

# Zdravstvena njega ovisnika o psihoaktivnim tvarima

---

**Milešić, Nikola**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2017**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University North / Sveučilište Sjever**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:045619>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-29**



*Repository / Repozitorij:*

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

**Završni rad br. 863/SS/2017**

## **Zdravstvena njega ovisnika o psihoaktivnim tvarima**

**Nikola Milešić, 4036/601**

Varaždin, lipanj 2017.





# Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 863/SS/2017

## Zdravstvena njega ovisnika o psihoaktivnim tvarima

**Student:**

Nikola Milešić, 4036/601

**Mentor:**

Melita Sajko, dipl.med.tech

Varaždin, lipanj 2017.

## Prijava završnog rada

### Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Nikola Milešić	MATIČNI BROJ	4036/601
DATUM	07.03.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Zdravstvena njega ovisnika o psihoaktivnim tvarima		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of addicts to psychoactive substances		
MENTOR	Melita Sajko dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Mihaela Kranjčević-Ščurić dipl. med. techn., predsjednik 2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor 3. Jurica Veronek, mag. med. techn., član 4. Damir Poljak, dipl.med.techn., zamjenski član 5.		

### Zadatak završnog rada

BROJ	863/SS/2017
OPIS	<p>Ovisnost je osobit patološki način korištenja psihoaktivne tvari, praćen oštećenjem tjelesnih, socijalnih i radnih funkcija. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima može dovesti do prekida ili smanjenja čitavog niza društvenih, poslovnih ili rekreacijskih aktivnosti. Pojedinaac može prekinuti s hobijima ili obiteljskim aktivnostima kako bi bio sam i uzimao psihoaktivnu tvar ili se družio s ostalim ovisnicima. Ključno pitanje nije samo javljanje problema, već nemogućnost pojedinca da se odrekne psihoaktivne tvari usprkos spoznaji kako upravo ona dovodi do postojećeg problema. Psihoaktivne tvari koje se najčešće upotrebljavaju, upravo su one, čije je djelovanje umirujuće, a u tu skupinu psihoaktivnih tvari možemo smjesiti alkohol, heroin, kao i tablete za spavanje.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-opisati psihoaktivne tvari te njihovo djelovanje</li><li>-opisati epidemiologiju ovisnosti o psihoaktivnim tvarima</li><li>-opisati problematiku života osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima</li><li>-navesti najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije vezane uz njih</li><li>-opisati liječenje ovisnika o psihoaktivnim tvarima</li><li>-naglasiti važnost prevencije i podizanje svjesnosti o štetnosti prekomjernog uzimanja psihoaktivnih droga</li></ul>

ZADATAK URUČEN

27.03.2017.



POTPIS MENTORA

*Melita Sajko*

## **Zahvala**

Za početak, zahvaljujem prof. Meliti Sajko. Bila mi je velika čast i zadovoljstvo što ste pristali biti moj mentor pri pisanju ovog Završnog rada. Također, zahvaljujem svim profesorima i suradnicima ovog fakulteta na znanju i vještinama koje su nesebično podijelili, ne samo sa mnom već i sa ostalim kolegicama i kolegama. Najveće hvala zaslužili su moji najbliži, koji su mi ujedno bili i najveća podrška na ovom putu. Hvala što ste vjerovali u mene i što ste bili tu kad mi je to bilo potrebno.

## Sažetak

Konsumacija droge u društvu definira se kao visokorizičan, neprihvatljiv i bolestan način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za zadovoljstvom (osjećaj ugone). Moralna kriza hrvatskog društva, poremećen sustav vrijednosti, gospodarska situacija te slabo funkcioniranje pravne države dodatno su utjecali na rast ponude, tako i potražnje droga u skupini nezadovoljne, frustrirane ili hedonizmu sklone, ali slabo upućene mladeži. Sve to pridonijelo je naglom porastu broja ovisnika u Hrvatskoj koji danas broji oko 15 000 ovisnika. Zadaća je zdravstvenih stručnjaka predložiti i provoditi mnogo specifičnih i konkretnih mjera kako bi se zloraba sredstava ovisnosti održavala u granicama podnošljivim za zajednicu. Ovisnost se definira kao osobit patološki način korištenja psihoaktivne tvari (droge), praćen oštećenjem tjelesnih, socijalnih i radnih funkcija. Kod oštećenja socijalnih i radnih funkcija može se spomenuti gubitak prijatelja, raspad obitelji, gubitak posla te sklonost kriminalnom ponašanju i kriminalu. Razlikujemo dvije vrste ovisnosti, a to su fizička i psihička ovisnost. Fizička ovisnost je stanje izazvano opetovanim uzimanjem droge koje zahtjeva njezino kontinuirano uzimanje kako bi se preveniralo nastajanje neugodnih simptoma apstinencije koji su karakteristični za pojedine skupine droga. Psihička ovisnost je izmijenjeno stanje organizma nastalo kao posljedica prethodnog uzimanja droge u kojem osoba osjeća jaku potrebu za ponovnim uzimanjem droge kako bi održala svoj osjećaj dobrog psihičkog stanja. Također može doći i do tolerancije na određenu psihoaktivnu tvar, a toleranciju možemo opisati kao izmijenjeno stanje organizma nastalo zbog duljeg uzimanja pojedine droge, pri čemu je za održavanje istog učinka potrebno povisiti dozu. Ovisnik mora povisiti dozu jer mu učinak dosadašnje droge sve slabiji. Najčešći preparati odnosno psihoaktivne tvari koje ovisnik koristi su opijati (opijum, heroin, sintetički opijati-amfetamin), kokain (list koke, crack), te kanabis. Osim navedenih, ovisnici o psihoaktivnim tvarima mogu zlorabljivati i lijekove koji se dobivaju na liječnički recept, (lijekovi za smirenje i spavanje). Medicinska sestra čini neizostavan dio tima koji skrbi za ovisnike, što od nje zahtjeva visoku izobrazbu, odgovornost i spremnost da reagira na vrijeme

Ključne riječi: ovisnost, psihoaktivna tvar, tolerancija, liječenje

## Sadržaj

1. Uvod .....	1
2. Povijest psihoaktivnih tvari .....	3
3. Epidemiološka situacija i problem ovisnosti u Hrvatskoj .....	5
4. Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari .....	7
5. Podjela psihoaktivnih tvari .....	10
6. Djelovanje psihoaktivnih tvari .....	15
7. Problematika života osoba ovisnika o psihoaktivnim tvarima .....	16
7.1. Znakovi koji upućuju na postojanje problema .....	17
8. Sestrinske dijagnoze vezane uz konzumaciju psihoaktivnih tvari .....	19
9. Pregled faza liječenja ovisnika .....	25
10. Prevencija ovisnosti .....	28
10.1. Vrste preventivnih strategija s obzirom na stupanj rizika .....	28
10.1.1. Univerzalna prevencija ovisnosti o drogama .....	29
10.1.2. Selektivna prevencija ovisnosti o drogama .....	29
10.1.3. Indicirana prevencija ovisnosti o drogama .....	30
11. Zaključak .....	31
12. Literatura .....	33



## **Popis kratica**

**MKB** Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10

**SMBS** Smanjena mogućnost brige o sebi

**LSD** lizerginska kiselina dietilamida

**CNS** centralni nervni sustav

**RH** Republika Hrvatska

# 1. Uvod

Riječ ovisnost dolazi od latinske riječi „addicere“ što u doslovnom prijevodu znači „vezan“ i „zarobljen“ pri čemu se ne mora podrazumijevati nužno ovisnost o psihoaktivnim tvarima. [1] Fenomen konzumiranja droge i ovisnosti prisutