pekić Sanela	7
VAŽNOST PORODIČNE PODRŠKE U LIJEČENJU HEROINSKE OVISNOSTI Mujčinović Nermana	18
DRUŠTVENI ASPEKTI I POSLJEDICE KOCKANJA Awad Hasan, Selimović- Džano Eldina	22
ALKOHOLIZAM-BOLEST CIJELOG DRUŠTVA Šaćirović Lejla	27
ZNAČAJ VRŠNJAČKE EDUKACIJE ZA UČENIKE Brdarević- Šikić Meliha	30
PSIHOSOCIJALNE OSOBINE HEROINSKIH OVISNIKA LIJEČENIH NA ODJELJENJU ZA STACIONARNI DETOKS Babić Emina, Mujčinović Nermana	32
METADON I SUBOXONE U TERAPIJI BOLESTI OVISNOSTI Fejzić Lana	35
REAKREDITACIJA I CERTIFIKACIJA JZU ZAVODA ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA PO STANDARDIMA AKAZ-a	38
IX AKADEMIJA O LIJEČENJU BOLESTI OVISNOSTI	39
SEDMI KONGRES PSIHOLOGA BiH	39

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Za izdavača: **Amir Čustović**; Urednik: **Meliha Brdarević- Šikić**

Uredništvo: **Mirnes Telalović, Nermana Mujčinović, Lejla Šaćirović**

Adresa: **Aska Borića 28, 72000 Zenica**

web: **www.zedo-ovisnost.ba**; e-mail: **zdkovisnosti@bih.net.ba, zavodzavisnost@gmail.com**

Štampa: Format Zenica

UVODNA RIJEČ

Pisanje ovog Biltena je u mjesecu kada se obilježava Međunarodni dan borbe protiv zloupotrebe droga. A Zavod ga obilježava nizom aktivnosti preventivnih sadržaja pod jakim motom „Izazov je biti jači od ovisnosti“. Ovisnost nije slabost karaktera, pogrešno vaspitanje, oponašanje drugova, nije ni moda ni trend ni stil života. Ovisnost je bolest, teška i hronična, koja mijenja ličnost, psihičko i fizičko zdravlje čovjeka, ruši porodicu, ugled i planove za budućnost. Ovisnost sa sobom nosi duboku patnju i bolno iskustvo, kako za pojedinca tako i za njihovo okruženje. Iz navedenog se da zaključiti koliki napor, motivaciju, empatiju i zalaganje moraju ponuditi oni koji se bave ovim problemom. Zato se ovim putem obraćam svim radnicima Zavoda sa iskrenom zahvalom na zajed-



ničkom nuđenju svojih kapaciteta i učešća u priči uspjeha koja zauzima prostor čisto medicinskog, prostor psihologije, sociologije, te etičkog, moralnog pa i religijskog dostojanstva. Ishodi rada, naše misije u toku ove godine, promatrani kroz mjerljive parametre koji su upoređeni sa iskustvima slične djelatnosti iz okruženja, daju nam pravo da budemo ponosni što pripadamo za-

jedničkom timu Zavoda za bolesti ovisnosti. Teme koje su naši uposlenici ponudili čitateljima u okviru Biltena otvaraju različite poglede na mentalno zdravlje, a posebno na bolesti ovisnosti. Samo pisanje radova ukazuje na stalnu edukativnu nadgradnju i podizanje znanja za potreban nivo kompetentnosti u uspješnom provođenju misije zavoda.

Direktor: Čustović dr. Amir

MALIGNI NEUROLEPTIČKI SINDROM / Simptomi, uzroci i liječenje

Prim.mr.med.sci **Čustović dr. Amir**, spec. neuropsihijatar

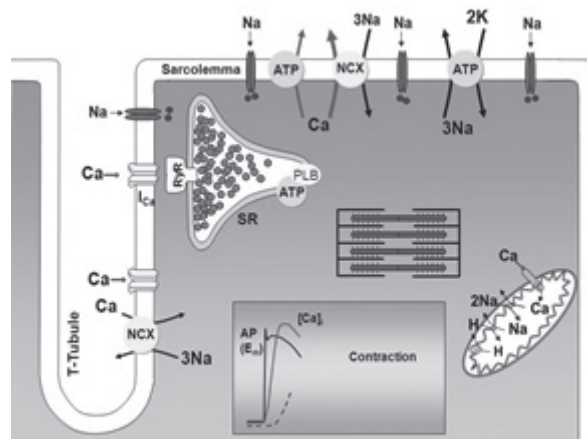
SAŽETAK

Maligni neuroleptički sindrom je životno ugrožavajuće stanje iz skupine hiperpiretičkog sindroma. Pojavljuje se kao reakcija na liječenje najčešće neurolepticima, nakon uključivanja ili nakon povećanja već propisane terapije. To je rijedak, ali vrlo opasan vid reakcije na lijek koji može dovesti do smrtnoga ishoda. Klinička slika malignog neuroleptičkog sindroma je karakteristična, ima svoj prepoznatljivi razvoj i tok te dijagnostički nije teško prepoznati. Simptomi povezani s neuroleptičkim malignim sindromom obično se javljaju tijekom prva tri dana nakon početka liječenja. Ovi simptomi počinju pojavom osjećaja tjeskobe koji prethodi promjenama stanja svijesti. Najkarakterističnije manifestacije ovog sindroma su hipertermija i mišićna rigidnost. Što se tiče hipertermije, osoba može dobiti povišenu temperaturu između 38,5° i više od 40°, smatrajući to neophodnim zahtjevom za dijagnozu ovog stanja. S druge strane, rigidnost mišića može uzrokovati komplikacije kao što su disartrija ili poteškoće u artikulaciji zvukova, problema s gutanjem i prekomjerno izlučivanje slina. Kao i hipoventilacija i asfiksija ili poteškoće s disanjem. Ostali simptomi koji se nalaze kod osobe koja boluje od ovog sindroma uključuju: tahikardiju diaphorezau, naglašeno blijeda koža, inkontinencija, hipertenzija, pospanost, tupost ili koma, generalizirani napadaji, podrhtavanje, zatajenje bubrega

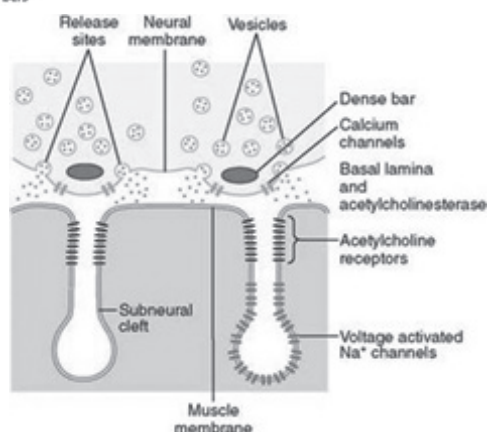
Definicija

Neuroleptički maligni sindrom (NMS) potencijalno je životno ugrožavajuće stanje koje se može dogoditi bilo kada tijekom liječenja antipsihoticima. Radi se o rijetkoj idiosinkratičnoj reakciji na lijek. Podatci o učestalosti se razlikuju i kreću se od 0,01 do 1 % osoba liječenih antipsihoticima. Češće se pojavljuje u muškaraca i mlađih osoba. Iako se navodi da je pojava ovoga sindroma češće povezana s primjenom visokopotentnih antipsihotika prve generacije, može se razviti i pri uporabi antipsihotika novijih generacija, ali i nekih drugih lijekova (triciklički antidepresivi, metoklopramid, prokloperazin, karbamazepin, fenito-

in, litij i drugi). Do nastanka neuroleptičkog malignog sindroma može dovesti i naglo ukidanje dopaminskih agonista. Klinička se slika razvija u razdoblju do 3 dana te neliječeno stanje može trajati i do 2 tjedna. Smrtnost u onih koji razviju neuroleptički maligni sindrom može iznositi i do 20 %.



by D.M. Bers



Za nastanak Malignog neuroleptičkog sindroma, po novoj teoriji ključnu ulogu imaju strukture mifibrila. Bogatstvo T tubula koje ulaze duboku u miocit gdje završni dio sarkoleme skladišti veliku količinu kalcija, koji ulskom u ćeliju pod uticajem lijeka stvara intenzivnu koncentraciju kalcijevih jona odgovornih za permanentnu reakciju aktin-miozin kompleksa koji trenjem stvaraju temperaturu a trošenjem energije vodi raspadu miocita i pojave mioglobin u serumu, a potom u bubrežnim kanalima sa posljedično patologijom na bu brezima.

Lijekovi koji mogu potaknuti neuroleptički maligni sindrom uključuju:

- aripiprazol
- karbamazepin
- Neuroleptici niske potencijala, kao što su klorpromazin, perazin, pipamperon i triflupromazin
- Tioksanteni: klorprotiksen i flupentiksol
- Triciklički antidepresivi: desipramin i trimipramin
- Prokinetika fenotiazina: domperidon i metoklopramid
- Uobičajeni fenotiazini: flufenazin i perfenazin
- Butirofenoni: haloperidol, benperidol i melperon
- litij
- pimozone
- Atipični neuroleptici: risperidon i aripiprazol
- SSRI: sertralin i escitalopram
- SNRI: Tiapride
- Benzamidi: amisulprid

Klinička slika

Neuroleptički maligni sindrom obilježavaju simptomi mišićnog rigiditeta, agitacije, neurološki simptomi poput distonije, disfagije, bradikinezije ili akinezije, mutizma, nistagmusa, tremora, patoloških refleksa te simptomi disfunkcije autonomnog živčanog sustava poput povišene tjelesne temperature, znojenja, povišenog krvnog tlaka i pulsa. Simptomi se mogu razvijati tijekom 72 sata, a često počinju mišićnim rigiditetom koji ne odgovara na terapiju antikolinergicima te progrediraju do povišene tjelesne temperature i promjena svijesti uz nestabilne vitalne znakove. Potrebno je imati na umu da se neuroleptički maligni sindrom može pojaviti i s kliničkim slikama koje odstupaju od prethodno spomenute uobičajene progresije te može pokazivati i atenuirane simptome ili se pojavi samo dio simptoma.

Klinička procjena

S obzirom na to da pojava simptoma neuroleptičkoga malignog sindroma nije nužno povezana s uvođenjem ili promjenom doze lijeka, otežana je diferencijalnodijagnostička procjena. Čimbenici rizika, osim primjene visokopotentnih antipsihotika, uključuju i visoke doze lijekova i istodobnu uporabu lijekova iz drugih skupina, ekstrapiramidne nuspojave (osobito one koje lošije reagiraju na terapiju), dehidraciju i povišenu tjelesnu temperaturu, organske promjene mozga ili ozljede, razdoblja dulje agitacije, produljena razdoblja fizičkog sputavanja, sniženu razinu željeza i prethodni neuro-

leptički maligni sindrom u anamnezi.

Druga stanja koja mogu prouzrokovati sliku sličnu neuroleptičkom malignom sindromu i koja treba isključiti jesu:

- infekcije središnjeg živčanog sustava
- toksična encefalopatija
- autoimuni poremećaji
- endokrinološki poremećaji
- antikolinergički delirij
- sistemne infekcije
- cerebrovaskularni inzult ili novotvorine mozga
- epileptički status
- toplotni udar i dehidracija
- maligna hipertermija.

S obzirom na brojna stanja koja mogu biti u podlozi promjena sličnih onima viđenim kod neuroleptičkoga malignog sindroma, preporučuje se i opsežna dijagnostička obrada kako bi se potvrdila dijagnoza i isključila druga moguća stanja koja bi bila u podlozi tih simptoma. Preporučuje učiniti detaljan tjelesni pregled s neurološkim statusom, praćenje tjelesne temperature i vitalnih funkcija, učiniti e kompletnu krvnu sliku, odrediti kreatin-kinazu, jetrene enzime, elektrolite, ureju, kreatinin, analizu urina, hormone štitnjače, a kada je to moguće, osnovne se pretrage može proširiti analizom mioglobina u urinu, serumske aldolaze, lumbalnom punkcijom, koagulogramom, toksikologijom, CT/MR mozga. Ako se u nalazima kod neuroleptičkoga malignog sindroma očekuju povišene vrijednosti serumske kinaze čiju je dinamiku potrebno i pratiti, povišene vrijednosti jetrenih transaminaza, aldolaze. Uočava se i mioglobinurija, a kod nekih pacijenata postoji i leukocitoza.

Prognoza i moguće komplikacije

U trenutku kada je lijek suspendiran i započne liječenje neuroleptičnog malignog sindroma, evolucija simptoma treba biti pozitivna, tj. stanje pacijent se treba progresivno poboljšati. Međutim, postoje relativno česte serije komplikacija koje bi mogle omesti taj oporavak. Te poteškoće uključuju:

- Bubrežna insuficijencija
- Respiratorna insuficijencija ili plućna embolija
- Nedostaci poput zatajenja jetre, zatajenja srca

Uprkos ozbiljnosti simptoma i mogućih komplikacija osoba može preboljeti bolest ako se liječi na vrijeme. Inače, vjerojatnost smrti se znatno povećava, a najčešći su uzroci smrti: zatajenje srca, upala pluća, plućna embolija, sepsa i hepatorenalna insuficijencija.

Postupci i intervencije

Liječenje neuroleptičkoga malignog sindroma ključno je provoditi u jedinicama intenzivne njege te redovito pratiti vitalne funkcije i laboratorijske nalaze. Nužna jehitna primjena potpornih mjera kako bi se:

- spustila tjelesna temperatura
- ispravila moguća neravnoteža elektrolita
- dostatno hidriralo pacijenta
- zbrinuli mogući kardiovaskularni simptomi

Osim prekida primjene antipsihotika za kojega se sumnja da je doveo do neuroleptičkog malignog sindroma, pristupa se primjeni lijekova koji pomažu u kontroli simptoma i smanjuju smrtnost. Najčešće upotrebljavani lijekovi u liječenju neuroleptičkoga malignog sindroma jesu:

- bromokriptin (dopaminski agonist) - 2,5 mg dva ili tri puta dnevno, do najviše 45 mg dnevno
- dantrolen (mišićni relaksans) - 1 mg/kg dnevno iv.
- levodopa/karbidopa - 50 do 100 mg dnevno intravenski kao infuzija
- amantadin - 200 do 400 mg dnevno u podijeljenim dozama
- benzodiazepini - najčešće se preporučuje lorazepam 1 do 2 mg parenteralno, no moguća je i uporaba drugih dostupnih benzodiazepina.

Osim potpornih mjera i farmakoterapije, u liječenju NMS-a moguća je i uporaba elektrokonvulzivne terapije. Upotrebljava se ako su se ostale intervencije pokazale neučinkovitima, a opisuje se dobar odgovor i nakon samo 3 primjene. Terapija EKT-om istodobno omogućuje i liječenje osnovnog psihijatrijskog poremećaja koji bi se mogao intenzivirati ukidanjem terapije antipsihotikom. Kako bi se spriječio neuroleptič-

ki maligni sindrom, preporučuje se uporaba najnižih učinkovitih doza antipsihotika.

Zaključak

Maligni neuroleptički sindrom je rijetko, ali životno ugrožavajuće stanje. Pojavljuje se kao neočekivana i brza reakcija na uzimanje ili povlačenje određenih lijekova. Stanje je najčešće povezano s antipsihoticima, iako i drugi lijekovi mogu uzrokovati njegovo pojavljivanje. Dominirajući simptomi NMS-a uključuju vrlo visoku temperaturu, krute mišiće i promjene u mentalnom stanju. Mogu biti prisutni i drugi simptomi poput prekomjernog znojenja, ubrzanog rada srca i drhtanja, zatajivanje bubrega te kompromitacija stanja svijesti. Budući da je tako ozbiljan, MNS zahtijeva brzo prepoznavanje i liječenje. Uz ranu dijagnozu i liječenje, mnogi se ljudi s NMS-om oporavljaju.

Reference

1. Argüello, M.A. M., Lozada, A.L., & Casallas, J.C.G. (2016). Maligni sindrom neuroleptika. Kolumbijski akt o intenzivnoj njezi, 16 (1), 38-46.
2. Benzer, T. (24. ožujka 2016.). Neuroleptički maligni sindrom. Preuzeto iz programa MedScape.
3. Berman, B.D. (2011). Neuroleptički maligni sindrom: pregled za neurohospitaliste. Neurohospitalist, 1 (1), 41-47.
4. Gelenberg, A. J., Bellinghausen, B., Wojcik, J.D., Falk, W.E., & Sachs, G.S. (1988). Prospektivno istraživanje malignog neuroleptičnog sindroma u kratkotrajnoj psihijatrijskoj bolnici. Američki psihijatrijski časopis.
5. Lazarus, A. (1989). neuroleptički maligni sindrom. Hosp Community Psychiatry, 40 (12): 1229-30.

POTREBA ZA SUPERVIZIJOM SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINI

Prof. dr. sci **Andrea Puhalić**, Univerzitet u Banja Luci, Odsjek za socijalni rad

Dr. sci **Mirnes Telalović**, JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Mr. sci **Sanela Pekić**, JU Kampus Sarajevo

Sažetak

Razvoj sistema zaštite ljudskih prava na međunarodnom nivou nosio je zahtjeve za neprestanom reformom sistema socijalne zaštite FBiH i usklađivanje njenog pravno-institucionalnog okvira sa međunarodnim standardima i konvencijama. Sa druge strane, ovakvo uslozňjavanje potreba i formalno podizanje standarda nije praćeno osnaživanjem i razvojem takvog sistema socijalne zaštite, koji bi se mogao adekvatno nositi sa izazovima koje društvo i njegovi građani stavljaju pred njega.

Najveći teret nesklada potreba građana i mogućnosti sistema socijalne zaštite na kraju je pao na pojedince, stručne radnike. Oni su ti koji se svakodnevno suočavaju sa korisnicima, pokušavajući da, od ograničenih i skromnih resursa organizacije i lokalne zajednice, ponude uslugu koja će biti dovoljna ne samo za preživljavanje, već i za istinsko povećanje dobrobiti pojedinaca i njihovih porodica. Ovakva situacija nosi u sebi brojne rizike. Za naše istraživanje je posebno važno sljedeće: 1. nepostojanje jedinstvenih i jasnih standarda i protokola postupanja, kao ni sistema osiguranja kvalitete profesionalne prakse u sistemu socijalne zaštite; 2. preopterećenost stručnih radnika brojem korisnika i obimom i vrstom poslova; i 3. profesionalno sagorijevanje pomagača. U tom siislu autori su ovim radom nastojali ukazati na težinu polsa i značaj supervizije u dva pravca: u pravcu podrčke stručnjacima i drugom: u konačnici boljoj usluzi korisnicima usluga.

Ključne riječi: supervizija, sistem socijalne zaštite, reforma, profesionalci

Uvod

Zakonom o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom FBiH (Službene novine FBiH", br. 36/1999, 54/2004, 39/2006, 14/2009, 7/2014) socijalna zaštita je definisana kao organizirana djelatnost u Federaciji, usmjerena na osiguranje socijalne sigurnosti njenih građana i njihovih

porodica u stanju socijalne potrebe. Socijalna potreba se određuje kao svako trajno ili privremeno stanje u kome se nalazi građanin ili porodica, prouzrokovano ratnim događajima, elementarnim nesrećama, općom ekonomskom krizom, psihofizičkim stanjem pojedinaca ili drugih razloga, koje se ne mogu otkloniti bez pomoći drugog lica (Član 11). Potreba za supervizijom u ovako definisanom sistemu socijalne zaštite Federacije Bosne i Hercegovine može se posmatrati na nekoliko nivoa i iz nekoliko perspektiva.

Specifičnost društveno-političkog okvira u kojem se razvija sistem socijalne zaštite u FBiH nosi veliki izazov za osiguranje kvaliteta profesionalne usluge koja se pruža korisnicima koji se nađu u stanju socijalne potrebe. Prvo obilježje jeste neujednačenost i razuđenost sistema socijalne zaštite. Iako Federalno ministarstvo za rad i socijalnu politiku donosi „krovne“ zakone, kao što je Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom FBiH („Službene novine FBiH", br. 36/1999, 54/2004, 39/2006, 14/2009, 7/2014), najveći dio nadležnosti za sistem socijalne i dječije zaštite je prepušten kantonalnim vladama i kantonalnim ministarstvima. Drugo obilježje jeste neprestana, nikada završena tranzicija društva i državnih sistema od postsocijalističkog ka kapitalističkom uređenju i društvenoj svijesti; od kolektivismu i tradicionalizmu ka individualnoj odgovornosti i novim formama porodičnog života. Treće obilježje sistema socijalne zaštite FBiH jeste još uvijek prisutan snažan pečat postratnog društva, koje je desetljećima nakon rata nastavilo da se suočava sa traumatskim iskustvima žrtava rata i njihovih porodica, izbjeglicama, visokim stopama nezaposlenosti, siromaštva i društvene nesigurnosti. Sve ove specifičnosti društveno-politikog okvira dovele su do velikog povećanja broja građana koji se nalaze u nekom od stanja socijalne potrebe, odnosno do neprestanog i rapidnog povećanja broja korisnika sistema socijalnog zaštite. Razvoj sistema zaštite ljudskih prava na međunarodnom nivou nosio je zahtjeve za neprestanom reformom

sistema socijalne zaštite FBiH i usklađivanje njenog pravno-institucionalnog okvira sa međunarodnim standardima i konvencijama. Sa druge strane, ovakvo usloznavanje potreba i formalno podizanje standarda nije praćeno osnaživanjem i razvojem takvog sistema socijalne zaštite, koji bi se mogao adekvatno nositi sa izazovima koje društvo i njegovi građani stavljaju pred njega.

Najveći teret nesklada potreba građana i mogućnosti sistema socijalne zaštite na kraju je pao na pojedince, stručne radnike. Oni su ti koji se svakodnevno suočavaju sa korisnicima, pokušavajući da, od ograničenih i skromnih resursa organizacije i lokalne zajednice, ponude uslugu koja će biti dovoljna ne samo za preživljavanje, već i za istinsko povećanje dobrobiti pojedinaca i njihovih porodica. Ovakva situacija nosi u sebi brojne rizike. Za naše istraživanje je posebno važno sljedeće:

- 1) nepostojanje jedinstvenih i jasnih standarda i protokola postupanja, kao ni sistema osiguranja kvalitete profesionalne prakse u sistemu socijalne zaštite;
- 2) preopterećenost stručnih radnika brojem korisnika i obimom i vrstom poslova; i
- 3) profesionalno sagorijevanje pomagača.

Prvi rizik se odnosi na nedovoljno razvijen i uređen sistem socijalne zaštite u smislu standardizacije usluge i efikasnog sistema kontrole kvaliteta profesionalnog rada. Stručni radnici su i u ovom slučaju često prepušteni sami sebi, na način da su prinuđeni da sami, "u hodu" razvijaju procedure i protokole postupanja, da sami usmjeravaju svoj profesionalni razvoj u odnosu na potrebe i mogućnosti organizacije, da sami za sebe podižu standarde profesionalnog postupanja u odnosu na one minimalne, zakonom definisane. Profesionalna udruženja stručnih radnika do sada nisu bila dovoljno jaka da daju značajan oslonac stručnom radniku u susretu sa ovakvim izazovima. Sva dostupna istraživanja ukazuju na veliku preopterećenost stručnih radnika brojem korisnika i obimom i vrstom poslova.

Rad u ovako složenom i zahtjevnom okruženju, zajedno sa specifičnošću prirode posla u sistemu socijalne zaštite, očigledno nosi veliki rizik od profesionalnog sagorijevanja pomagača. Smatra se da "sigurnu formulu" za profesionalno sagorijevanje predstavlja zbir velikih zahtjeva u profesionalnoj ulozi i nedovoljnih mogućnosti da se na takve zahtjeve odgovori. Nema sumnje da položaj stručnih radnika u našem sistemu socijalne zaštite zahtijeva ozbiljnu sistemsku i profesionalnu podršku i pažnju. Navedena obilježja sistema socijalne zaštite FBiH predstavljaju ujedno i *problem i predmet* ovog istraživanja.

METODOLOŠKE OSNOVE ISTRAŽIVANJA

Osnovni cilj našeg istraživanja jeste *utvrđivanje potrebe za supervizijskom podrškom stručnim radnicima u ustanovama socijalne zaštite Federacije Bosne i Hercegovine*. Potreba za supervizijom se u našem istraživanju ispituje iz individualne perspektive stručnog radnika.

Realizaciji ovog cilja pristupili smo na tri načina:

- 1) Indirektno ispitivanje potreba za supervizijom, kroz utvrđivanje potreba za specifičnom vrstama profesionalne podrške i usmjerenja koje su komplementarne ishodima ili očekivanim rezultatima supervizije;
- 2) Direktno ispitivanje motivacije za učešće u superviziji;
- 3) Ispitivanje očekivanja od supervizije.

Hipoteze istraživanja

Osnovna pretpostavka na kojoj se zasniva ovo istraživanje jeste postojanje potrebe za supervizijskom podrškom kod stručnih radnika zaposlenih u ustanovama socijalne zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine.

OH: Stručni radnici u ustanovama socijalne zaštite Federacije Bosne i Hercegovine imaju potrebu za supervizijom.

PH1. Postoji potreba za razvojno- edukacijskom i podržavajućom funkcijom supervizije, kao i potreba za timskom supervizijom.

PH2. Stručni radnici u ustanovama socijalne zaštite su motivisani za učešće u superviziji.

PH3. Stručni radnici u ustanovama socijalne zaštite imaju očekivanja od supervizije koja odgovaraju očekivanim rezultatima ili ishodima supervizije.

Metode i tehnike istraživanja

U ovom istraživanju korištena je empirijsko neeksperimentalna ili deskriptivna metoda varijante servej. U okviru metode serveja korištena je tehnika anketiranja i skaliranja. Prilikom primjene tehnike skaliranja korištene su skale Likertovog tipa, a u tehnici anketiranja definisana su pitanja zatvorenog, kombinovanog i otvorenog tipa. Skale Likertovog tipa se primjenjuju za indirektno ispitivanje potreba za supervizijom- kroz utvrđivanje učestalosti potreba za posebnim vrstama profesionalne podrške i usmjerenja koje odgovaraju ciljevima supervizije. Pitanja zatvorenog i kombinovanog tipa se koriste za prikupljanje podataka o socio-demografskim i profesionalnim obilježjima ispitanika, kao i za direktno ispitivanje motivacije za učešće u superviziji. Pitanja otvorenog tipa se koriste za ispitivanje očekivanja od supervizije i kao dopuna skali procjene.

Istraživački instrument

Istraživački instrument je kreiran posebno za potrebe ovog istraživanja i sastoji se iz četiri dijela¹. Prvi dio sadrži pitanja kojima se prikupljaju podaci o sociodemografskim i profesionalnim obilježjima ispitanika (pol, godine života, mjesto zaposlenja, profesionalno usmjerenje).

Drugi dio instrumenta predstavlja skalu procjene, kreiranu za ispitivanje učestalosti potreba za specifičnim vrstama profesionalne podrške i usmjerenja, koje odgovaraju ishodima ili očekivanim rezultatima supervizije. Način na koji su definisane indirektno potrebe za supervizijom koje su ispitivane ovim istraživanjem, prikazan je u tabeli T1.

Tabela T1: Kreiranje skale procjene za ispitivanje potrebe za supervizijom²

Funkcije supervizije	Međunarodno utvrđeni očekivani ishodi supervizije ¹	Pitanja (potrebe) definisana istraživačkim upitnikom- indirektno potrebe za supervizijom	Šire kategorije ispitivanih potreba za supervizijom
Razvojno- edukativna funkcija supervizije	Usvajanje novih znanja, vještina, vrijednosti, metoda i tehnika rada	1. Potreba za prevazilaženjem problema sa korisnicima kroz učenje novih metoda rada	Potreba za stručnom podrškom u prevazilaženju konkretnih problema u radu
		2. Potreba za prevazilaženjem problema u radu kroz dobijanje novih ideja i perspektiva	
		3. Potreba za prevazilaženjem problema u radu kroz dobijanje novih ideja i perspektiva – PONAVLJA SE	
		4. Potreba za pomoći stručne osobe van ustanove u jasnijem sagledavanju problema u radu	
	Novi uvidi	5. Potreba za prevazilaženjem problema u radu kroz integraciju teorije i prakse	
		6. Potreba za (potrebom) potvrdom – BOLJA RIJEŠ da se uradilo sve što se moglo u radu sa korisnikom	
Podržavajuća funkcija supervizije	Smanjivanje i sprečavanje profesionalnog stresosnaživanje	7. Potreba kognitivnim rasterećenjem u odnosu na posao	Potreba za prevencijom profesionalnog sagorijevanja i zaštitom zdravlja pomagača
	Veća opća dobrobit i zdravlje profesionalca	8. Potreba za zaštitom od emocionalnog iscrpljivanja vezanog za posao 9. Potreba za prevencijom negativnog uticaja posla na zdravlje pomagača	
Razvojno- edukativna funkcija i timska supervizija	Efikasnije prevazilaženje konflikata i neslaganja/ bolji međuljudski odnosi u kolektivu	10. Potreba za razvojem asertivnosti u odnosu sa kolegama	Potreba za stručnom podrškom u razvoju saradnje i boljih međuljudskih odnosa u timu i radnom kolektivu
		11. Potreba za boljom saradnjom sa kolegama iz tima	

¹ Kompletan Istraživački instrument se nalazi u prilogu

² Prema Puhalić i Cajvert (2019)

Opis populacije i uzorka

Populaciju u istraživanju čine svi stručni radnici zaposleni u ustanovama socijalne zaštite u Federaciji BiH. Ustanove se osnivaju radi zbrinjavanja određenih kategorija korisnika socijalne zaštite i obavljanja stručnih i drugih poslova socijalne zaštite. Federalni Zakon prepoznaje sljedeće javne ustanove socijalne zaštite: 1) centar za socijalni rad, 2) ustanove za djecu, i to: za djecu bez roditeljskog staranja, za odgojno zanemarenu i zapuštenu djecu, za djecu ometenu u fizičkom ili psihičkom razvoju, 3) ustanova za odrasla i stara lica; 4) ustanova za socijalno-zdravstveno zbrinjavanje invalidnih i drugih lica; 5) ustanova za dnevni boravak korisnika socijalne zaštite (Član 48 Federalnog Zakona). Po zadnjim podacima u Federaciji BiH je više od 150 javnih ustanova socijalne zaštite, od čega je 81 centar za socijalni rad (58 općinska centra, 2 kantonalna i 21 općinska služba).

Od ukupne populacije uzorkom su obuhvaćena 224 stručna radnika zaposlena u javnim ustanovama socijalne zaštite.

Diferencijacija uzorka u odnosu na pol i godine života

U tabeli T1 prikazana je struktura uzorka u odnosu na godine života, pol, radno mjesto i profesionalno usmjerenje ispitanika

Uvidom u tabelu T1 može se zaključiti da u uzorku prevladavaju ispitanici mlađe srednje živote dobi, u rasponu od 31- 40 godina života. Očekivano se i u ovom istraživanju pokazuje da se stručni rad u ustanovama socijalne zaštite smatra dominantno ženskim zanimanjem, zbog čega su 82,1% ispitanika ženskog pola. Briga za druge članove porodica u tradicionalnom okruženju predstavlja dio ženske rodne uloge. Sistem socijalne zaštite, kao dio društvene brige ili staranja za ugrožene članove društva, time se takođe doživljava kao dio ženske uloge.

Najviše ispitanika su po zanimanju socijalni radnici (njih 65,9%). Ovaj statistički pokazatelj je u skladu sa podacima Federalnog zavoda za statistiku, po kojem je najveći omjer stručnih radnika u sistemu socijalne zaštite upravo zanimanje socijalnog rada. Ispitanici su takođe najvećim dijelom zaposleni u centrima za socijalni rad (62,5%). Centri za socijalni rad jesu centralne ustanove socijalne zaštite, koje su nadležne za najširi spektar usluga socijalne zaštite definisanih Federalnim Zakonom i kantonalnim zakonima. Prema već pomenutim podacima, od ukupno 150 javnih ustanova u FBiH - njih 81 (više od 50%) jesu centri za socijalni rad. S tim u vezi, zastupljenost stručnih radnika iz centara za socijalni rad u našem istraživanju u odnosu na druge ustanove socijalne zaštite (62,5%), predstavlja približan odraz utvrđenog, realnog stanja i omjera u

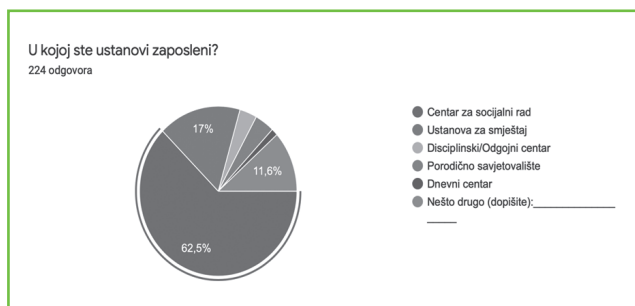
Tabela T1: Struktura uzorka u odnosu na godine života i pol ispitanika

Godine života	Do 30 godina	31- 40 godina	41- 50 godina	51-60 godina		Preko 60 godina		
F	22	105	61	28		7		
%	9,9%	47,1%	27,4%	12,6%		3,1%		
Ukupno	223							
Pol	Ženski				Muški			
F	183				40			
%	82,1%				17,9%			
Ukupno	223							
Radno mjesto	Centar za soc. rad	Ustanova za smještaj	Odgojni centar	Porodično savjetovalište	Dnevni centar	Nešto drugo		
F	140	38	8	9	3	26		
%	62,5%	17%	3,6%	4%	1,3%	11,6%		
Ukupno	224							
Profes. usmjerenje	Soc. radnik	Psiholog	Pedagog psiholog	Soc. pedagog	Sociolog	Pedagog	Pravnik	Nešto drugo
F	147	23	4	4	9	14	14	10
%	65,9%	10,3%	1,8%	1,8%	4%	6,3%	6,3%	4,4%
Ukupno	223							

ukupnoj populaciji.

Zastupljenost centara za socijalni rad kao ustanova socijalne zaštite iz kojih dominantno dolaze ispitanici, jasno je prikazana na Grafikonu 1.

Grafikon 1: Diferencijacija uzorka prema ustanovi socijalne zaštite u kojoj su zaposleni ispitanici



Zaključno, naš prosječan ispitanik je socijalni radnik ženskog pola, ima 31-40 godina života, i radi u nekom od centara za socijalni rad u Federaciji BiH. Za kakvom profesionalnom podrškom ima potrebu, da li je motivisana za učešćem u superviziji i koja su njena očekivanja od supervizije, prikazano je u sljedećim rezultatima.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Prikaz i analiza rezultata istraživanja podijeljeni su u tri cjeline:

indirektne potrebe za supervizijom;
motivacija za učešćem u superviziji; i
očekivanja od supervizije i sa njima povezane potrebe.

Indirektne potrebe za supervizijom

Indirektnom ispitivanju potreba za supervizijom pristupili smo iz nekoliko razloga. Prvi i najvažniji je povezan sa pretpostavkom da veliki broj ispitanika nije uopšte imao iskustvo u superviziji. Takvim ispitanicima bilo bi teško odgovoriti direktno da li imaju potrebu za supervizijom i kakvu. Zato smo u prvom dijelu upitnika definisali nekoliko grupa specifičnih poteškoća u radu stručnih radnika - koji su povezani sa potrebom za stručnom (supervizijskom) podrškom u njihovom prevazilaženju. Drugim riječima, umjesto direktno postavljenih pitanja o tome imaju li potrebu za supervizijom, u istraživačkom upitniku su postavljena pitanja na način: da li ispitanici imaju potrebu za međunarodno usaglašenim ishodima supervizije, onom čemu supervizija služi. Prva grupa poteškoća ispitanika je definisana u odnosu na potrebu za podrškom u prevazilaženju konkretnih problema u radu: kroz stručno vođenje, nove metode rada, nove ideje i perspektive,

povezivanje teorije i prakse. Takvu grupu potreba posmatramo kao indirektno utvrđene potrebe za razvojno-edukacijskom funkcijom supervizije. Druga grupa pitanja je ispitivala doživljaj ispitanika o kognitivnoj i emocionalnoj iscrpljenosti u odnosu na posao, odnosno o negativnom uticaju posla na njihovo zdravlje. To su poteškoće na koje se može odgovoriti kroz podržavajuću funkciju supervizije. Posljednja grupa pitanja u ovom dijelu upitnika se odnosila na ispitivanje zadovoljstva ispitanika kvalitetom međuljudskih odnosa u timu i kolektivu, kao i vlastitim kapacitetom da se u takvom okruženju zauzmu za sebe. Ove poteškoće dijelom su komplementarne razvojno-edukacijskoj funkciji supervizije, ali zbog toga što se javljaju u odnosu na tim i radnu grupu, primarno smo ih prepoznali kao potrebe za timskom supervizijom.

Potreba za stručnom podrškom u prevazilaženju konkretnih problema u radu - potreba za razvojno-edukacijskom funkcijom supervizije

Najveći intenzitet potreba ispitanika utvrđen je u domenu ove kategorije potreba, koja se može smatrati indirektnom potrebom za supervizijom, jer je komplementarna sadržaju supervizije slučaja, zadacima razvojno-edukacijske funkcije supervizije i očekivanim ishodima.

Ispitanici navode da imaju potrebu za podrškom u prevazilaženju konkretnih problema u radu i to kroz:

učenje novih metoda rada (uvijek ili često - 57,8% ispitanika; i ponekad - 36,6%);

dobijanje novih ideja i perspektiva o mogućim rješenjima (uvijek ili često - 69,2%; ponekad - 25,9%);

podršku stručne osobe van ustanove u jasnijem sagledavanju problema (uvijek ili često - 70,4%; ponekad - 46,2%);

podršku u integraciji teorije i prakse (uvijek ili često - 45,%; ponekad - 44,2%).

potreba za pozitivnom povratnom informacijom (uvijek ili često - 59,7%; ponekad - 37,7%).

Po sebi ovi podaci su dovoljni da ukažu na izraženu potrebu za supervizijom u sistemu socijalne zaštite Federacije BiH. U prosjeku 50% ispitanika *uvijek ili često* ima neku od potreba za stručnom podrškom u prevazilaženju problema u radu, na način koji je komplementaran funkcijama i zadacima supervizije. Od preostalih ispitanika, njih u prosjeku 40% ima ponekad potrebu za jednim od načina stručne podrške u radu koji je komplementaran superviziji.

Sve prethodno navedene potrebe su komplementarne edukacijskoj funkciji supervizije. Edukacijska funkcija nije klasično poučavanje, već se bazira na iskustvenom učenju i razvoju supervizanta, kroz rješavanje njegovih aktuelnih poteškoća u praksi. Ona

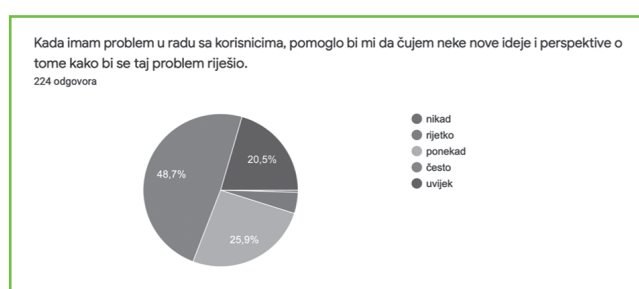
obuhvata sljedeće konkretne zadatke: demonstracija tehnika rada pomagačima; procjena pojedinog slučaja i planiranje rada na slučaju; davanje povratne informacije o kvalitetu rada; razmatranje konkretnog slučaja pod vidom teorija ljudskog ponašanja; objašnjavanje metode ili strategije intervencije³. Zbog podudarnosti iskazanih potreba ispitanika i obilježja supervizije koji odgovaraju svim navedenim potrebama, **ovu grupu identifikovanih potreba možemo smatrati i indirektno utvrđenom potrebom za razvojno-edukacijskom funkcijom supervizije.**

Ukupna diferencijacija odgovora ispitanika u odnosu na učestalost pojedinačnih potreba prikazana je u sljedeća četiri grafikona (Grafikon 2, 3, 4, 5 i 6).

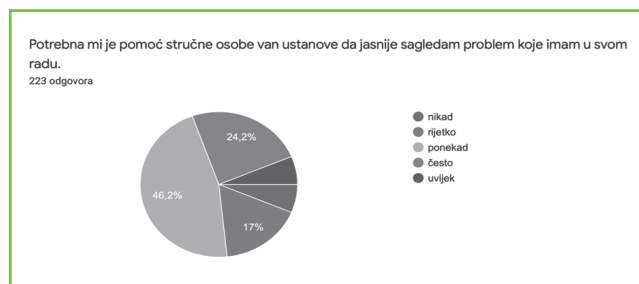
Grafikon 2: Potreba za prevazilaženjem problema sa korisnicima kroz učenje novih metoda rada



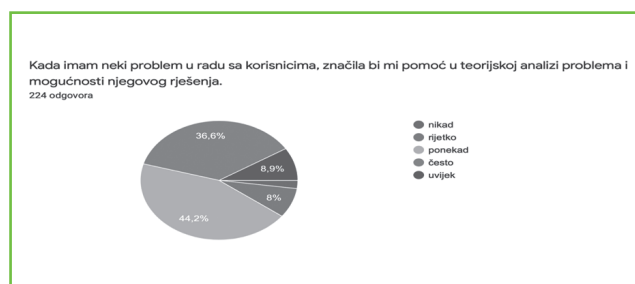
Grafikon 3: Potreba za prevazilaženjem problema u radu kroz dobijanje novih ideja i perspektiva



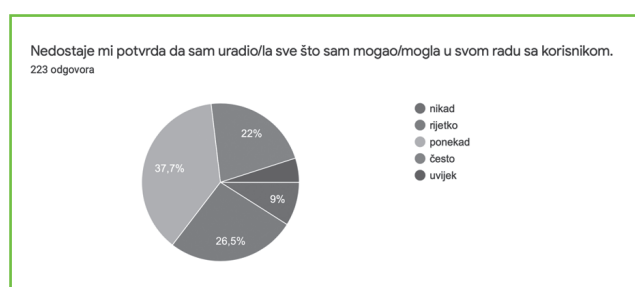
Grafikon 4: Potreba za pomoći stručne osobe van ustanove u jasnijem sagledavanju problema u radu



Grafikon 5: Potreba za prevazilaženjem problema u radu kroz integraciju teorije i prakse



Grafikon 6: Potreba za pozitivnom povratnom informacijom



Može se zaključiti da ispitanici u statistički značajnom obimu iskazuju potrebu za profesionalnom podrškom u rješavanju aktuelnih poteškoća u praksi - na načine koji odgovaraju razvojno-edukacijskoj funkciji supervizije. Analiziranje aktuelne profesionalne teškoće kroz zauzimanje novih perspektiva, u svjetlu neke od teorija ljudskog ponašanja, uz upoznavanje sa novim perspektivama u razumijevanju i rješavanju problema, a sve uz stručno vođenje supervizora kao vanjskog saradnika - jesu obilježja vođenja supervizijskog procesa na način koji može da odgovori na sve navedene potrebe ispitanika. Ukoliko procijeni kao potrebno i ukoliko dobije saglasnost supervizorata, supervizor može da u okviru supervizijskog prostora ponudi kratku edukaciju o nekoj teoriji ili metodi rada, za koju smatra da može biti od koristi profesionalcima u rješavanju njihovih poteškoća. Povratna informacija o tome da je supervizant uradio sve što je u njegovoj moći u radu sa korisnikom, predstavlja važan razvojni doprinos u objektivizaciji očekivanja i učvršćivanju granica u profesionalnoj ulozi. Zbog svega navedenog, utvrđene potrebe ispitanika za stručno vođenom podrškom u rješavanju problema u praksi mogu se posmatrati kao indirektno potrebe za supervizijom. Njeni važni elementi jesu iskustveno učenje, integracija teorije i prakse, i proširivanje razumijevanja i stručne kompetencije kroz nove perspektive, saznanja i nove metode rada.

³ Ajduković i Cajvert, 2004; prema Puhalić, A. (2019). Funkcije i očekivani ishodi supervizije. U: Puhalić, A. i Cajvert, L. (ured.). Profesionalna supervizija- teorija i praksa. Banja Luka: Fakultet političkih nauka Banja Luka.

Na kraju, u prosjeku oko 90% stručnih radnika u sistemu socijalne zaštite Federacije Bosne i Hercegovine ima potrebu za pomoći stručne osobe u prevazilaženju konkretnih problema u radu - kroz učenje novih metoda rada, dobijanje novih ideja i perspektiva o mogućim rješenjima, jasnijem sagledavanju problema, podršci u integraciji teorije i prakse u odnosu na problem koji imaju u radu te, naposljetku, pozitivnoj povratnoj informaciji da su uradili sve što su mogli u vezi sa konkretnom profesionalnom poteškoćom. Čak njih 70,4% je svjesno da je važno da ta stručna osoba bude neko ko nije zaposlen u ustanovi u kojoj oni rade.

Drugim riječima, čak **90% stručnih radnika ima potrebu za zadacima razvojno-edukacijske funkcije supervizije**. Na osnovu ovih podataka i analiza, u potpunosti prihvatamo hipotezu da stručni radnici u sistemu socijalne zaštite FBiH imaju potrebu za stručnom podrškom u prevazilaženju konkretnih problema u radu, odnosno potrebu za razvojno-edukacijskom funkcijom supervizije

Potreba za prevencijom profesionalnog sagorijevanja i zaštitom zdravlja pomagača - potreba za podržavajućom funkcijom supervizije

U grafikonima 11-13 prikazana je diferencijacija odgovora ispitanika u odnosu na sljedeće potrebe:

potreba za kognitivnim rasterećenjem u odnosu na posao (uvijek ili često - 29,5%; ponekad - 39,7%) ukupno 69,2%

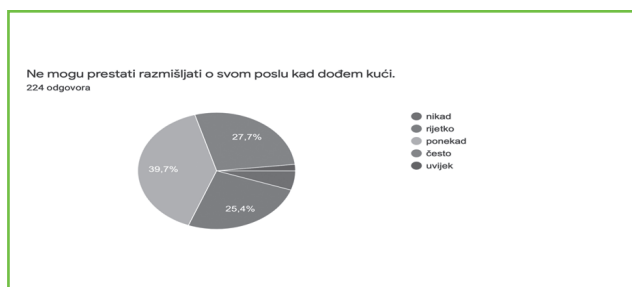
potreba za zaštitom od emocionalnog iscrpljivanja vezanog za posao (uvijek ili često - 45,2%; ponekad - 42,5%) ukupno 87,7%

potreba za prevencijom negativnog uticaja posla na zdravlje pomagača (uvijek ili često - 31,2%; ponekad - 47,5%) ukupno 78,7%.

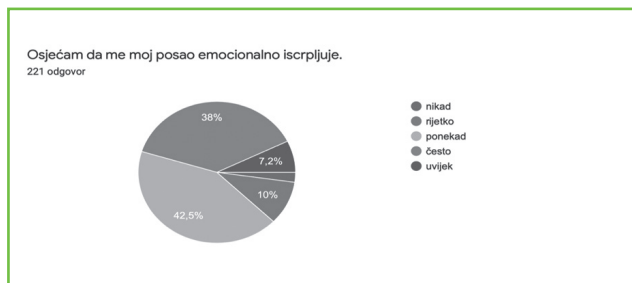
Ove potrebe komplementarne su podržavajućoj funkciji supervizije. Specifični postupci u okviru podržavajuće funkcije supervizije, kojim se može odgovoriti na ove potrebe, su: umirivanje i ohrabrivanje; prepoznavanje postignuća; realno zasnovani iskazi povjerenja, odobravanja i pohvala; emocionalna (i kognitivna⁴) katarza; desenzibilizacija i univerzalnost/uopćavanje; pažljivo slušanje kojim se iskazuje interes i briga⁵. Uloga supervizije u osnaživanju i zaštiti zdravlja pomagača u profesionalnoj ulozi, iskazani su i Evropskim rječnikom supervizije: "Supervizija omogućuje mentalno olakšanje i obnovu energije na zahtjevnom

poslu. Značajan vid supervizije je prepoznavanje i prihvaćanje osjećaja supervizanata, te identificiranje i razmišljanje o nezdravim uzorcima. Supervizija je način brige o vlastitom zdravlju"⁶. Na ovaj način supervizija povećava otpornost pomagača u njegovom profesionalnom kontekstu. Zbog ovako definisanih aktivnosti podržavajuće funkcije supervizije i njenih ciljeva i ishoda, prethodne tri potrebe koje smo ispitali našim istraživanjem možemo posmatrati kao *indirektno ispitivane potrebe za podržavajućom funkcijom supervizije*.

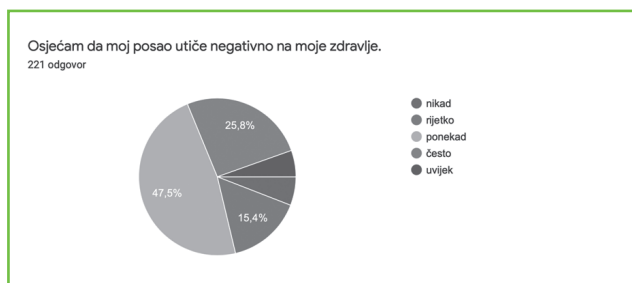
Grafikon 11: *Potreba za kognitivnim rasterećenjem u odnosu na posao*



Grafikon 12: *Potreba za zaštitom od emocionalnog iscrpljivanja na poslu*



Grafikon 13: *Potreba za zaštitom zdravlja od negativnih uticaja posla*



Uvidom u Grafikone 11-13 možemo zaključiti da je intezitet učestalosti ovih potreba nešto niži u odnosu na prethodno utvrđene potrebe za razvojno-edukacijskom funkcijom. Jedno od mogućih objašnjenja ove razlike može biti još uvijek prisutno tradicionalno uvjerenje po kojem stručna kompetencija podrazumi-

4 Primjedba autora

5 Erera i Lazar, 1994, u Hawkins and Shohet, 2006).

6 Ajduković i saradnici, 2016: str. 47

jeva sposobnost pomagača da sam “odvoji lično od profesionalnog”, odnosno da se sam zaštiti od negativnih uticaja posla na njegove emocije, misli i zdravlje u cjelini. Može se opravdano pretpostaviti da bi “stvarni” statistički pokazatelji ovih potreba bili mnogo viši, da nisu ublaženi uticajem društveno poželjnog odgovaranja i navedene tradicionalne paradigme.

U svakom slučaju, rezultati koji su dobijeni izazivaju zabrinutost i značaj daljeg istraživanja rizika od profesionalnog sagorijevanja u kojem se nalaze stručni radnici u sistemu socijalne zaštite FBiH. Tome u prilog posebno ide podatak da čak 42,5% ispitanika osjeća da ih njihov posao uvijek ili često emocionalno iscrpljuje. Ovaj podatak je posebno zabrinjavajući ako imamo u vidu da se emocionalna iscrpljenost od posla može smatrati jednom od ključnih dimenzija ili čak prvom fazom profesionalnog sagorijevanja. Ništa manje nije zabrinjavajući ni podatak da 31,2% ispitanika smatra da njihov posao uvijek ili često negativno utiče na njihovo zdravlje. Potrebno je što prije omogućiti profesionalnu superviziju stručnim radnicima u sistemu socijalne zaštite FBiH, čiji je jedan od međunarodno usaglašenih ishoda smanjivanje i sprečavanje profesionalnog stresa – osnaživanje, kao i veća opća dobrobit i zdravlje profesionalca⁷.

Možemo zaključiti da 69,2% ispitanika ima potrebu za kognitivnim rasterećenjem u odnosu na posao; njih čak 87,7% potrebu za zaštitom od emocionalnog iscrpljivanja vezanog za posao; te 78,7% ispitanika prepoznaje potrebu za prevencijom negativnog uticaja posla na njihovo zdravlje. Na osnovu ovih podataka i prethodnih analiza, u potpunosti prihvatamo hipotezu o potrebi ispitanika za prevencijom profesionalnog sagorijevanja, odnosno postojanje potrebe za podržavajućom funkcijom supervizije. Ovakvi podaci istovremeno stavljaju veliku odgovornost na rukovodstvo ustanova socijalne zaštite, da preduzmu što hitnije mjere zaštite svojih stručnih radnika od daljeg profesionalnog sagorijevanja kroz organizovanu i kontinuiranu supervizijsku podršku.

Potreba za stručnom podrškom u razvoju saradnje i boljih međuljudskih odnosa u timu i radnom kolektivu- potreba za timskom supervizijom

U grafikonima 14 i 15 prikazana je diferencijacija odgovora ispitanika u odnosu na sljedeće potrebe:

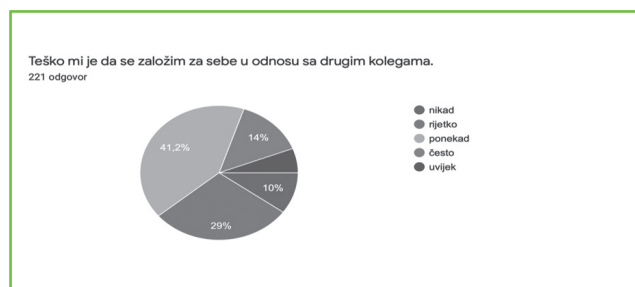
Potreba za razvojem asertivnosti u odnosu sa kolegama (uvijek ili često - 19,9%; ponekad - 41,2%)

Potreba za boljom saradnjom sa kolegama iz tima (uvijek ili često - 19,9%; ponekad - 41,2%)

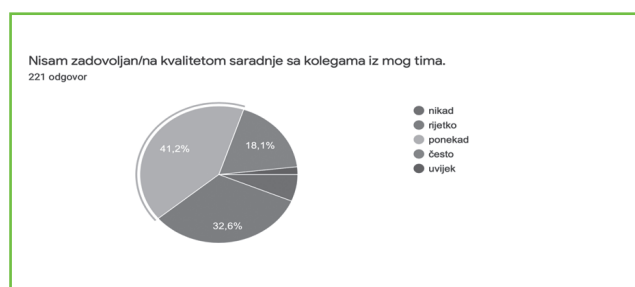
Ove potrebe su komplementarne razvojnoj funkciji su-

pervizije i timskoj superviziji. Ispitanici su pokazali najmanji intezitet upravo ovih potreba. Međutim, utvrđeni rezultati nisu zanemarivi. Podatak da čak 61,1% ispitanika ima povremeno (uvijek, često ili ponekad) problem da se založi za sebe u odnosu sa kolegama, odnosno da su nezadovoljni kvalitetom saradnje sa kolegama iz tima, nije zanemariv. Prije svega, identične statističke vrijednosti mogu da ukazuju da ispitanici prepoznaju da je riječ o istoj vrsti problema i sa njim povezane potrebe. Poteškoće u zauzimanju za sebe u odnosu sa kolegama, ukazuju na problem sa profesionalnim samopouzdanjem i granicama stručnog radnika, što je takođe blisko povezano sa rizikom od profesionalnog sagorijevanja i profesionalne autonomije. Nezadovoljstvo kvalitetom saradnje sa kolegama iz tima takođe je direktno povezano sa nezadovoljstvom stručnog radnika na radnom mjestu, kao rizikom ne samo od sagorijevanja na poslu, već i motivacijom za dalji profesionalni razvoj.

Grafikon 8: *Potreba za razvojem asertivnosti u odnosu sa kolegama*



Grafikon 9: *Potreba za boljom saradnjom sa kolegama iz tima*



Na osnovu utvrđenih rezultata i prethodne analize, možemo prihvatiti hipotezu o potrebi stručnih radnika za stručnom podrškom u razvoju saradnje i boljih međuljudskih odnosa u timu i radnom kolektivu, odnosno postojanju potrebe za timskom supervizijom.

Zaključno, istraživanjem smo utvrdili postojanje tri kategorije potreba ispitanika:

Potreba za stručnom podrškom u prevazilaženju konkretnih problema u radu - potreba za razvojno-eduka-

cijskom funkcijom supervizije;

Potreba za prevencijom profesionalnog sagorijevanja - potreba za podržavajućom funkcijom supervizije;

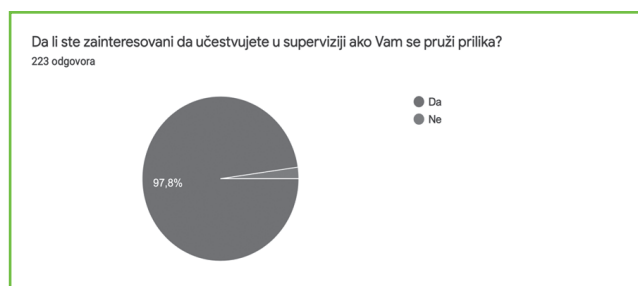
Potreba za stručnom podrškom u razvoju saradnje i boljih međuljudskih odnosa u timu i radnom kolektivu - potreba za timskom supervizijom.

Smatramo da je osnovna pretpostavka o postojanju potrebe za supervizijom stručnih radnika u sistemu socijalne zaštite FBiH u potpunosti potvrđena, kroz ovako definisane indirektno potrebe i visok intenzitet njihove učestalosti.

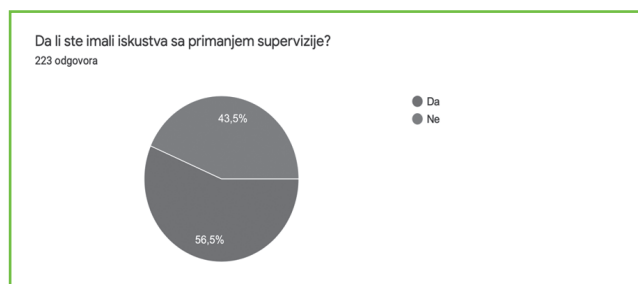
Motivacija za učešćem u superviziji

Najvažniji rezultat našeg istraživanja jeste podatak da bi **97,8 % ispitanika učestvovalo u superviziji ukoliko bi imalo priliku**. Drugim riječima, čak 218 od ukupno 223 ispitanika se izjasnilo da je zainteresovano za učešće u superviziji. Ovaj podatak najbolje ilustruje potrebu stručnih radnika za supervizijom i potrebu za sistemskim uvođenjem supervizije u sistem socijalne zaštite. Važan je i podatak da je 56,5 % već imalo iskustvo sa učestvovanjem u superviziji. Ukoliko se ova dva podatka posmatraju zajedno, može se zaključiti da su prethodna supervizijska iskustva bila u dovoljnoj mjeri pozitivna, da stručni radnici žele da ponove takvo iskustvo. Diferencijacija odgovora ispitanika na pitanje motivacije za učešćem u superviziji i prethodnog supervizijskog iskustva prikazana je na grafikonima 14 i 15.

Grafikon 14: Motivacija za učešćem u superviziji



Grafikon 15: Prethodno iskustvo učestvovanja u superviziji



Možemo zaključiti da su gotovo svi ispitanici zainteresovani za učešće u superviziji, i da je nešto više od polovine njih već imalo iskustvo supervizanta. Posebno zbog onih 43,5% ispitanika koji nisu imali iskustvo učešća u superviziji, važno je bilo ispitati da li su njihova očekivanja u skladu sa funkcijama, ciljevima i ishodima supervizije. Na osnovu ovih rezultata u potpunosti prihvatamo hipotezu PH2 - da su stručni ispitanici u ustanovama socijalne zaštite FBiH motivisani za učešćem u superviziji.

Očekivanja od supervizije i sa njima povezane potrebe

Podaci o očekivanjima koje ispitanici imaju od supervizije prikupljeni su pitanjem otvorenog tipa ("Šta očekujete od supervizije?"). Na taj način prikupljen je 191 odgovor. Kvalitativnom analizom moguće je svrstati većinu odgovora u nekoliko osnovnih kategorija, koje se takođe mogu posmatrati kao indirektno verbalizovane potrebe ispitanika:

Lični razvoj, zaštita zdravlja i prevencija sagorijevanja - smanjivanje stresa, opuštanje, dobra atmosfera, povećanje lične sigurnosti na radnom mjestu;

Profesionalni razvoj, razvoj stručne kompetencije - nova saznanja, usvajanje novih metoda, tehnika i vještina u radu, povezivanje teorije i prakse;

Prevazilaženje konkretnih poteškoća u radu i nove perspektive - Pomoć oko konkretnih problema s kojima se nisam susretala, želja da se čuje drugo mišljenje i sagleda problem iz druge perspektive; konkretne odgovore na određena pitanja, pomoć u rješavanju konkretnih problema;

Unaprijeđenje saradnje u timu i radnom kolektivu - Sticanje dodatnih vještina u pogledu nošenja sa teškoćama kako u timu, tako i radu sa strankama.

Prva grupa očekivanja povezana je sa **potrebom za ličnim razvojem i zaštitom od sagorijevanja u superviziji**. Zajedničko većini odgovora iz ovog domena jeste očekivanje da supervizija omogući prostor za: "lični rast i razvoj"; "rad na sebi"; "učenje nošenja sa stresom"; "razvoj asertivnosti"; "kako postaviti granice"; "podrška u nošenju sa svakodnevnim stresom na poslu"; "da mi posao ne predstavlja ogroman pritisak kao do sada"; "relaksacija u radu"; "osobna dobrobit, bolje razumijevanje sebe i drugih, rasterećenje"; "podrška, dobra atmosfera"; "prevencija u odnosu na profesionalno sagorijevanje"; "opušteni razgovor i druženje"; "osnaživanje, rasterećenje, podrška, opuštenost"; "na koji način filtrirati negativne aspekte ovog poziva a koji se odnose na emocije, obim posla,

težinu problema koje stranke imaju i sl.”; “ispušni ventil”.

Druga grupa očekivanja je povezana sa **potrebom za profesionalnim razvojem**, odnosno **razvojem stručne kompetencije u superviziji**. Neki od odgovora u okviru ove grupe očekivanja i sa njima povezanih potreba su: “unaprijeđenje stručnih kompetencija - nove metode rada, nova saznanja”; “da ću naučiti dosta toga korisnog, kako u radu sa korisnicima tako i u kolektivu”; “unapređenje kompetencija za kvalitetniji rad”; “lično i profesionalno usavršavanje, bolje sagledavanje uloge i zadataka koji se od mene očekuju”; “povratna informacija, sigurnost u postupanju, razmjena iskustava”; “jasniji uvid u načine i mogućnosti koje bih mogao koristiti u radu sa klijentima”

Posebno su zastupljena očekivanja od supervizije koja su povezana sa **potrebom za prevazilaženjem konkretnih poteškoća u radu i novim perspektivama u superviziji**. Od supervizije naši ispitanici stručni rad-

nici tako očekuju: “novi pogled na problem ili situaciju u kojoj se nalazim”; “da mi pomogne u razumijevanju složenih profesionalnih pitanja, podršku u novim profesionalnim izazovima i iznalaženju rješenja u novim poslovnim obavezama i napredovanju”; “pomoć u sagledavanju problema i mogućeg iznalaženja rješenja sa objektivne distance, bolje usavršavanje znanja i vještina u ulozi socijalnog radnika”; “pomoć u svakodnevnom radu kao socijalne radnice i rješavanju problema za koje je teško naći adekvatno rješenje”; “da mi olakša u prevazilaženju problema sa kojima se suočavam na poslu.”; “da što bolje i efikasnije obavljam svoje radne zadatke, više iskustva i lakšeg savladavanja problematike u svom poslu”; “adekvatniji odgovor na probleme”; “nova spoznaja o problemu, njegovom rješenju, smjernice za daljnji rad”; “pomoć pri rješavanju konkretnih problema”; “pomoć oko konkretnih problema s kojima se nisam susretala, želim da se čuje drugo mišljenje i sagleda problem iz druge perspektive”; “novi načini kako sagledati situacije s kojima se susrećemo u radu s

Okvir 1: Složenost i višedimenzionalnost očekivanja od supervizije

“Očekujem da će pomoći lično meni, kako bih ja mogla pomoći drugima”;

“Rad na sebi, lakše nošenje sa problemima s kojima se susrećemo na poslu (mijenja se društvo, nailazimo na nove socijalne probleme), olakšati i pospiješiti komunikaciju s kolegama i prevenirati profesionalno sagorijevanje”;

“Ukoliko dođe do preopterećenja i zbrke u “glavi”, a zbog specifičnosti i osjetljivosti posla kojeg obavljamo, a što ne smijemo kao socijalni radnici iznositi svugdje, da se pomoću supervizije rasteretimo koliko je moguće da ne bi došlo do burnout-a”.

“Rad na pitanjima koja mogu da utiču na rad sa klijentima, prilika za sagledavanje metode rada iz drugih perspektiva, širenje vlastitih resursa i kapaciteta i odličan način refleksije i samozaštite od iscrpljivanja.”;

“Jasniji uvid u načine i mogućnosti koje bih mogao koristiti u radu sa klijentima, prevencija profesionalnog sagorijevanja i razmjena iskustava”;

“Očekujem unapređenje odnosa kako prema sebi, tako i prema korisniku i ustanovi, osnaživanje postojećih ličnih i profesionalnih kapaciteta i razvijanje novih stručnih kompetencija”

“Pozitivniji odnos prema radu, čitavom kolektivu,

kao i prema samom sebi!”;

“Očekivanja su da jasnije sagledam problem u radu i uspješnije ga riješim, a da pri tome sebi pomognem da shvatim da je to moj posao koji radim, a ne lični problem, te da neke konflikte koje imamo sa kolegama lakše riješimo i da neke situacije koje mi nismo doprinijeli da ne utiču na nas.”

“Bolji pristup sa korisnicima, bolji pristup sa kolegama, bolja atmosfera na poslu, manje stresa, osnaživanje, rasterećenje, podrška, pronalaženje odgovora, spoznaja, opuštenost unaprijeđenje vlastitih kompetencija”

“Svaki stručnjak radeći ovaj odgovoran posao služi profesionalnu podršku kako bi kvalitetnije ispunjavao svoju ulogu i dobro se osjećao u svojoj ulozi. Supervizija je ključno sredstvo za postizanje jednog i drugog”

“Osobni razvoj, pomoć u poboljšanju kvalitete komunikacije među radnim kolegama i sa korisnicima, sprečavanje sagorijevanja na poslu”

“Lični i profesionalni razvoj, širenje vlastitih resursa i kapaciteta, preispitivanje sebe na ličnom i profesionalnom nivou”

Na osnovu prikazanih rezultata i njihove analize, u potpunosti prihvatamo hipotezu PH3 - da stručni radnici u ustanovama socijalne zaštite imaju očekivanja od supervizije koja odgovaraju očekivanim rezultatima ili ishodima supervizije.

korisnicima, pojašnjavanje kako se uhvatiti u koštac sa problemskim situacijama koje trenutno izgledaju nerješive na poslu, učenje koje nikad ne prestaje;” “razmjena ideja, stručne konsultacije, pomoć u nekom smislu rješavanja problema na poslu iz druge perspektive; “korisni savjeti iz prakse za svakodnevni rad”.

Četvrta grupa očekivanja od supervizije se može posmatrati kao indirektna manifestacija **potrebe za unaprijeđenjem saradnje i kvaliteta međuljudskih odnosa u timu i radnom kolektivu, kroz superviziju**. Ispitanici su u istraživačkom instrumentu naveli da od supervizije očekuju: *“bolji odnos i komunikacija sa kolegama”; “sticanje dodatnih vještina u pogledu nošenja sa teškoćama kako u timu, tako i radu sa strankama”; “da mi pomogne da prevaziđem probleme u svom radu i u kolektivu; “da nas osnaži da se znamo nositi sa poteškoćama u radu, a najviše u kolektivu”; “da se pokuša uspostaviti bolja saradnja sa kolegama”; “upoznavanje kolega i njihovog načina rada, metode i tehnike, pokušaj rješavanja problema u radu sa korisnicima baziran na iskustvima kolega, razrješenje nedoumica u radu kroz komunikaciju”; “da olakša razumijevanje odnosa sa kolegama”; “sticanje dodatnih vještina u pogledu nošenja sa teškoćama, kako u timu, tako i radu sa strankama”.*

Naravno da se većina ispitanika u svojim odgovorima ne ograničava samo na jedan domen, već da očekuje

dobrobiti od supervizije u okviru nekoliko različitih oblasti ličnog, profesionalnog i timskog razvoja. Prethodna podjela na specifične grupe očekivanja od supervizije i sa njima povezanih potreba je, stoga, samo uslovna, te služi analizi i boljem razumijevanju složenosti različitih dimenzija očekivanja koja ispitanici imaju od supervizije. Neki od odgovora koji dobro integrišu i ilustruju ovu kompleksnost, prikazani su u Okviru 1.

ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Možemo zaključiti da su u potpunosti potvrđene sve tri posebne hipoteze. Ispitanici su u statistički značajnoj mjeri iskazali potrebu za razvojno-edukativnom i podržavajućom funkcijom supervizije. U velikom procentu su pokazali motivaciju za učešćem u superviziji. Definisali su očekivanja od supervizije koja su u najvećoj mjeri odgovarajuća ciljevima i ishodima profesionalne supervizije, na način kako ih definiše Međunarodno udruženje supervizora Evrope (ANSE). Na osnovu toga u potpunosti prihvatamo hipotezu o postojanju potrebe za supervizijom kod stručnih radnika zaposlenih u sistemu socijalne zaštite FBiH. Ovo istraživanje je pokazalo da je ta potreba naglašena i široko rasprostranjena, te da je potrebno što prije omogućiti kontinuiranu superviziju stručnim radnicima. Na taj način bi se prije svega zaustavio proces njihovog profesionalnog sagorijevanja, a zatim bi im se pružila stručna podrška u profesionalnom i ličnom razvoju.

VAŽNOST PORODIČNE PODRŠKE U LIJEČENJU HEROINSKE OVISNOSTI

dr.sc. **Nermana Mujčinović**, psiholog
JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK

Sažetak

Heroinska ovisnost narušava svaki aspekt tjelesnog i psihološkog zdravlja bolesne osobe, a istovremeno i sve vidove socijalnog funkcionisanja, kako ovisnika samog, tako i svih onih koji ga vole i društva u cjelini, pa je potrebno uraditi sve da se ova bolest uspješno liječi. Liječenje heroinskih ovisnika je dugotrajan i neizvjestan proces, jer se moraju istovremeno obuhvatiti tri segmenta: psihološke osobine ovisnika, socijalna podrška koju primaju i njihova motivacija za tretman. Teorijski cilj istraživanja bio je uvidjeti postoji li veza između socijalne podrške porodice i motivacije za liječenje ovisnosti, a praktični cilj je omogućiti unapređenje motivacionog aspekta tretmana heroinskih ovisnika i određenje uloge socijalne podrške od strane porodice u procjeni ishoda tretmana. Istraživanje je provedeno na uzorku od 227 heroinskih ovisnika na liječenju. Pokazalo se da heroinski ovisnici u liječenju visoko vrednuju socijalnu podršku porodice, a nađena je pozitivna veza između istrajnosti u liječenju i percipirane socijalne podrške porodice.

Ključne riječi: ovisnost o heroinu, percepcija socijalne podrške porodice, istrajnost u liječenju.

Uvod

Prema Međunarodnoj statističkoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (World Health Organization, 2010), heroinska ovisnost smještena je u grupu duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih supstanci. Iako se, uglavnom, radi o mlađim ljudima, kod heroinskih ovisnika dolazi do opšteg tjelesnog propadanja, neuroloških i psihijatrijskih poremećaja, te čestih zaraznih bolesti (poput hepatitisa, tuberkuloze, HIV-a). Stopa samoubistava kod ovisnika o heroinu je trinaest do sedamnaest puta veća u odnosu na njihove vršnjake iz normativne kategorije (Darke i sur., 1999). Smrt je često i posljedica predoziranja, raznih nezgoda i povreda koje se ponekad dešavaju u situacijama kriminalnog

okruženja u kojem se kreću za vrijeme kupovine i korištenja heroina.

Liječenje heroinske ovisnosti treba započeti što je moguće ranije, te identifikovati psihosocijalne aspekte koji su u osnovi kompleksne kliničke slike ciljne grupe. To je dugotrajan i neizvjestan proces, jer se moraju istovremeno obuhvatiti tri segmenta: psihološke osobine ovisnika, socijalna podrška koju primaju i njihova motivacija za tretman. U svijetu i kod nas, tretman je kombinacija farmakoloških i psihosocijalnih intervencija čiji je cilj smanjenje ili potpuni prestanak upotrebe heroina, a time istovremeno dolazi do smanjenja štete koja je povezana sa korištenjem heroina (Orlin i sur., 2004). Od stepena motivacije za liječenje, zavisi uspjeh cjelokupnog terapijskog toka (Petrović, 2003). Najveći problem u toku liječenja heroinskih ovisnika je što veliki broj svojevoljno napušta tretman i odustaju od liječenja (De Weert-Van Oene i sur., 2002; Dimitrijević, 2004; Melnick i sur., 2014).

Kliničari i istraživači koji su proučavali oblast motivacionih tehnika u radu sa ovisnicima došli su do zaključka da se efekat tehnika pojačava uključivanjem bliskih i važnih osoba iz pacijentovog života koji mu pružaju socijalnu podršku u liječenju (O'Farrell, 1993, prema Strausner, 2004).

Pokazuje se da ljudi koji žive u zdravom porodičnom okruženju boljeg zdravlja od ljudi s manje kontakata i podrške (Broadhed i sur., 1983, Leavy, 1983, Mitchell i sur., 1982, Cohen i Wills, 1985, prema Vručinić, 2012; Cohen, 2004; Šincek i Vuletić, 2011). Najvažnije određenje socijalne podrške je doživljaj da se neko za nas brine, da nas neko voli i cijeni, a samim tim, da smo dio komunikacijske mreže u kojoj postoje uzajamne obaveze (Baumeister i Leary, 1995).

Glavni cilj ovog rada je bio istražiti vezu između percepcije socijalne podrške porodice heroinskih ovisnika i njihove motivacije za liječenje ovisnosti. Da bismo ostvarili ovaj cilj ispitana je percepcija porodične socijalne podrške kod heroinskih ovisnika, a zatim i motivacija za liječenje definirana kroz ukupnost vanj-

skih uticaja za početak liječenja i ostajanje u tretmanu heroinskih ovisnika, unutarne faktore za napuštanje tretmana, motivaciju za mijenjanjem, te istrajnost u liječenju uz spremnost za liječenje.

Praktični cilj istraživanja je bio unapređenje motivacionog aspekta tretmana ovisnika o heroinu i određenje uloge socijalne podrške u procjeni ishoda tretmana.

Metoda

Kompletno široko i sveobuhvatno istraživanje potencijalnih uticaja na proces liječenja heroinskih ovisnika je provedeno u JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona za potrebe izrade doktorske disertacije. Za ovo istraživanje su isključivo korišteni podaci dobijeni Upitnikom opštih podataka, zatim Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (Zimet G. D., Dahlem, Zimet, S. G. i Farley, 1988) i Skala CMRS za ovisnike u liječenju (De Leon, Melnick, Kressel i Jainchill, 1994).

Uzorak su bili obuhvaćeni heroinski ovisnici sa medicinskom dijagnozom ovisnosti o heroinu, a koji su na dobrovoljnom liječenju u Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, u ambulantnom ili stacionarnom dijelu, te su potpisali obrazac za Informirani pristanak da sudjeluju u istraživanju. Uzorak je prigodni, te zbog toga nema osobine statističkog slučajnog uzorka koji se ponaša u skladu sa teorijom vjerovatnosti i u kojem se može uspješno kontrolisati pogreška. Dodatni nedostatak odabira uzorka je da su obuhvaćeni isključivo pacijenti koji su dobrovoljno prihvatili testiranje, te time dodatno pokazali svoju motiviranost za saradnju i liječenje.

Početni uzorak činilo je 249 ispitanika, ali u obradu rezultata uzeto je ukupno 227 pacijenata koji su u potpunosti uradili sve potrebne skale i upitnike, a 22 pacijenta, koji su odustali od testiranja u toku samog rada, isključeni su iz dalje obrade i razmatranja.

Od 227 ispitanika, njih 206 je muškog, te 21 ženskog spola. Prosječna dob je $M=34,89$ godina ($SD=7,05$).

Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške – MSPSS (Zimet, G. D., Dahlem, Zimet, S. G. i Farley, 1988) ima trofaktorsku strukturu, što je korrespondentno izvorima socijalne podrške, a za prikaz sadašnjeg istraživanja koristimo samo rezultate za socijalnu podršku od strane porodice. Zadatak ispitanika je da se na ljestvici Likertovog tipa od 1 (uopšte se ne slažem) do 7 (potpuno se slažem) označi stepen slaganja sa svakom tvrdnjom. Bodovanje se vrši sabiranjem, a veći zbirni rezultat označava veći nivo

percipirane socijalne podrške. Dosadašnja istraživanja pokazuju da skala ima dobre psihometrijske karakteristike, a unutrašnji koeficijent pouzdanost Cronbach's α u našem istraživanju je 0.85.

Skala za mjerenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti ovisnika u liječenju – CMRS (De Leon i sur., 1994) mjeri motivaciju i spremnost za liječenje, te zadržavanje u liječenju heroinskih ovisnika. Skala ima visoku prediktivnu validnost kada se radi o predviđanju ostajanja u terapijskom procesu ovisnika (Peterson, Callahan i Jason, 2016), te dobre psihometrijske Cronbach's $\alpha = 0.74$.

Rezultati

Po preporuci autora smo za interpretaciju rezultata dobijenih na Multidimenzionalnoj skali percipirane socijalne podrške rezultate svake supskale podijelili sa brojem čestica (4), a rezultat ukupne skale sa brojem čestica skale (12) (Zimet i sur., 1988).

Tabela 1.

Deskriptivni podaci za Multidimenzionalnu skalu percipirane socijalne podrške						
	M	SD	Min	Max	K-S	p
MSPSS porodica	4.63	1.70	1	7	0.11	0.00

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; MSPSS – Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške.

Kao što iz Tabele 1 vidimo, rezultati su u kategoriji srednje percepcije socijalne podrške.

Pokazalo se da je u potpunosti bez podrške porodice 20 pacijenata koji su na ovoj skali izabrali minimalni mogući rezultat, a 96 ispitanih, ili 42,29%, dalo je odgovore kojima su se izjasnili da osjećaju visoku socijalnu podršku od strane porodice.

Tabela 2.

Deskriptivni podaci Skale za mjerenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti ovisnika u liječenju						
	M	SD	Min	Max	K-S	p
CMRS_Vanjske okolnosti	3.36	0.70	1.33	4.67	0.16	0.00
CMRS_Unutrašnje okolnosti	3.33	0.74	1.67	5.00	0.14	0.00
CMRS_Motivacija	4.40	0.74	1.20	5.00	0.28	0.00
CMRS_Istrajnost	4.19	0.57	1.43	5.00	0.14	0.00
CMRS_ukupno	3.97	0.43	2.17	4.78	0.13	0.00

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; K-S – Kolmogorov-Smirnov test; CMRS – Skala za mjerenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti ovisnika u liječenju.

Rezultati Skale za mjerenje okolnosti, motivacije, spremnosti i istrajnosti ovisnika u liječenju su dati u Tabeli 2, a da bismo lakše poredili rezultate na supskalama, oni su transformisani podjelom sa brojem uključenih čestica.

Testiranjem značajnosti razlika između grupe niske i grupe visoke istrajnosti u liječenju na Skali percipirane socijalne podrške MSPSS, utvrđena je statistički značajna razlika za supskalu percipirane socijalne podrške porodice ($U=1800$, $p<0.008$).

Diskusija

Distribucija ukupnih rezultata koje postižu heroinski ovisnici na skali percipirane socijalne podrške, pokazuje grupisanje oko srednjih vrijednosti, sa blagim skretanjem prema nižim rezultatima.

Heroinski ovisnici su svojim samoiskazima kroz skalu CMRS verbalizirali želju za liječenjem i promjenom. Najviši rezultati dobijaju se na supskali Motivacije, kojom se mjeri unutrašnja spoznaja o potrebi za promjenom, i na supskali Spremnosti za liječenje, koja mjeri nivo spremnosti za liječenje i provjerava stabilnost te spremnosti.

Skoro polovina ispitanih heroinskih ovisnika osjeća visoku socijalnu podršku od strane svoje porodice. Postoje razni izvori socijalne podrške, ali većina ljudi najčešće prima najveći dio emocionalne podrške, topline, pripadanja, materijalne i instrumentalne podrške, u svojoj vlastitoj porodici. Za razliku od drugih izvora socijalne podrške za pojedinca, karakteristično za porodicu je da će ona obično sama prepoznati kada je neko od njenih članova ugrožen, a zatim će sama ponuditi pomoć i u situaciji kada je član ne traži (Vručinić, 2012). Roditelji i najuža porodica pokazuju uvijek najviše želje da ostanu uz svog oboljelog člana, uprkos činjenici da odnos prema vlastitoj porodici, kod ovisnika o heroinu koji su hronično bolesni, vremenom postaje sve više odbacujući ili ambivalentan (Vučković, 2009, prema Martinović Mitrović, 2015). Odvajajući grupu heroinskih ovisnika koji su visoko motivirani za liječenje od grupe sa niskom motivacijom, pokazalo se da visoko motivirani pacijenti osjećaju veću podršku svoje porodice. Poznato je da se konzumiranje psihoaktivnih supstanci povezuje sa porodičnim okruženjem, gdje je malo roditeljske podrške i razumijevanja i gdje je slaba zainteresovanost roditelja za osobe s kojima se njihovo dijete druži (Galić, 2002). Uticaj odnosa unutar porodice na konzumaciju psihoaktivnih supstanci opisuje Sakoman (2002),

te kao rizične faktore navode poremećene odnose sa roditeljima, nepoštovanje roditelja i poremećene odnose između roditelja. Uključenje kompletne porodice u tretman i liječenje ovisnika dovodi do duže apstinencije, povoljnijeg socijalnog statusa pacijenta i do češće odluke o nastavku socio-rehabilitacionog tretmana u nekoj od komuna (Serdarević i Maričić, 2007).

Veza između percepcije porodične socijalne podrške heroinskih ovisnika i njihove motivacije za liječenje ovisnosti postoji. Rad sa porodicama i njihovo uključivanje u tok liječenja heroinskog ovisnika može unaprijediti motivacioni aspekt tretmana ovisnika o heroinu.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (2014), *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – peto izdanje – DSM-5*, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Baumeister, Roy, Mark Leary (1995), The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117, str. 497–529.
3. Canty-Mitchell, Janie, Gregory Zimet (2000), Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*, 28, str. 391–400.
4. Cohen, Sheldon (2004), Social relationships and health. *American Psychologist*, 2, str. 676–684.
5. Darke, Shane, Wayne Hall, Don Weatherburn, Bronwyn Lind. (1999). Fluctuations in heroin purity and the incidence of fatal heroin overdose. *Drug alcohol depend* 1999;54:155–61.
6. De Leon, George, Gerald Melnick, David Kressel, Nancy Jainchill (1994), Circumstances, motivation readiness, and suitability (The CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *Drug and alcohol abuse*, 20(4), str. 495–515.
7. De Weert-Van Oene, Gerdien, Gerald Schippers, Cor De Jong, Guus Schrijvers (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. *European addiction research*, 8, 2–9.
8. Galić, Jadranko (2002), *Zloporaba droga među adolescentima*. Medicinska naklada Zagreb. Zagreb.
9. Martinović Mitrović, Slađana (2015), *Uticaj dužine ekspozicije heroinu na egzekutivne funkcije opi-*

- jatskih zavisnika*. Neobjavljena doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu.
10. Preuzeto sa:
 11. <http://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/4735/Disertacija324.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. Mujčinović, Nermana (2020), *Profili ličnosti, sklonost prema samohendikepiranju i percepcija socijalne podrške zavisnika o heroinu kao prediktori istrajnosti u liječenju* – Neobjavljena doktorska disertacija. Univerzitet u Banja Luci.
 13. Nastasić Petar., (2012). Bolesti zavisnosti – terapijske mogućnosti i klinička realnost. *Arhiv za farmaciju*. vol. 62, br. 2, str. 165–178.
 14. Orlin, Lois, Margaret O'Neill, Jennifer Davis (2004), Assessment and intervention with drug abusing clients in psychiatric settings, u Straussner, Shulamith Lala Ashenberg, ur., *Clinical social work with substance abusing clients* (rev.ed.) NY, New York: Guilford Press.
 15. Peterson, Andrew, Sarah Callahan, Leonard Jason (2016), Motivation for Change in Heroin and Opiate Users, *DePaul Discoveries*, broj. 5, članak 7.
 16. Preuzeto sa: <https://via.library.depaul.edu/de-paul-disc/vol5/iss1/7>
 17. Petrović, Stevan (2003), *Droga i ljudsko ponašanje*. Beograd, Partenon.
 18. Sakoman, Slavko (2002), *Obitelj i prevencija zavisnosti*. Sysprint, Zagreb.
 19. Serdarević, Ilinka, Ivona Maričić (2007), Uključenost obitelji u tretman zavisnosti. *Bilten Rizik*. Rijeka: Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-Goranske županije. Preuzeto sa: <http://www.zzjzpgz.hr/odjeli/prevovis/Rizik-04.pdf>
 20. Sinanović, Osman, (2001), *Ovisnost o drogama – uzroci i posljedice, prevencija i liječenje* – *Multi-disciplinarnan pristup*, HARFOGRAFI, Tuzla.
 21. Straussner, Shulamith Lala Ashenberg (2004), Clinical work with substance-abusing clients, u Straussner, Shulamith Lala Ashenberg, ur., *Clinical social work with substance abusing clients* (revidirano izdanje). NY, New York: Guilford Press.
 22. Šincek, Daniela, Gorka Vuletić (2011), Važnost socijalne podrške za kvalitetu života – Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. *Kvaliteta života i zdravlje*, Hrvatska zaklada za znanost, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, str. 52–72.
 23. UNDP, Federacija BiH, Global Fund (2014). Opioidna supstitucijska terapija (OST) – Vodič za osoblje kazneno-popravnih ustanova. Sarajevo, 2014.
 24. Preuzeto sa:
 25. <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2019/01/Vodi%C4%8D-za-osoblje-K-PZ-OST-terapija.pdf>
 26. UNICEF Bosna i Hercegovina (2010), *Izještaj o biološko-bihevioralnom istraživanju među injekcionim korisnicima droge u Bosni i Hercegovini*, 2009: Istraživanje ispitanicima-definiranog uzorka, UNICEF/UNDP, Sarajevo/Banja Luka.
 27. Preuzeto sa:
 28. <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2014/06/BBS-IDU-bos2009.pdf>
 29. Vručinić, Žana (2012), Socijalna podrška i nezaposlenost. *Defendologija; Teorijsko-stručni časopis za pitanja zaštite, bezbjednosti, odbrane, obrazovanja, obuke i osposobljavanja*. Vol. 31(15). str. 76–82.
 30. Wills, Thomas, Ori Shinar (2004), Measuring perceived and received social support, u S. Cohen, Underwood i Gotlieb ur., *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press, str. 86–136.
 31. World Health Organisation – WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO. Preuzeto sa:
 32. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 33. World Health Organisation – WHO (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: WHO.
 34. World Health Organization – WHO (2006). *Disease control priorities related to mental, neurological, Developmental and substance abuse disorders*. Geneva: WHO
 35. World Health Organisation – WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: WHO.
 36. World Health Organisation – WHO (2010). *Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, Beograd
 37. Zimet, Gregory, Nancy Dahlem, Sara Zimet, Gordon Farley (1988), The Multidimensional Scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52, str. 30–41.

DRUŠTVENI ASPEKTI I POSLEDICE KOCKANJA

Prim. mr. sci. **Hassan dr. Awad**, spec. neuropsihijatar

Eldina Selimović-Džano, mag. iur; dipl. soc. pedagog

Odjeljenje za rehabilitaciju i resocijalizaciju, JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Kockanje ili kocka zajednički je naziv za skup raznovrsnih igara, ponašanja i aktivnosti koje uključuju ulaganje novca uz rizik i nadu u očekivanju pozitivnog ishoda. Cilj ovog rada jeste bolje razumijevanje procesa koji leže u osnovi ovisnosti o kockanju. Shodno tome, kako bi se omogućilo razumijevanje kompleksne etiologije ove vrste ovisnosti, kroz rad je prvenstveno analiziran društveni aspekt kockanja kroz historiju uz prikaz najzanimljivijih historijskih činjenica vezanih za kockanje. To će poslužiti boljem i jasnijem razumijevanju, kako je kockanje od zanemarivog društvenog fenomena, postalo javnozdravstveni problem i ozbiljna ovisnost ljudi širom svijeta danas. Stav i društvena reakcija prema kockanju mijenjaju svoj oblik u odnosu na različite socio-kulturne aspekte. Prvobitno se posmatralo kao grijeh, zatim kao oblik kriminalne aktivnosti i na kraju kao bolest ovisnosti. Problemi izazvani kockanjem negativno djeluju na kvalitetu života, te su shodno tome prikazane posljedice kockanja na porodično i radno funkcionisanje, kriminalno ponašanje ovisnika o kocki kao i mogući komorbiditeti.

Ključne riječi: kockanje, ovisnost o kockanju, društveni aspekt kockanja, vrste kockanja, posljedice kockanja

Historijski prikaz razvoja kockanja

Prateći i proučavajući historiju može se zaključiti da je historija čovječanstva neraskidivo povezana s historijom kockanja. Kockanje je jedno od najstarijih ljudskih težnji i interesa. Bez obzira koliko daleko se vratili u prošlost, pronaći ćemo znakove da se kockanje odvijalo uvijek na mjestima gdje su se ljudi okupljali. Kroz ovaj rad nastojati ćemo pobrojati najvažnije i najzanimljivije historijske činjenice koje se vežu za kockanje.

Arheološki i antropološki podaci ukazuju da je i najstariji pećinski čovek bio kockar (Petru, 2005). Kockanje u prahistorijskom dobu je uglavnom vezano za

magijske i religijske obrede. Ti rituali su imali svrhu proricanja sudbine ili objašnjenja onoga što je bilo „neshvatljivo“. Korištene su kockaste kosti gležnjeva ovaca, goveda ili pasa zvani Astragali, stare 4 000 godina (Forentzy & Turner, 2012).¹ **Artefakti kockanja potječu iz drevne Kine², Indije³, Rima⁴ i Egipta⁵.**

U srednjovjekovnom razdoblju, kockanje je na području europskog kontinenta bilo jedno od omiljenih pučkih i plemićkih zabava. Prilikom kockanja u srednjem vijeku korišten je različit dragocjeni pribor poput pozlaćene kocke, izrezbarenih pehara i lijepo ukrašenih ploča i stolova za igranje. Ideje o Black-Jacku i pokeru s papirnatim novcem opisane su u Kini 900. godine, a evoluirale su u vrlo popularne kartaške igre. Ove kartaške igre je u Europu donio car Mameluk. Karte su prvobitno bile ukrašene ljudskim likovima. Vremenom su se prilagodile i počele su prikazivati kraljeve i kraljice, što je inačica koja se koristi i u današnje doba. U europskoj srednjovjekovnoj svakodnevnicu, kockanje je bilo poznato kao jedna od omiljenih aktivnosti u slobodno vrijeme, a kojom su se najviše bavili vojnici.⁶ Posebno je interesantna činjenica da su vojnici

1 Šamani su bacanjem kostiju predviđali budućnost „tumačeći znakove od boga“, koji su im omogućili utvrđivanje najpogodnijeg perioda za sjetvu, žetvu, pa do toga da su ovi znakovi služili i utvrđivanju krivice kod osumnjičenih.

2 Najpoznatija kineska igra je „Keno“, stara više od 2000 godina, a igrala se pomoću kartica sa brojevima od 1 do 80. Igraču je bilo dozvoljeno da zaokruži kombinaciju brojeva nakon čega bi se održala lutrija pomoću koje bi se određivao sretan dobitnik.

3 Indijski epovi opisuju kakvi su bili običaji u pogledu igre i kakva su bila pravila igre u drevnoj Indiji.

4 Mnogi rimski carevi poput Klaudija, Kaligule, Marka Aurelija, Domicijana, Nerona poznati su javnosti kao izrazito rastrošni carevi skloni kockanju i rasipanju imovine. Unatoč strogim zabranama i kaznama za kockanje u starom Rimu, ovaj dugi popis careva koji su uživali u ovoj aktivnosti potvrđuje važnost i rasprostranjenost ove vrste zabave u tom razdoblju.

5 Po drevnom egipatskom zapisu iz Keopsove piramide, Tot egipatski bog noći (Mjeseca) tokom noći se mijenja u egipatskog boga Sunca (bog Ra), kockao sa Mjesecom, te tako osvojio pet dodatnih dana, čime je godina i dobila 365 dana.

6 Tokom 14. stoljeća, kralj Henrik VIII odlučio je strogo kažnjavati kockanje nakon što je otkrio da njegova vojska više vremena provodi

svoje slobodno vrijeme često provodili među nižim staležom, u tada popularnim tzv. tavernama, odajući se porocima poput alkohola i kockanja. Kockanje je bilo posebno popularno među vojnicima francuske vojske.⁷ Kockanje se krajem srednjeg vijeka na području europskog kontinenta označava kao „javna pošast“. Mada, još uvijek ostaje kao jedan od omiljenih načina zabave, ne samo nižeg sloja ljudi i građanstva, nego i tadašnjeg plemstva i careva. U 18. stoljeću kockanje se klasificira na dvije vrste: kockanje za novac i kockanje iz zabave. Kockanje za novac je bilo osuđivano od strane društva i kažnjavano od strane zakona, dok je kockanje iz zabave bilo općeprihvaćeno društveno ponašanje (Kozjak, 2016).

Termin lutrija prvi put je upotrijebljen u 16. stoljeću u Francuskoj u značenju ugovora privatnog ili javnog značaja. Prva državna lutrija organizirana je 1530. godine u Firenci s ulogom od jednog dukata i srećkom koja se nazivala „polizza“, s ciljem punjenja državne blagajne. Na našim prostorima, lutrija se prvi put spominje 1768. godine (Kozjak, 2008). **Prvi stroj za kockanje** razvijen je 1895. godine. Stroj pod nazivom „**Liberty Bell**“ izumio je Charles Fey u San Franciscu. Ovi su aparati u kolokvijalnom govoru bili poznati kao „jednoruki banditi“ (eng. **one-armed bandits**) jer su ih karakterizirale male stope isplate i kontroliranje od strane kriminalnih organizacija. **Prva prava kockarnica** otvorena 1638. godine na europskom kontinentu je bila kockarnica „Ridotto“. Otvorena je na području tadašnje Mletačke republike (Venecija). Kockarnice su se masovnije počele pojavljivati širom Europe u 19. stoljeću. Time je označen početak razdoblja industrijalizacije i institucionalizacije kockanja. Prve kockarnice za internet kockanje uživo su počele između 1994. i 1995. godine, a malo poslije, internet kockanje uključuje klađenje, bingo i poker igre (Ashley & Boehlke, 2012).

Društveni stav prema kockanju

Kada je riječ o društvenom stavu prema kockanju moramo naglasiti da se taj stav mijenjao od najranijeg perioda civilizacije do savremenog doba. Prvobitno je kockanje bilo bezopasna zabava pojedinca. Homerovi i ostali drevni tekstovi otkrivaju da su se kockarske igre naširoko igrale u drevnoj Grčkoj, a postojale su i prostorije slične današnjim kockarnicama gdje su kockari dolazili zadovoljiti svoj nagon. Od grčkog za-

konodavstva potiče pravilo, a koje će kasnije usvojiti Rimljani da novac može biti ulog samo pri takmičenjima u vještinama ili u igrama, ali ne i u kockanju. Ovaj podatak potvrđuje činjenicu da je starogrčko zakonodavstvo bilo svjesno društvene opasnosti kockanja, te je uvidjelo potrebu njegovog zakonskog regulisanja (Kozjak, 2016).

U Starom Rimu su se zakoni protiv kockanja donosili za vrijeme cara Augusta. Kockanje je bilo dozvoljeno samo nedelju dana tokom trajanja festivala Saturnalija, odnosno u čast boga Saturna. Tokom srednjeg vijeka je uglavnom zavisio od vladara i zakona koje je donosio.

Značajnu ulogu u shvatanju posljedica kockanja imala je Nacionalna anti-kockarska liga (NAKL) koja je kockanje zakonski zabranila uključujući i alkoholizam, zloupotrebu droga i prostituciju. S druge strane, ova prohibicija nije važila za pripadnike viših klasa, te njihove kockarske aktivnosti, skrivene od javnosti nastavljaju da se odigravaju (Potenza, 2008).

Sredinom XIX stoljeća, a uzimajući u obzir ekonomske interese zapažene su inicijative o legalizaciji kockanja. Povećanjem bogatstva i širenjem potrošačkog mentaliteta stvara se pogodna klima za normalizaciju, ali i za ekspanziju kockanja. Liberalizacija kockanja utiče na rast kockarske industrije, tako što povećava raznolikost i dostupnost igara. Istovremeno, rastom tolerancije društva i država na kockanje, ove aktivnosti se čak i podstiču (Raylu & Oei, 2004). Danas, može se jasno zapaziti kako se stimuliše kockanje, kako profit zauzima najvažniju ulogu i kako se svakodnevno ubrzava razvoj i širenje problematičnog i patološkog kockanja. Nekritično plasiranje i promovisanje kockanja kroz medijske sadržaje⁸, može doprinijeti prihvatanju takvog ponašanja kao poželjnog i društveno prihvatljivog. Sve ovo je značajno za razumijevanje društvenog stava prema kockanju jer pokazuje da je kockanje postalo sastavni dio savremenog života. Tako se kockanje u određenom smislu „normalizuje“ i na njega se gleda kao na uobičajenu svakodnevnicu života.

Ovisnost o kockanju u psihijatrijskim dijagnostičkim klasifikacijama

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-III) Iako se pojam patološkog kockanja

igrajući se nego usavršavajući borbene vještine.

7 Historijski zapisi potvrđuju da je vojska čak imala specijaliziranog kockara koji ih je pratio radi pružanja različitih usluga.

8 Poznata su nam sponzorstva od strane priređivača kockanja za vrijeme sportskih takmičenja. Često se angažuju sportski igrači u reklamama, promociji kockanja kao vida zabave i sticanja zarade. Na taj način se doprinosi shvaćanju sportskog kockanja kao bezopasne legalne igre.

javlja ranije u literaturi, patološko kockanje je formalno priznato kao psihički poremećaj 1980. godine od strane Američke psihijatrijske asocijacije (APA), a zahvaljujući radu dr. Roberta Custera koje se bavio liječenjem patoloških kockara. Iste godine, patološko kockanje je svrstano u treće izdanje (DSM-a). U predloženim kriterijima, naglasak je tada stavljen na progresivni gubitak kontrole nad kockanjem, te je navedeno sedam odrednica u kojima se opisuju individualni, porodični, socijalni i financijski aspekti ove problematike. Poremećaj kockanja je u DSM-III bio dio "poremećaja kontrole impulsa", pod nazivom "prisilno kockanje" (Bodor, 2018).

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) i DSM-IV U MKB-10 (F 63.0, Z 72.6) i DSM-IV, patološko kockanje je kao jedna od šest kategorija uz piromaniju i kleptomaniju svrstano u poglavlje - Poremećaji kontrole nagona. Hasanović i Pajević (2019) definiraju poremećaj kontrole nagona kao nesposobnost suzdržavanja od izvođenja nekog nagona opasnog za druge ili za samu ličnost, a obično je povezan sa očekivanjem ugođe tokom i nakon izvođenja kockarskih aktivnosti. Osoba ima sve izraženiji osjećaj napetosti ili uzbuđenja prije čina kockanja, a dok traje procedura i iščekuje rezultate osjeća užitak, zadovoljenje ili olakšanje.

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-V)

Godine 2014. u DSM-5, ovisnost o kockanju biva premještena u „**poremećaje ovisnosti**“, i to „**poremećaje koji nisu vezani uz psihoaktivne tvari**“ na taj način naglasivši da je riječ o bihevioralnoj ovisnosti (Torre, 2017). Prema DSM-5 klasifikaciji, ovisnost o kockanju definira se kao perzistentno i povratno problematično kockanje koje vodi do klinički značajnog oštećenja ili patnje, te se iskazuje tako da **pojedinaac očituje četiri (ili više) kriterija od sljedećih devet u 12-mjesečnom razdoblju:**

1. ima potrebu za kockanjem sa sve većim iznosima novca kako bi se postiglo željeno uzbuđenje,
2. nemiran je ili razdražljiv kada pokušava smanjiti ili prestati s kockanjem,
3. ima opetovana neuspješna nastojanja zbog kontrole, smanjenja ili prestanka kockanja,
4. često je zaokupljen kockanjem (na primjer neprestano razmišljanje o proživljenim doživljajima kockanja u prošlosti, igra na hendikep ili planiranje sljedećih pothvata, razmišlja o načinu kako priskrbiti novac za

kockanje),

5. često kocka kada se osjeća loše (npr. bespomoćan, kriv, anksiozan, depresivan),
6. nakon što na kocki izgubi novac, često se idući dan vraća da ga nadoknadi ("lovi" vlastite dugove),
7. laže kako bi prikrio veličinu upletenosti u kocku,
8. ugrozio je ili izgubio važnu vezu, posao, obrazovne ili poslovne prilike zbog kockanja i
9. oslanja se na druge kako bi nabavio novac kojim bi olakšao očajnu financijsku situaciju uzrokovanu kockanjem.

Težina ovisnosti se označava kao **blaga** ako je zadovoljeno **4-5 kriterija**, **umjerena** ako je zadovoljeno **6-7 kriterija**, kao **teška** ako je zadovoljeno **8-9 kriterija**. Također, postoje odrednice kojima se opisuje je li ovisnost o kockanju **epizodična** (simptomi se smiruju između razdoblja ovisnosti na nekoliko mjeseci) ili **perzistentna** (simptomi su trajni odnosno postoji zadovoljavanje dijagnostičkih kriterija u kontinuitetu više godina), te se opisuje **rana remisija** (nakon što su prethodno bili zadovoljeni svi kriteriji niti jedan nije zadovoljen u trajanju od najmanje 3 mjeseca, a manje od 12 mjeseci) i **održana remisija** (nakon zadovoljenja svih kriterija ni jedan nije ispunjen najmanje 12 mjeseci ili duže).

Vrste kockanja

Ovisnost o kockanju i kladenju razvija se postepeno i nesvjesno. Vremenski interval od početnog igranja (kockanja) do razvoja ovisnosti je individualan i može biti neočekivano kratak bez obzira na stepene razvoja ovisnosti. Zbog toga, osobe često ne primijete trenutak kada je zabava postala problem. U literaturi se najčešće navode sljedeće vrste i tipovi kockanja:

- a) **Socijalni, društveni tip kockanja** traje ograničeni period uz predviđene i prihvatljive gubitke. To je način igranja koji služi isključivo za razonodu i zabavu u slobodno vrijeme uz simboličan ulog i limitiran dobitak ili gubitak bez žudnje za intenzivnijim, većim i dužim igranjem.
- b) **Problematično kockanje- ozbiljno društveno kockanje** je kockanje koje je kod osobe već izazvalo probleme u svim aspektima života, uključujući porodične odnose, bračni status, zaposlenje, finansije ili zakonske probleme. Zbog toga trpi sam pojedinac, porodica, ali i šira zajednica. Ipak, pojedinac još uvijek nema prisilnu potrebu za kockanjem.

- c) **Patološko ili kompulzivno kockanje**- način igranja koji okupira najveći dio slobodnog vremena, uz nekontrolirani ulog, nemogućnost limitiranja dobitka ili gubitka te kompulzivnu želju za povratom izgubljenog uloga – ovisnost o kockanju/ kladenju. Patološko kockanje odnosi se na psihijatrijsku dijagnozu, a problematično kockanje obuhvaća sve pojedince koji su razvili probleme povezane s kockanjem.
- d) **Profesionalno kockanje** – kod profesionalnog kockanja pritisak je najvažniji, a rizici su ograničeni. Međutim, iako kod profesionalnih kockara pojedinci mogu iskusiti probleme povezane s kockanjem, kao što su gubitak kontrole i kratkoročno „lovljenje gubitaka“ kroz nadoknadu izgubljenog, i dalje ne zadovoljavaju dovoljan broj kriterija koji bi ih svrstao u patološke kockare.

Posljedice kockanja

Ovisnost o kockanju, a posebno kada je riječ o problematičnim i patološkim vrstama kockanja, sa sobom nosi ozbiljne porodične, emocionalne, finansijske, radne poteškoće kao i česte probleme sa zakonom.

Disfunkcionalnost porodice ovisnika o kockanju

Najčešće posljedice koji trpi porodica ovisnika o kockanju ogleda se u narušenim porodičnim odnosima, čestim psihičkim problemima kao i finansijskim poteškoćama. Brakovi kockara su uglavnom disfunkcionalni. Nerijetko supruge ovisnika o kocki pristaju i tolerišu kockanje svojih muževa, ponekad mu se opiru ali i često povlače. Kockarove ispade porodica amortizira kako se s njim ne bi suočila i kako ih tako ne bi sagledala kao neprihvatljive. Nakon što se ustali obrazac pretvaranja da je sve u redu, pa i onda kada nije, porodica se prestaje pretvarati, pa naprosto sve doživljava kao dobro i nužno. Prema Lesieur i Custer (1984) kockarske aktivnosti jednog problemskog kockara utiču na živote 10 do 15 drugih osoba u njegovom okruženju, poput supružnika, djece, roditelja, radnih kolega i slično. Članovi porodice kockara su mahom bili zlostavljani, u pravilu emotivno, a često i fizički. Žene kockara su često bile žrtve porodičnog ali i seksualnog zlostavljanja, često zlostavljane od strane kamata, doživljavaju nesanicu, depresiju i u odnosu na opštu populaciju imaju i do 3 puta veću stopu suicida. Također, zbog ozbiljnih finansijskih gubitaka, u ekstremnim slučajevima su moguća isključenja komunalija, prodaja kućanskog namještaja, te iseljenja iz sta-

na/kuće. Nacionalna studija o posljedicama kockanja (NORC, 1999) ukazala je na visoku stopu razvoda kod problemskih i patoloških kockara. Visoka stopa razvoda nije začuđujuća s obzirom da osim interpersonalnih problema, kockanje rezultira i finansijskim problemima koji dodatno otežavaju porodično funkcionisanje. Ovisnost o kockanju utječe i na djecu koja odrastaju u porodicama sa ovom vrstom ovisnošću. Istraživanja su pokazala da djeca roditelja patoloških kockara imaju veći rizik za razvoj ponašanja koja negativno djeluju na zdravlje (upotreba psihoaktivnih supstanci), razvoj psihosocijalnih problema (npr. nesretno djetinjstvo), poteškoće u obrazovanju, emocionalni poremećaji uključujući disforiju i suicidalno ponašanje. Ovi rezultati ukazuju i na to da će djeca roditelja koji prekomjerno kockaju, bez rane i adekvatne intervencije biti ugroženi prilikom rješavanja sadašnjih i budućih životnih problema, te da će samim time biti pod visokim rizikom za razvoj disfunkcionalnog prilagođavanja, uključujući i obrasce ovisničkih ponašanja (Jacobs i sar., 1989).

Radno funkcionisanje ovisnika o kocki

Prema samoj definiciji patološkog kockanja, kockari troše pretjerano puno vremena na planiranje kockanja, na samo kockanje ili na saniranje posljedica kockanja, pa je time i očekivan postupni gubitak produktivnosti na radnom mjestu, odnosno s vremenom sve izraženija radna disfunkcionalnost (Bodor, 2018:65-68). Prema nekim autorima, gubitak produktivnosti i vremena je puno izraženija socijalna posljedica kockanja od najčešće spominjanih finansijskih gubitaka. Poslodavci najčešće ne primjećuju probleme uzrokovane kockanjem kod uposlenika kada su oni u ranoj fazi (probleme tada može eventualno primijetiti porodica kockara) jer kockar na radnom mjestu ulaže dodatne napore kako bi funkcionirao, ali kako kockanje postaje učestalije, sve je veća mogućnost pojave sljedećih posljedica: kašnjenje na posao, odsutnosti sa radnog mjesta zbog učestalih bolovanja, smanjena produktivnost i u konačnici moguća je čak i pronevjera. Kako ovisnost napreduje u dublje faze, sposobnost kockara da se nosi sa zahtjevima radnog mjesta značajno se smanjuje, što rezultira time da kockari dvostruko više mijenjaju radna mjesta (Torre, 2017).

Kriminalno ponašanje ovisnika o kocki

Veza između problematičnog kockanja i kriminaliteta u populaciji odraslih osoba ispitivana je i potvrđena

brojnim istraživanjima. Kada jednom kockaru pone-
stane vlastitih sredstava za kockanje, a postoji nagon
za daljnjim ulaganjem i igrom za koju vjeruje u stopo-
stotnu pobjedu voditi će se ka pribavljanju sredstava
za kocku na svaki mogući način. Osobi koja nikada
nije osjetila takvu vrstu nagona i želju za uzbuđenjem/
pobjedom ne može biti jasno u što je sve spreman upu-
stiti se kockar. Prvo, kao i kod osoba koje su ovisne
o opijatima služi se različitim manipulativnim sred-
stvima kako bi od bližnjih posudio novac (porodica,
prijatelji, kolege s posla itd.), podigao kredit, prodao
sve što ima vrijednost. Međutim, kada nestane svih
tih sredstava, ovisnik se često nađe u situaciji i da po-
čini krivično djelo radi nabavke novčanih sredstava,
kako bi i dalje mogao igrati i vratiti dugove. U tom
momentu, vođen nagonom, ne razmišlja da niti će vra-
titi dugove, a ni pobijediti nego se uplesti u „začarani
krug kocke“ iz kojeg najčešće nema izlaza. Tipične
krivična djela za ovisnike o kocki uvijek su poveza-
na sa krivičnim djelima koja su usmjerena prema sti-
canju imovinskih koristi (pljačka, razbojnička krađa,
razbojništvo, nerijetko pribjegnu i krivičnim djelima
ubistva ukoliko budu pritisnuti od strane kamatara ili
nekih drugih situacija). Uglavnom se radi o krivičnim
djelima pribavljanja sredstava kako bi ovisnik o kocki
mogao i dalje kockati.

S obzirom da na kvalitetu života i ozbiljnost proble-
ma izazvanih kockanjem utiče i istovremeno prisustvo
drugih mentalnih poremećaja, u nastavku ćemo spo-
menuti i moguće komorbiditete.

Komorbiditet

Prema DSM-5 (2014) ovisnost o kockanju može biti
u komorbiditetu sa drugim psihičkim poremećajima
poput ovisnosti o psihoaktivnim supstancama, depre-
sivnim poremećajima, anksioznim poremećajima, te
poremećajima ličnosti. Takvi poremećaji mogu pret-
hoditi ovisnosti o kockanju, te biti prisutni ili odsutni
tokom iste, ali je moguće da ovisnost o kockanju pret-
hodi drugim poremećajima, osobitno anksioznim i po-
remećajima uzimanja psihoaktivnih supstanci. S obzi-
rom da je zdravlje kod ovisnika o kockanju općenito
narušeno, u odnosu na opštu populaciju, kod ovisnika
o kockanju su češće zastupljene i druge medicinske
dijagnoze poput tahikardije i angine (Američka psihi-
jatrijska udruga, 2014).

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagno-
stički i statistički priručnik za duševne poremećaje*,
peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Ashley, L. L., & Boehlke, K. K. (2012). *Pathologi-
cal gambling: A general overview*. Journal of psyc-
hoactive drugs, 44(1), 27-37.
3. Bodor, D. (2018). *Usporedba psihosocijalnog funk-
cioniranja ovisnika o alkoholu i ovisnika o kocka-
nju*, Doktorska disertacija, Zagreb: Stomatološki
fakultet.
4. Forentzy, P. & Turner, N. (2012). *The history of pro-
blem gambling: Temperance, substance abuse, me-
dicine, and metaphor*. Journal of Gambling Issues,
27(2), 86-91.
5. Jacobs, D. F., Marston, A. R., Singer, R. D., Wida-
man, K., Little, T., i Veizades, J. (1989). *Children of
problem gamblers*. Journal of Gambling Behavior,
5(4), 261-268.
6. Kozjak, B. (2008). *Religija i kockanje*. Socijalna
Ekologija: Časopis za ekološku misao i sociologij-
ska istraživanja okoline. 17(3), 263-283.
7. Kozjak, B. (2016). *Kockanje - Od dokolice do soci-
jalne patologije*, Zagreb: Tim press.
8. Lesieur, H. R., i Custer, R. L. (1984). *Pathologi-
cal Gambling: Roots, Phases, and Treatment*, The
ANNALS of the American Academy of Political
and Social Science, 474 (1).
9. Hasanović, M., i Pajević, I. (2019). *Između igre i
ovisnosti: Problematično i patološko kockanje*,
[https://www.kockajezlo.ba/izmedju-igre-i-ovisno-
sti-problematicno-i-patolosko-kockanje/](https://www.kockajezlo.ba/izmedju-igre-i-ovisno-
sti-problematicno-i-patolosko-kockanje/), pristuplje-
no 25.04. 2021. godine.
10. National Research Council. (1999). *Pathological
Gambling: A Critical Review*. Washington, DC: The
National Academies Press. Preuzeto s <https://www.nap.edu/catalog/6329/pathological-gambling-a-critical-review>.
11. Petry, N. M. (2005). *Pathological Gambling: Etio-
logy, Comorbidity, and Treatment*. Washington DC:
American Psychological Association.
12. Potenza, M. N. (2008). *The neurobiology of patho-
logical gambling and drug addiction: an overview
and new findings*. Philosophical Transactions of
the Royal Society: Biological Sciences, 363(1507),
3181-3189.
13. Raylu, N., & Oei, T. P. (2004). *Role of culture in
gambling and problem gambling*. Clinical Psycho-
logy Review, 23(8), 1087 – 1114.
14. Torre, R. (2017). *Kockanje – kako protiv ovisnosti*,
Zagreb: Profil Knjiga.

ALKOHOLIZAM-BOLEST CIJELOG DRUŠTVA

Lejla Šaćirović, MA psih., psiholog

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Alkoholizam je hronična i recidivirajuća bolest koja nastaje zbog dugotrajnog i prekomjernog unosa alkoholičnih pića u organizam. Alkoholizam predstavlja psihički poremećaj koji mijenja način na koji mozak funkcionira i dovodi do niza patoloških procesa. Poriv koji se javlja kod konzumenata za hroničnom pretjeranom konzumacijom alkohola dovodi do povećane tolerancije, te pojave apstinencijskih simptoma što udruženo vodi ka ovisnosti o alkoholu.

Alkohol na početku konzumiranja izaziva efekt ugođe, oslobađa pojedinca kočnica i pruža osjećaj svemoći i bezbrižnosti što osobu navodi da to ponašanje učestalo ponavlja. Međutim, tokom daljnjeg pijenja početno stimulativno dejstvo alkohola se gubi i do izražaja dolazi njegovo depresivno dejstvo. Alkoholizam predstavlja javnozdravstveni problem što znači da ovo nije samo bolest pojedinca nego bolest cijelog društva u kojem velike posljedice osjete svi članovi zajednice, a naročito porodica alkoholičara.

Ključne riječi: alkohol, alkoholizam, ovisnost, porodica

Uvod

Živimo u društvu i izazovnom vremenu kada je konzumacija alkohola sveprisutna pojava. Osobe različitih spolova, dobni skupina i socijalnog statusa posežu za alkoholom. Uzroci početka pijenja alkohola su različiti, a neki od njih su vaspitni stilovi roditelja, želja za eksperimentisanjem i novim iskustvima, pritisak okoline, ali i želja za bijegom od stvarnosti i problema. Alkoholizam je bolest ovisnosti koja ne nastupa odjednom, već postepeno i dugo vremena može biti neprimjetna okolini i samom pojedincu. Neprekidnim pijenjem alkohola, kod osobe se polako ali sigurno razvija alkoholizam. Gubi se prvobitni osjećaj ugođe, bez alkohola nastaje apstinencijska kriza, te pojedinac više ne pije što želi nego što mora.

Pijenje alkohola utječe i na tijelo i na dušu alkoholičara, odnosno, nastaju tjelesne i psihičke posljedice alkoholizma.

Alkohol vremenom napada sve organe, a naročito stradaju srce, jetra i nervni sistem. Alkoholizam je dobrovoljna prečica do smrti jer je alkohol uzrok mnogih oboljenja koja su teško izlječiva (Daus-Šebedak, 2016).

Psihičke posljedice alkoholizma očituju se u poremećaju psihičkih funkcija kao što su pad koncentracije, česte i nagle promjene raspoloženja, promjene karaktera, ličnosti, te psihotični poremećaji koji su najteže psihičke posljedice alkoholizma.

Da bi osoba ušla u proces liječenja potrebno je prepoznati znakove koji ukazuju na problem.

Neki od ranih znakova za prepoznavanje alkoholne ovisnosti su:

- nesavladiva želja za konzumiranjem alkohola,
- gubitak kontrole tj. nemogućnost prestanka konzumacije alkohola (ne može se zaustaviti nakon jednog pića),
- trošenje prevelike količine novca na piće,
- nepriznavanje i negiranje postojanja problema s pijenjem,
- jutarnje ispijanje alkohola da bi se mogao normalno započeti dan,
- zanemarivanje svakodnevnih obaveza (Hudolin, 1991).

Svi ovi znakovi ukazuju na postojanje problema, te traženje stručne pomoći za sebe ili osobe iz svoje okoline je prvi i najznačajniji korak ka oporavku.

Zašto ljudi konzumiraju alkohol?

Kada govorimo o alkoholu vrlo često se nameće pitanje zašto ljudi konzumiraju alkohol. Jedan od glavnih problema česte konzumacije alkohola jeste njegova laka dostupnost i uvriježeno mišljenje da je pijenje još uvijek društveno prihvatljiv, pozitivan i poželjan oblik ponašanja. Mlade generacije se sve više odgajaju u ambijentu gdje je alkohol neizostavan dio svake proslave i obilježavanja bitnih datuma. Među mladom generacijom stvara se generalizirani osjećaj da je al-

kohol bezopasno sredstvo bez kojeg lijep ugođaj nije moguć. Konzumacija alkohola česta je posljedica želje mladih da postignu osjećaj pripadnosti grupi. Nevidljivi pritisak koji osjete od strane svojih vršnjaka koji konzumiraju alkohol utječe na mlađu populaciju da se teško odopru ovoj vrsti utjecaja.

Djeca uče po modelu tj. posmatrajući roditelje koji često konzumiraju alkohol razvijaju uvjerenje da je alkohol sastavni dio svakodnevnice i da ne predstavlja nikakav problem niti opasnost što, prema istraživanjima, povećava vjerovatnoću da će i djeca biti konzumenti alkohola, po uzoru na svoje roditelje ili druge osobe iz bliže okoline.

Konzumiranje alkohola je vrlo često maladaptivan odgovor na životne situacije i okolnosti za koje pojedinac u određenom životnom momentu nema adekvatno rješenje. Naime, pojedinac u situaciji koju percipira kao bezizlaznu i nerješivu poseže za alkoholom u nadi da će to biti bijeg od problema. Međutim, često nesvjesni posljedica takvog ponašanja, pojedinci upadaju iz jednog u drugi, još složeniji problem. Tada nastaje začarani krug iz kojeg se teško izlazi ako u taj proces nisu uključeni multidisciplinarni timovi obučeni da pomognu ovisnim osobama.

Prema Massinganu (Štifanić, 2005), glavni socio-kulturni uzroci alkoholizma su:

- prerano zasnivanje obitelji,
- nepoznavanja učinka alkohola,
- uvjeti posla,
- uvjeti stanovanja,
- ritual aperitiva,
- podnošenje alkohola kao znak muškosti.

Značaj razvoja samopouzdanja i ispravne slike o sebi u prevenciji ovisnosti

Samopoštovanje djeteta predstavlja odraz poštovanja roditelja prema samom sebi, prema partneru i prema samom djetetu (Carlson, 2000). Temelj svakog zdravog razvoja ličnosti je zdrava primarna porodica i zdravo bazično okruženje u kojem dijete odrasta. Istraživanja su pokazala da percepcija mladih u odnosu na ponašanje roditelja prema njima nije uvijek u pozitivnog korelaciji sa onim kako se roditelji zaista ponašaju. Dakle, roditelji svojim ponašanjem trebaju slati jasne, nedvosmislene poruke, te održavati dosljednost u odlukama koja se odnose na odgoj djeteta. Pored poštovanja od strane roditelja, djeca imaju potrebu da isto osjete i od strane svojih vršnjaka, profesora i drugih osoba s kojima su u stalnom kontaktu.

Odvajanje od roditelja predstavlja period kada djeca počinju prolaziti kroz različite razvojne faze (Komarić, 2009), a to su:

1. Faza opozicije (u ovoj fazi poslušno dijete postaje buntovno i odbija slušati roditelje),
2. faza afirmacije (dijete mijenja izgled, stil oblačenja, frizuru),
3. faza inercije (faza kada mladi ljudi dolaze u svijet odraslih).

Zadovoljni, samopouzđani i stabilni adolescenti spremniji su oduprijeti se izazovima kao što je eksperimentisanje s drogama i rizičnim ponašanjima. S toga, razvoj asertivnog ponašanja tokom djetetovog odrastanja predstavlja jedan od osnovnih alata za djetetovo zdravo, adekvatno nošenje sa izazovima koji mu predstoje kroz faze odrastanja.

Pored bazične porodice, u razvoju samopouzdanja i stabilne ličnosti jako važnu ulogu ima i obrazovni sistem u kojem učenik treba biti u središtu, te u stalnoj, otvorenoj komunikaciji i pod budnim okom autoriteta kao što su pedagozi i profesori. Pravilna informisanost učenika o štetnostima alkohola i opojnih droga, te o posljedicama konzumiranja je preduvjet za formiranje zdravog i pravilnog stava o ovom problemu. Institucionalna podrška od strane nadležnih da se razviju adekvatni i svrsishodni programi prevencije je neophodna da bi rezultat bio što uspješniji.

Alkoholizam kao javnozdravstveni problem

Alkohol je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema. Upotreba i potrošnja alkohola povećava se u svim zemljama svijeta što doprinosi bržem razvoju alkoholizma kao jednoj od vodećih bolesti ovisnosti u svijetu. Alkoholizam nije samo bolest pojedinca, to je javnozdravstveni problem koji razara porodicu, socijalne odnose, dovodi osobu u stanje potpune nefunkcionalnosti i radne nesposobnosti. Alkohol osobu pretvara u socijalno nezrelu ličnost koja bježi od odgovornosti, pretvara ga u egoistu koji je fokusiran isključivo na zadovoljenje svojih potreba. Razvoj alkoholizma kod jednog člana porodice ugrožava cijeli porodični sistem, njegovo funkcionisanje ali i sam opstanak porodice (Kittleson, 2005). Alkoholizam kao javnozdravstveni problem ostavlja velik utjecaj i nanosi štetu cjelokupnom društvu (Daus-Šebedak, 2016). Ovisnik o alkoholu, fokusirajući se na zadovoljenje svojih potreba za alkoholom, zanemaruje porodične, poslovne i građanske obaveze, ali svojim ponašanjem pod utjecajem alkohola u opasnost dovodi druge po-

jedince što može imati fatalne posljedice po živote građana (agresivno ponašanje, vožnja automobila pod utjecajem alkohola, itd.). Konzumacija alkohola jedan je od značajnih uzročnika smrti kako zbog same konzumacije, tako i zbog spleta okolnosti u kojima osoba može postati žrtva nasilničkog ponašanja alkoholizirane osobe. Kako je alkoholizam javnozdravstveni problem, tako se nameće zaključak da prevencija bolesti ovisnosti o alkoholu ne smije ostati u okvirima samo rizičnih skupina nego treba biti zastupljena u široj zajednici kroz programe koji su strateški osmišljeni multidisciplinarnom saradnjom obrazovnih, zdravstvenih, nevladinih i vladinih institucija. Prevencija ima tri razine djelovanja, a to su:

- primarna prevencija koja se koristi društvenim, hemijskim i biološkim procedurama,
- sekundarna prevencija se provodi putem medicinskih ili društvenih sredstava kako bi se spriječile najjače posljedice alkoholizma,
- tercijarna prevencija podrazumijeva rehabilitacijske napore prema hroničnom alkoholičaru (Štifanić, 2005).

Zaključak

Pristup alkoholizmu, kao jednom od glavnih uzročnika smrti direktnim ili indirektnim djelovanjem, podrazumijeva kako adekvatan, strateški osmišljen tretman liječenja tako i preventivne programe koji mogu imati bolji rezultat sprječavajući nastanak ove bolesti od

samog procesa liječenja kada se sama bolest razvije. Osvještavanje spoznaje o pogubnosti alkoholizma po zdravlje ovisnika ali i po zdravlje njegove porodice i bliže okoline ključan je faktor za preveniranje razvoja alkoholizma. Laka dostupnost alkoholnih pića doprinosi povećanju konzumacije istog, te laka dostupnost odaje utisak normalnosti, pa se konzumacija alkohola doživljava kao općeprihvaćeno, poželjno ponašanje. Institucionalna saradnja svih učesnika u kreiranju zdravijeg i sigurnijeg ambijenta življenja ključan je faktor za smanjenje broja oboljelih od bilo koje bolesti ovisnosti, pa tako i od alkoholizma.

Literatura:

1. Carlson D., *Counseling and self-esteem: Resources for Cristian Counseling*. Vol XIII World Publishing: Dallas, 2000.
2. Daus-Šebeđak D., (2016). *Zašto su se ovog čovjeka svi odrekli u obitelji?* Med Fam Croat Vol 24, No1.
3. Hudolin V., (1991). *Alkoholizam-Stil života alkoholičara*. XII Izdanje. Školska knjiga: Zagreb, 1991.
4. Kittleson M., *The Truth about Alcohol*. Fact on File, Inc.: New York, 2005.
5. Komarica V., (2009). *Teškoće učenja i prilagodbe na školu ne prestaju s adolescencijom*. Medicus Vol 18 No2
6. Štifanić M., (2005). *Alkoholizam i društvene znanosti*. Medicinski fakultet Rijeka

ZNAČAJ VRŠNJAČKE EDUKACIJE ZA UČENIKE

Doc.dr. **Meliha Brdarević- Šikić**

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Javna zdravstvena ustanova Zavod za bolesti ovisnosti već dugi niz godina radi projekte koji se tiču vršnjačke edukacije među mladima. Ovakvi projekti najčešće su rađeni u srednjim školama. Prvi projekat koji je obuhvatio učenike osnovne škole rađen je u jednoj osnovnoj školi u Zenici. Iskustva iz ovog Projekta govore u prilog tome da je ovakav vid edukacije potreban u osnovnim školama. U radu su predstavljeni rezultati anketiranja učenika prije edukacija i nakon edukacija, kao i sam koncept projekta i rada.

Uvod

Bolesti ovisnosti predstavljaju značajan problem kako za pojedinca, tako i za porodicu ali i društvo u cjelini. Ovisnost, kao hronična i recidivirajuća bolest, ne nastaje odjednom i iznenada. Ona je posljedica nepravilne informisanosti, negativnog utjecaja sredine, izostanka podrške i kohezivnosti unutar porodice, neprorađenih traumatskih iskustava, te nedostatka ličnih kapaciteta koji bi bili štit u odbrani od pritisaka vršnjaka ili okoline koja pojedinca želi uvući u svijet ovisnosti. Bolesti ovisnosti zahvataju sve segmente populacije, ostavljajući brojne posljedice na fizičko i psihičko zdravlje, radnu sposobnost, te odnose u porodici i zajednici. Pored pravilne informisanosti, značajnu ulogu igra jačanje osobnih kapaciteta pojedinca da se odbrani od negativnih izazova kojima smo sve češće okruženi. Kako bi preventivne aktivnosti na temu razvoja ovisnosti i neželjenih oblika ponašanja imale efekta, od velikog je značaja implementacija svih preventivnih aktivnosti kroz škole u direktnom radu s učenicima. Tokom pandemije Covid-19, zabilježen je porast zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, kao i prekomjerna upotreba interneta i društvenih mreža, što za posljedicu ima pojavu anksioznosti kod mladih, pretjeranu socijalnu izoliranost koja vodi ka depresivnim stanjima i nerazvijanje adekvatnih mehanizama suočavanja s problemima s kojima se mladi susreću. Upravo, navedene činjenice dovele su do ideje projekta „Edukacije edukatora Osnovne škole u Zenica, a poseban akcenat stavljen je na upoznavanje učenika sa

negativnim posljedicama ovisnosti i važnosti primarne prevencije ovisnosti. Cilj projekta jeste i osvijestiti roditelje učenika o ovome problemu, te smo projektom predvidjeli da sva iskustva i dobijene rezultate prezentujemo Vijeću roditelja škole, kako bi se i sami uključili u rješavanje ove problematike. Projekat je interesantan iz razloga jer smo do sada ovakve projekte realizovali isključivo u srednjim školama na području ZDK.

Metode i tehnike realizacije projekta

Tim Odjeljenja prevencije Zavoda izradio je projekat kojim su jasno definisati aktivnosti na koje se odnosi edukacija mladih edukatora. Projekat je usmjeren na saradnju JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona i Osnovne škole u Zenica, a prilagođen je epidemiološkim uslovima izazvanim pandemijom. Projektom su obuhvaćeni učenici sedmih, osmih i devetih razreda.

Za potrebe projekta konstruisan je upitnik za ispitivanje učestalosti upotrebe i konzumacije određenih sredstava ovisnosti, kao što je alkohol, cigarete, marihuana i internet. Upitnik su učenici ispunjavali prije edukacija. Isti upitnik je ponovljen nakon svih sprovedenih edukacija, kako bismo dobili podatke da li su učenici svjesni problema i da li su se određena ponašanja i stavovi o ovim problemima promijenili. Odnosno, da li su učenici svjesni opasnosti konzumiranja i eksperimentisanja sa hemijskim ovisnostima i uticaja i izazova ovisnosti kada je riječ o nehemijskim ili bihevioralnim ovisnostima.

Od strane stručnih lica Odjeljenja prevencije izvršene su edukacije učenika edukatora, Odnosno Vijeća učenika OŠ „Vladimir Nazor“ Zenica. Edukacija se odnosila na dvije radionice u trajanju od jednog sata, na kojima su učenici bili edukovani od strane stručnih lica Zavoda o opasnostima prekomjerne upotrebe i eksperimentisanja sa hemijskim i nehemijskim ovisnostima. Edukacija se odnosila i na pripremu radionice od strane učenika edukatora zajedno sa stručnim licima Zavoda. Nakon toga edukatori su edukovali sve sed-

me, osme i devete razrede u svojoj školi, uz prisustvo, nadzor i pomoć od strane stručnih lica Zavoda koji se bave primaornom prevencijom ovisnosti. Nakon završetka svih edukacija učenici su ponovo ispunjavati upitnik, sa istim pitanjima sa početka projekta. Odgovori učenika uneseni su u statistički program SPSS, te je izvršiti analiza i usporedba odgovora na početku i po završetku samog projekta.

Rezultati anketiranja

Prvim anketiranjem obuhvaćen je 127 učenik a ponovljenim 121 učenika sedmih, osmih i devetih razreda. Na prvom anketiranju na pitanje „Da li ste u posljednjih tri mjeseca konzumirali cigarete“ 3 učenika je odgovorili sa da, dok je 124 učenika odgovorilo sa ne. Ponovljenim anketiranjem, zbog vremenskog okvira realizacije projekta, preformulisali smo pitanja na to da li su određene supstance konzumirali u posljednji mjesec dana. Potvrđan odgovor na ovo pitanje dala su tri učenika dok su negativan odgovor na ovo pitanje dalo 117 učenika. Dakle, broj učenika koji konzumiraju cigarete je ostao isti. Na pitanje „Da li su u posljednja tri mjeseca konzumirali alkohol“ prvim anketiranjem 3 učenika su navela da su konzumirala alkohol, dok se ponovljenim anketiranjem taj broj smanjio na dva učenika. Na pitanje „Da li su u posljednja tri mjeseca konzumirali marihuanu“ prvim anketiranjem dva učenika nisu dala odgovor na ovo pitanje dok je 125 učenika navelo da nije. Ponovljenim anketiranjem samo jedan učenik je naveo da je konzumirao marihuanu, nije bilo učenika koji nisu odgovorili na ovo pitanje, a 120 učenika je navelo da nije konzumiralo marihuanu. Smatramo da su edukacije bile važne i po pitanju toga da su učenici otvoreniji u odgovorima. Na pitanje „Da li su njihovi prijatelji u posljednja tri mjeseca konzumirali cigarete“ prvim anketiranjem 24 učenika su odgovorila DA, dok je ponovljenim anketiranjem 23 učenika odgovorilo potvrdno. Na pitanje „Da li su Vaši prijatelji u posljednja tri mjeseca konzumirali alkohol“ prvim anketiranjem 13 učenika je odgovorilo sa da, dok je ponovljenim anketiranjem 11 učenika odgovorilo potvrdno. Na pitanje „Da li su do sada prisustvovali nekoj edukaciji o štetnosti upotrebe duhana, alkohola i marihuane“ prvim anketiranjem 38 učenika je odgovorilo potvrdno, dok je ponovljenim anketiranjem potvrdno odgovorilo 99 ili 81,8% učenika. Na pitanje „Smatrate li da su edukacije iz oblasti ovisnosti potrebne učenicima?“ prvim anketiranjem potvrdno su odgovorila 82 učenika a ponovljenim anketiranjem 95 učenika. Kada je riječ o tome koliko sati učenici provedu na internetu

rezultati su slijedeći; Prvim anketiranjem do dva sata na internetu je provodilo 16 učenika a ponovljenim 19, prvim anketiranjem dobili smo podatak da do šest sati na internetu provede 25 učenika, dok je ponovljenim anketiranjem taj broj iznosio 18. Da na internetu provedu do 4 sata dnevno prvim anketiranjem izjasnila su se 52 učenika a ponovljenim anketiranjem 48 učenika. Dakle, anketiranjem smo dobili podatak da se učenici izjašnjavaju da znatno manje koriste internet. Ovi podaci idu u prilog činjenici da učenici ne smatraju internet sredstvom ovisnosti i da su otvoreniji u razgovoru o temi interneta. Kada je riječ o spasticama kao što su cigarete, alkohol i marihuana anketiranjem smo dobili da je taj broj gotovo neznatno smanjen. Međutim, u radu na edukacijama i razgovoru sa učenicima došli smo do podatka da je broj učenika koji je proba cigarete, alkohol, pa čak marihuanu znatno veći nego što su učenici priznali odgovarajući na anketu, iako je anketa bila anonimna. Također, daljnjom statističkom analizom rezultata dobili smo podatak da razred u koji učenici idu i procenat društva koji konzumira cigarete i alkohol utiče na podatak da li i sami učenici konzumiraju cigarete i alkohol.

Zaključak

Kroz edukacije sa učenicima došli smo do informacija i zaključaka da su učenici otvoreniji u izravnoj komunikaciji i da iskrenije odgovaraju na pitanja u odnosu na anketiranje, iako je anketa bila anonimna. Također, zaključak je da su edukacije iz oblasti ovisnosti i rizičnih oblika ponašanja među mladima puno efikasnije i kvalitetnije kada ih stručna lica rade zajedno sa vršnjacima. Sa ovom činjenicom složilo se preko 90% učenika.

Nadalje, učenici ovakve vrste edukacija smatraju zanimljivim i korisnim.

Literatura

1. Bognar L, Pedagoški aspekt problema ovisnosti kod mladih. Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera: Osijek; 2005. 2 (1)
2. Nikčević-Milković A, Rupčić A. Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika u svrhu planiranja prevencije problema u ponašanju djece i mladih. Odjel za nastavničke studije: Gospić; 2013. 21 (1)
3. Brown, G. (2007). Identifying and exploring young people's experiences of risk, protective factors and resilience to drug use. Technical report, Home Office Development and Practice Report, online report, Home Office, London.
4. URL:<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/dpr47.pdf>

PSIHOSOCIJALNE OSOBINE HEROINSKIH OVISNIKA LIJEČENIH NA ODJELJENJU ZA STACIONARNI DETOKS

mr. **Emina Babić**; dr.sc. **Nermana Mujčinović**

JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona

Sažetak

Ovisnost o heroinu uništava tjelesno i psihološkog zdravlje, socijalne odnose i cjelokupan život ovisnika. Liječenje heroinskih ovisnika spada u jedan od najtežih izazova savremene medicine, a svi se slažu da je to veoma složen i dugotrajan proces.

Na Odjelenju za stacionarni tretman-detoks JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona se zadnjih 14 godina uspješno liječe ovisnici o heroinu. Ovo istraživanje ima za cilj dati odgovor na pitanje kakve su psihosocijalne osobine heroinskih ovisnika koji se stacionarno liječe, da bismo na osnovu njih mogli kreirati ciljane socijalne i psihološke programe liječenja.

Ključne riječi: ovisnost o heroinu, psihosocijalne karakteristike, stacionarni detoks.

Uvod

Ovisnosti o heroinu se javlja kao snažan psihološki nagon za uzimanjem heroina. Prema Međunarodnoj statističkoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, heroinska ovisnost smještena je u grupu duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih supstanci. Razvoj tolerancije dovodi do potrebe povećavanja unesene količine kako bi se postigao željeni početni učinak, a time ovisnost sve više raste. Medicinski aspekt liječenja najčešće podrazumijeva uvođenje substitucione terapije, a zatim detoksifikaciju i uspostavljanje apstinencije. Psihološko-socijalni aspekt liječenja podrazumijeva savjetodavni rad kako sa ovisnicima tako i sa njihovim porodicama, kao i rad na povećanju motivacije za liječenjem.

Liječenje heroinske ovisnosti treba započeti što je mo-

guće ranije, te identifikovati psihosocijalne aspekte koji su u osnovi kompleksne kliničke slike ciljane grupe.

Na Odjelu za stacionarni detoks JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona se zadnjih 14 godina uspješno liječe ovisnici o heroinu. Ovo istraživanje ima za cilj dati odgovor na pitanje kakve su psihosocijalne osobine heroinskih ovisnika koji su iskazali želju da se stacionarno liječe, da bismo na osnovu njih mogli kreirati ciljane socijalne i psihološke programe liječenja.

Metoda

Uzorak prikupljen za ovo istraživanje se sastojao od 1 žene i 59 muškarca, prosječne dobi od 35,07 godina liječenih u periodu od 4 godine na Odjelenju za stacionarni detoks JZU Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona. Prosječna dužina trajanja ovisnosti o narkoticima je u ovom uzorku 14,92 godina. Podaci su dobijeni kroz Upitnik općih podataka kojeg su pacijenti samostalno popunjavali u toku boravka na liječenju.

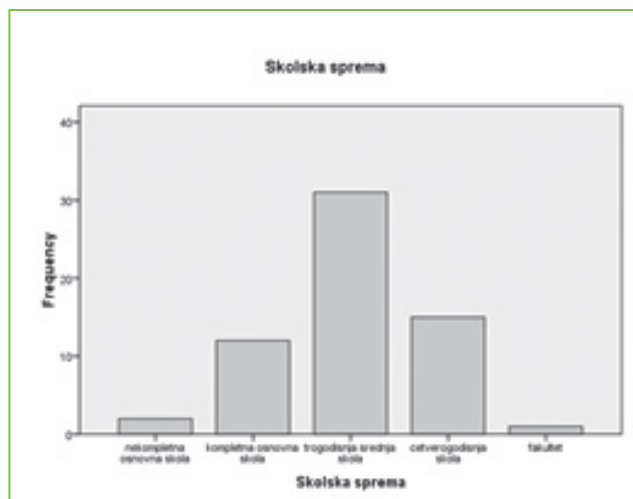
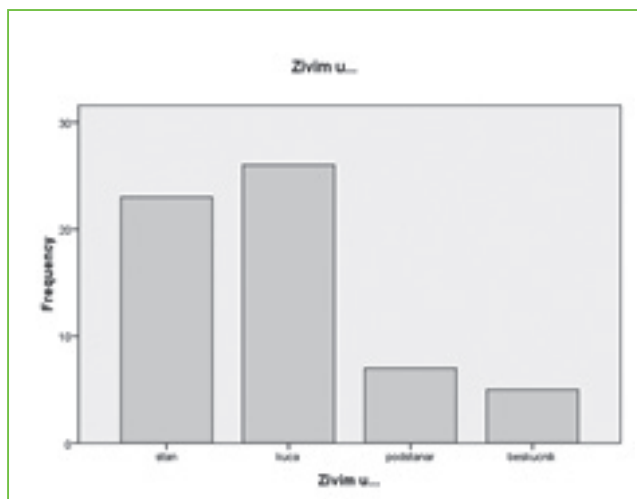
Uzorkom su bili obuhvaćeni heroinski ovisnici sa medicinskom dijagnozom ovisnosti o heroinu, a koji su na dobrovoljnom liječenju u Zavodu za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u stacionarnom dijelu. Uzorak je prigodni, te zbog toga nema osobine statističkog slučajnog uzorka koji se ponaša u skladu sa teorijom vjerovatnosti i u kojem se može uspješno kontrolisati pogreška. Dodatni nedostatak odabira uzorka je da su obuhvaćeni isključivo pacijenti koji su dobrovoljno prihvatili testiranje, te time dodatno pokazali svoju motiviranost za saradnju i liječenje.

Rezultati

Rezultati su pokazali da najveći broj ispitanih živi u

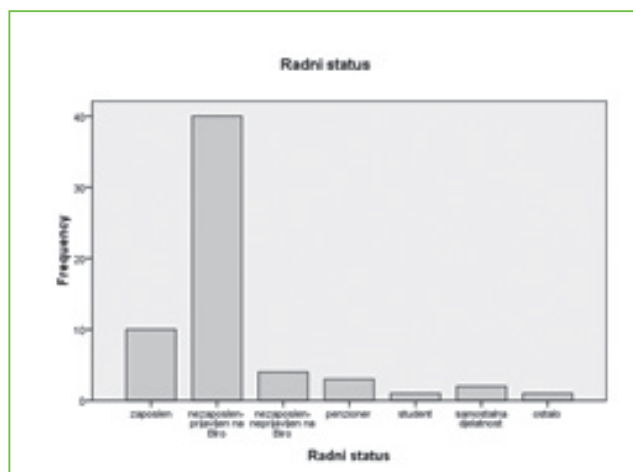
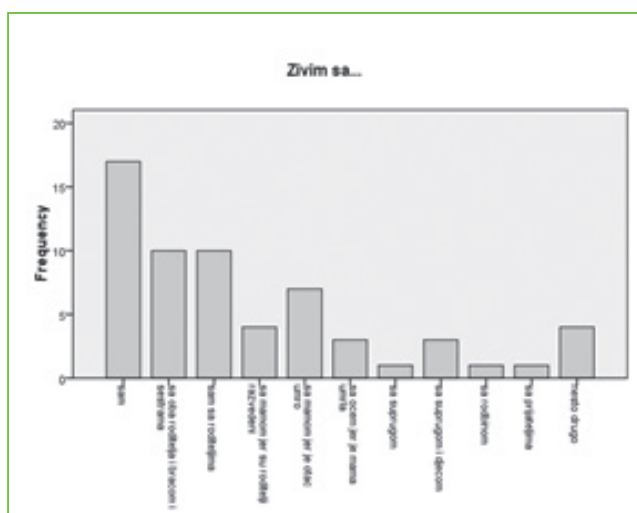
kući ili stanu ali dva ispitanika su beskućnici. To su heroinski ovisnici koji su u potrazi za novcem za heroin prodali apsolutno svu svoju imovinu i žive na ulici.

Od ukupnog broja 47 njih je završilo srednjoškolsko obrazovanje, a većina je birala trogodišnje srednje škole.

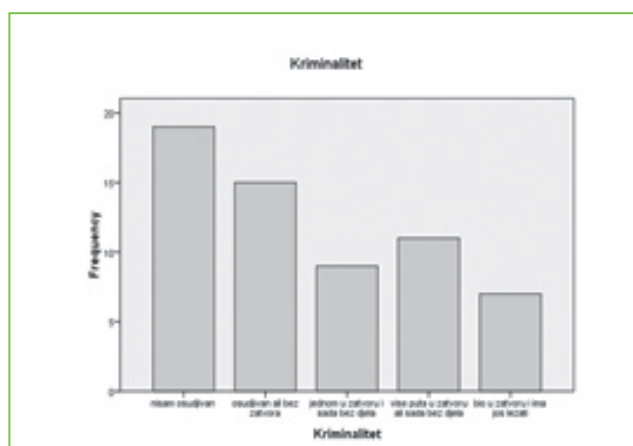
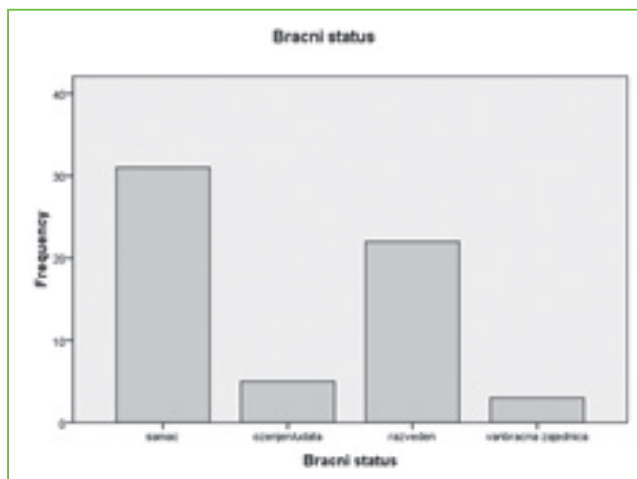


Među heroinskim ovisnicima je najviše samaca, te ih veliki broj, bez obzira na svoju hronološku dob, još uvijek živi sa roditeljima. Samo njih 5 je u braku, a veliki broj iza sebe ima razvod.

Najveći broj heroinskih ovisnika je nezaposlen (42 ispitanih), dok je zaposleno samo njih 9.



Velika većina ispitanih se izjasnila da iza sebe ima kriminalanu prošlost (43), a samo njih 17 do sada nisu bili osuđivani.



Diskusija

Distribucija rezultata nam jasno pokazuje da su heroinski ovisnici koji se liječe na Odjeljenju za stacionarni detoks duboko obilježeni ovom bolešću: iza sebe imaju kriminalnu prošlost, veoma često ostaju sasvim sami (razvedeni, bez porodice), a neki od njih su materijalno potpuno uništeni (beskućnik). Gotovo redom su nezaposleni, neki i neprijavljeni u Zavod za zapošljavanje te se kroz ovo može zaključiti da će mnogi od njih ostati trajno na skrbi države.

Sve ovo ukazuje na potrebu da se još dublje radi na preveniranju ove bolesti, a takođe, na što bržem uključivanju u proces liječenja i rehabilitacije onih koji su već heroinski ovisnici. Potrebno je kreirati širok medicinski, psihološki i socijalni odgovor pri pojavi svih negativnih psihosocijalnih aspekata oboljenja.

LITERATURA

1. Darke, Shane, Wayne Hall, Don Weatherburn, Bronwyn Lind. (1999). Fluctuations in heroin purity and the incidence of fatal heroin overdose. *Drug alcohol depend* 1999; 54:155–61.
2. De Leon, George, Gerald Melnick, David Kressel, Nancy Jainchill (1994), Circumstances, motivation readiness, and suitability (The CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *Drug and alcohol abuse*, 20(4), str. 495–515.
3. De Weert-Van Oene, Gerdien, Gerald Schippers, Cor De Jong, Guus Schrijvers (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. *European addiction research*, 8, 2–9.
4. Mujčinović, Nermana (2020), *Profili ličnosti, sklonost prema samohendikepiranju i percepcija socijalne podrške zavisnika o heroinu kao prediktori istrajnosti u liječenju* – Neobjavljena doktorska disertacija. Univerzitet u Banja Luci.
5. Nastasić Petar., (2012). Bolesti zavisnosti – terapijske mogućnosti i klinička realnost. *Arhiv za farmaciju*. vol. 62, br. 2, str. 165–178.
6. Orlin, Lois, Margaret O'Neill, Jennifer Davis (2004), Assessment and intervention with drug abusing clients in psychiatric settings, u Straussner, Shulamith Lala Ashenberg, ur., *Clinical social work with substance abusing clients* (rev.ed.) NY, New York: Guilford Press.
7. Sinanović, Osman, (2001), *Ovisnost o drogama – uzroci i posljedice, prevencija i liječenje – Multidisciplinarni pristup*, HARFOGRAFI, Tuzla.
8. Straussner, Shulamith Lala Ashenberg (2004), Clinical work with substance-abusing clients, u Straussner, Shulamith Lala Ashenberg, ur., *Clinical social work with substance abusing clients* (revidirano izdanje). NY, New York: Guilford Press.
9. UNDP, Federacija BiH, Global Fund (2014). Opioidna supstitucijska terapija (OST) – Vodič za osoblje kazneno-popravnih ustanova. Sarajevo, 2014.
10. Preuzeto sa:
11. <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2019/01/Vodi%C4%8D-za-osoblje-KPZ-OST-terapija.pdf>
12. Vručinić, Žana (2012), Socijalna podrška i nezaposlenost. *Defendologija; Teorijsko-stručni časopis za pitanja zaštite, bezbjednosti, odbrane, obrazovanja, obuke i osposobljavanja*. Vol. 31(15). str. 76–82.
13. World Health Organisation – WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: WHO.
14. World Health Organisation – WHO (2010). *Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, Beograd

METADON I SUBOXONE U TERAPIJI BOLESTI OVISNOSTI

Lana Fežić, mr. ph.

JZU Zavod za bolesti ovisnosti ZDK

SAŽETAK

Ovisnost kao mentalni poremećaj treba promatrati kao stanje promijenjene funkcije mozga. Napredak neuroznanosti i otkriće novih psihofarmaka u znatnoj mjeri su unaprijedili rezultate tretmana kod brojnih oblika ovisnosti. Psihoaktivni farmaci, a posebno oni koji interferiraju sa opijatskim receptorima unijeli su novu dimenziju u tretmanu bolesti ovisnosti. U nastavku ovog rada ćemo nastojati detaljnije objasniti pojedinačno primjenu Metadona i Suboxonea u terapijske svrhe, te njihove razlike u liječenju bolesti ovisnosti.

Ključne riječi: Metadon, Suboxone, liječenje bolesti ovisnosti

UVOD

Ovisnost o opijatima je stanje neodoljive potrebe za opojnom drogom, hronična je bolest mozga do koje dolazi ponavljajućim izlaganjem sredstvu ovisnosti, a čiji učinci u odmakloj fazi dovode do najčešće ireverzibilnih promjena u određenim regijama mozga. Sva sredstva ovisnosti različitim mehanizmima dovode do povećanja koncentracije dopamina u moždanim regijama za nagradu. Opijati i opioidi aktivirajući opioidne receptore, dovode do povećanja koncentracije dopamina. (Volkow i sur., 2019).

Bitno je razjasniti određene pojmove koji se u engleskom jeziku razlikuju, dok se u bosanskom jeziku stavljaju zajedno pod zajednički pojam „ovisnost“, a to su „dependence“ i „addiction“. „Dependence“ ovdje predstavlja stanje prilagođavanja organizma na primjenu supstance pojavom tolerancije te sindromom ustezanja, odnosno fizičkim simptomima koji se pojavljuju uslijed naglog prekida primjene supstance. S druge strane, „addiction“ predstavlja ovisnost u punom smislu riječi, odnosno označava kompulzivnu, relapsirajuću upotrebu droge s psihičkom konotacijom, uprkos negativnim posljedicama. (Katzung, 2018).

Metadon i Suboxone (buprenorfin/nalokson) su u našoj zemlji trenutno jedina odobrena supstitucijska metoda liječenja ovisnika i njihovo uvođenje je omogućilo mnogim ovisnicima relativno normalno funkcionisanje u socijalnom okruženju. Dostupnost ovih lijekova

utjecala je na društvo koje je ovisnost počelo doživljavati kao bolest koja se može (iz)liječiti, a ovisnike kao bolesnike kojima je potrebno liječenje. Ovisnici su dobili šansu vratiti se u relativno normalan život, postati socijalno aktivni, zarađivati i normalno funkcionisati u okruženju. Glavni problem liječenja ovisnosti je što ne postoji oblik terapije koji djeluje na sam fiziološki uzrok bolesti, odnosno dostupnim terapijskim opcijama nije moguće mijenjati kompleksne patofiziološke procese u pozadini ovisnosti kao hronične relapsirajuće bolesti mozga.

METADON

Metadon je sintetski analgetik koji djeluje kao potpuni agonist μ -opioidnih receptora (R-enantiomer) te kao antagonist glutamatnih N-metil-D-aspartat (NMDA) receptora (S-enantiomer). Metadon također djeluje i kao slabiji agonist κ -opioidnih receptora (KOR) te δ -opioidnih receptora (DOR). Metadon je potpuni agonist MOR (manji afinitet za receptor, ali veća intrinzična aktivnost od morfina) te kao takav postiže slične efekte kao ostali agonisti opioidnih receptora. Većina farmakoloških aktivnosti metadona rezultat su vezanja na spomenute receptore, a uključuju analgeziju, sedaciju, miozu, znojenje, hipotenziju, bradikardiju i konstipaciju. U većim dozama, što je slučaj kod predoziranja, postoji mogućnost respiratorne depresije te u krajnjem slučaju, smrtnog ishoda. Ove opasnosti očekivane su kod ilegalne upotrebe metadona, a oprez je potreban i kod uvođenja terapije te kod naglog povećanja doza (Ferrari i sur., 2004).

U Bosni i Hercegovini lijek Metadon je registrovan u obliku tableta, kapi i oralne otopine (<http://lijekovi.almbih.gov.ba:8090/SpisakLijekova.aspx>).

SUBOXON (buprenorfin/nalokson)

Buprenorfin je polusintetski opioid koji djeluje kao parcijalni agonist μ -opioidnih receptora. Ova posebnost parcijalnog agonizma omogućuje mu da se veže na opioidni receptor, aktivira ga, no uzrokuje samo parcijalnu intrinzičnu postreceptorsku aktivnost, dovoljnu da zaustavi simptome ustezanja, no nedovoljnu

da uzrokuje jaku euforiju koja je karakteristika potpunih agonista. Buprenorfin se s velikim afinitetom, uz sporu disocijaciju, veže na opioidni receptor, istiskuje molekule slabijeg afiniteta vezanja te aktivira receptor slabije nego što to čini opioid koji je pravi agonist. Značajno u ovom procesu je što, kad se postigne određena doza, učinci buprenorfina postižu plato (eng. ceiling effect). Drugim riječima, nakon postizanja maksimalnog učinka, dalje povećanje doze nije povezano s daljim povećanjem efekata, kako terapijskih, tako i neželjenih (www.naabt.org, Koehl i sur., 2019).

U Bosni i Hercegovini lijek Suboxon je registrovan u obliku transdermalnog flastera i sublingvalnih tableta (<http://lijekovi.almbih.gov.ba:8090/SpisakLijekova.aspx>).

RAZLIKE IZMEĐU METADONA I SUBOXONA

Metadon

Razlozi zbog kojih se metadon počeo primjenjivati u liječenju heroinske ovisnosti su njegove određene fizičko-hemijske i farmakokinetičke osobine. Kao vrlo lipofilna molekula, ima visoku bioraspoloživost koja iznosi od 70 do 80% (nakon oralne primjene) te dug poluživot koji varira, ovisno o individualnim karakteristikama pojedinca, od 7 do 59 sati. U visokom postotku vezan je za proteine plazme (70-90%), te podliježe sporom metabolizmu u jetri N - demetilacijom. Metadon se u najvećoj mjeri metabolizira u jetri i to posredstvom enzima CYP3A4, CYP2D6 i CYP2B6. Ovi enzimi učestvuju u metabolizmu velikog broja lijekova, što predstavlja potencijalni problem zbog mogućnosti mnogobrojnih interakcija u terapiji. Geni koji kodiraju za CYP2D6 i CYP2B6 podložni su brojnim polimorfizmima koji utječu na katalitičku aktivnost enzima i klirens lijeka, što može objasniti velike varijacije u brzini eliminacije metadona (od 4 do čak 130 sati). Većina metabolita metadona je farmakološki neaktivno ili slabo aktivno te zbog toga on ima manji rizik neurotoksičnosti u poređenju s ostalim opioidima. Osim u jetri, metadon se djelomično metabolizira već u procesu apsorpcije intestinalnim CYP3A4 enzimima (www.drugbank.ca).

Nakon apsorpcije te distribucije u tkiva, metadon suprimira simptome ustezanja ostalih opioida te žudnju za istim, na način da se sam veže na opioidne receptore. Uz to slabi toleranciju uzrokovanu opioidima mehanizmima vezanim uz anagonizam NMDA receptora. (Ferrari i sur., 2004).

Nuspojave koje se mogu javiti kao posljedica upotrebe metadona uključuju pospanost, kognitivne poremećaje, depresiju, glavobolju, znojenje, kroničnu konstipaciju,

ejakulatorne probleme. S hroničnom upotrebom, mogući su problemi sa spavanjem, menstrualne nepravilnosti te bol u zglobovima i kostima. Uočeno je da metadon produžuje QT interval, što je uz pomoć laboratorijskih istraživanja objašnjeno inhibicijom kalijevih kanala u srcu. U kombinaciji s nekim lijekovima postoji opasnost od pojave aritmija, što je češće slučaj kod primjene većih doza metadona (Lorman, 2014).

Zbog svog potpunog opioidnog učinka, metadon se često zloupotrebljava izvan ambulantne primjene kao droga za postizanje euforije. Osim vrlo česte zloupotrebe, problemi sa sigurnošću u primjeni metadona mogu nastati i u kliničkom okruženju. Predoziranje metadonom moguće je ako mu se doza povećava prebrzo u početnim stadijima liječenja te zbog toga postoje predviđene šeme doziranja koje bi se trebale pratiti, a temeljene su na kliničkim studijama. U dozama većim od 100 mg dnevno, osim izražene sedacije, metadon može produžiti QT interval te uzrokovati srčane aritmije (Schuckit, 2016), iako novije studije ne potvrđuju klinički značaj ovog učinka (Bart i sur., 2017).

Suboxone (buprenorfin/nalokson)

Iako je buprenorfin najavljan kao potpuno sigurna alternativa, u praksi je ta sigurnost ubrzo dovedena u pitanje nakon što su se pojavili slučajevi predoziranja primjenom buprenorfina intravenski, načinom primjene koji terapijski nije predviđen u liječenju ovisnosti (Noble i Marie, 2019).

Iako buprenorfin uobičajeno ne uzrokuje respiratornu depresiju, zbog parcijalnog agonističkog djelovanja i učinka platoa koji postiže, u kombinaciji s ostalim depresorima nervnog sistema, kao što su benzodiazepini ili alkohol, a koji su u čestim kombinacijama kod ovisnika, moguć je fatalni ishod. Kako bi se taj problem pokušao spriječiti, razvijena je formulacija buprenorfina u kombinaciji s naloksonom, opioidnim antagonistom za sublingvalnu primjenu (Schuckit, 2016).

Peroralna bioraspoloživost buprenorfina je izrazito mala te se zbog toga u terapiji primjenjuje u obliku sublingvalnih tableta (bioraspoloživost oko 50%). Na taj se način buprenorfin preko oralne mukoze apsorbira direktno u sistemski krvotok. Zbog svoje velike lipofilnosti brzo prelazi krvno moždanu barijeru, ali se i snažno veže za proteine plazme s kojih sporo disocira, što mu produžuje poluvijek života te omogućuje doziranje jednom dnevno, u nekim slučajevima čak i svaki drugi dan (Coe i sur., 2019). Metabolizira se u jetri putem CYP3A4 u aktivni norbuprenorfin te oba spoja kasnije podliježu glukuronidaciji u neaktivne metabolite. Primarno se izlučuje fecesom, dok se glukuronidi

izlučuju urinom (Elkader i Sproule, 2005).

Tokom ključnih kliničkih ispitivanja, najčešće zabilježene nuspojave povezane s liječenjem bile su konstipacija i simptomi obično povezani s ustezanjem od droga (tj. nesanica, glavobolja, mučnina, hiperhidroza i bol). U nekim su se prijavama napadi, povraćanje, proljev i povišene vrijednosti na testovima jetrene funkcije smatrali ozbiljnim nuspojavama. (European medicines agency).

ZAKLJUČAK

Budući da su i Metadon i Suboxone opiodi, oni mogu uzrokovati simptome ovisnosti i apstinencije. Kao droga iz Popisa II, Metadon ima veći rizik od zloupotrebe nego Suboxone. Umjesto zaključka ponudit ćemo tabelarni pregledni prikaz razlika u aktivnosti ova dva lijeka.

Učinci apstinencije	Metadon	Suboxone
žudnja	✓	✓
problemi sa spavanjem	✓	✓
proljev	✓	✓
mučnina i povraćanje	✓	✓
depresija i anksioznost	✓	✓
bolovi u mišićima	✓	✓
grozница, zimica i znojenje		✓
vrući i hladni bljeskovi	✓	
podrtavanje	✓	
halucinacije (vidjeti ili čuti stvari koje tamo nisu)	✓	
glavobolja		✓
problemi s koncentracijom		✓

Primjeri nuspojava Metadona i Suboxona

Uobičajene nuspojave	Metadon	Suboxone
lakomislenost	✓	✓
vertiglavica	✓	✓
nesvjestica		✓
pospanost	✓	✓
mučnina i povraćanje	✓	✓
znojenje	✓	✓
zatvor	✓	✓
bol u želucu	✓	
ukočenost u ustima		✓
natečen ili bolan jezik		✓
crvenilo u ustima		✓
poteškoća u obraćanju pozornosti		✓
brži ili sporiji otkucaji srca		✓
zamagljen vid		✓
Ozbiljne nuspojave	Metadon	Suboxone
Ovisnost	✓	✓
teški problemi s disanjem	✓	✓
problemi sa srčanim ritmom	✓	

problemi s koordinacijom		✓
jaka bol u želucu	✓	
Napadaji	✓	
alergijska reakcija	✓	✓
povlačenje opioda		✓
niski krvni tlak		✓
problemi s jetrom		✓

Metadon je generički lijek. Suboxone je zaštitno ime lijeka buprenorfin-nalokson, dok se na tržištu pojavljuju pod nazivima prikazanim u tabeli

	Metadon	Suboxone
Što je generičko ime?	Metadon	buprenorfin nalokson
Koje su verzije fabričkog naziva?	Dolofin, metadon HCl, Intenol, metadoza	Suboxone, Bunavail, Zubsolv
Što liječi?	hroničnu bol, ovisnost o opiodima	ovisnost o opiodima
Je li to kontrolirana tvar?*	da, to je supstanca pod nadzorom II	da, to je supstanca pod nadzorom III
Postoji li rizik od povlačenja s ovim lijekom	Da†	Da†
Ima li ovaj lijek potencijal zloupotrebe?	da ¥	da ¥

LITERATURA

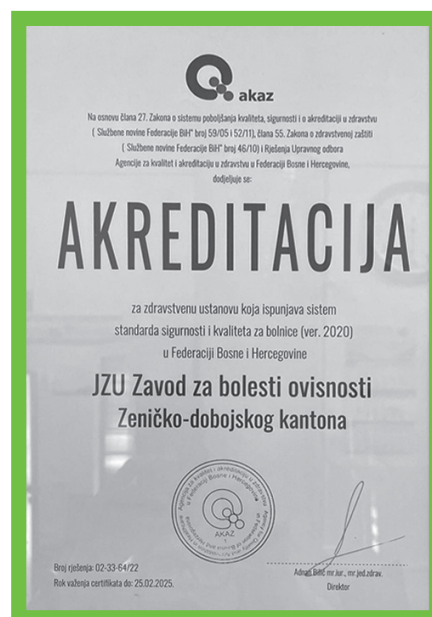
- Bart G, Wyman Z, Wang Q, Hodges J, Karim R, Bart B. *Methadone and the QTc Interval*. *J Addict Med*, 2017, 11(6), 489-493.
- Coe M, Lofwall M, Walsh, S: *Buprenorphine Pharmacology Review*. *Addict Med*, 2019, 13, 93-101.
- Elkader A, Sproule B. *Buprenorphine: Clinical Pharmacokinetics in the Treatment of Opioid Dependence*. *Clin Pharmacokin*, 2005, 44, 663-676.
- Ferrari A, Coccia C, Bertolini A, Sternieri E: *Methadone—metabolism, pharmacokinetics and interactions*. *Pharmacol Res*, 2004, 50, 553-556.
- <http://lijekovi.almbih.gov.ba:8090/SpisakLijekova.aspx>
- Katzung B: *Basic & Clinical Pharmacology*. New York: McGraw-Hill, 2018., str. 553 - 589.
- Lorman W. *Pharmacology Corner: Methadone*. *J Addict Nurs*, 2014, 25, 209-210.
- Schuckit M.: *Treatment of Opioid-Use Disorders*. *N Engl J Med*, 2016, 375, 357-365.
- Volkow N, Michaelides M, Baler R: *The Neuroscience of Drug Reward and Addiction*. *Physiol Rev*, 2019, 99, 2115-2128.
- www.drugbank.ca.

REAKREDITACIJA I CERTIFIKACIJA JZU ZAVODA ZA BOLESTI OVISNOSTI ZENIČKO- DOBOJSKOG KANTONA PO STANDARDIMA AKAZ-a

Stručni multidisciplinarni tim vanjskih ocjenjivača Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH je 13. i 14.01.2022. godine obavio vanjsku ocjenu Zavoda za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona u cilju njegove reakreditacije i certifikacije po standardima Agencije.

Nakon pregleda izvještaja ocjenjivača donošena je odluka o reakreditaciji i certifikaciji od strane Upravnog odbora Agencije čime je Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona postao reakreditovana i certificirana ustanova.

Svi uposlenici Zavoda maksimalno su se angažovali u cilju dostizanja propisanih uslova za reakreditaciju i certifikaciju čime su doprinijeli povećanju kvalitete usluga koje pružaju svojim korisnicima.



IX AKADEMIJA O LIJEČENJU BOLESTI OVISNOSTI



Razmjena dobrih praksi u liječenju ovisnosti o drogama bila je okosnica IX Akademije o liječenju ovisnosti koja se u periodu od 27.-28.05.2022. godine u organizaciji farmaceutske kuće Unifarm priredila u Hotelu Blanca na Vlačiću.

Akademija je okupila ugledne stručnjake, doktore i druge profesionalce iz oblasti tretmana bolesti ovisnosti iz desetak gradova u BiH. Tradicionalno su se razmijenila iskustva u radu s ovisnicima o drogama, izazovima novih droga, problemima koji prate bolest ovisnosti, socijalnim i kriminalnim aspektima, stigmatizaciji ovisnika i zdravstvenih profesionalaca koji pomažu ovisnicima.

Iz JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, akademiji su prisustvovali prim. dr. Samir Kasper, dr. Suad Bašić, Eldina Selimović-Džano, mag. iur., dipl. soc. pedagog i Isak Jaganjac.



**V KONGRES PSIHOLOGA
BIH TUZLA 2022**

U periodu od 12.05. do 14.05. 2022. godine se održavao u Tuzli Sedmi kongres psihologa BiH sa međunarodnim učešćem. Ovaj događaj predstavlja najveći i najznačajniji skup psihologa naše države, koji promovira psihologiju kao nauku i profesiju, ali i unapređuje naučno-istraživački rad psihologa i srodnih pomoćnih profesija kako u našoj zemlji, tako i u okruženju. Kongres psihologa BiH kao takav je prepoznat i izvan okvira naše države kao značajan stručni i naučni događaj.



Cilj Kongresa je bio omogućiti kolegama iz Bosne i Hercegovine i okruženja, da se nakon teških uslova u kojima smo živjeli i djelovali tokom pandemije, ponovo susretnu, druže i razmjene ideje, praktična iskustva i profesionalna saznanja. Psiholozi su mogli da prezentuju rezultate svog svakodnevnog stručnog, naučnog, istraživačkog i praktičnog rada u vidu poster prezentacija, usmenih prezentacija i saopštenja, tematskih simpozija, radionica, okruglih stolova i promocije knjiga.

Na ovom najvažnijem skupu psihologa naše države JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona su svojim radovima i prisustvom predstavljale kolege: Hassan Awad, Nermana Mujčinović, Sedin Habibović, Adila Softić, Meliha Brdarević-Šikić i Lejla Šaćirović.



JZU ZAVOD ZA BOLESTI OVISNOSTI
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

Kad porastem,

biću:



znaću šta ću, a šta neću.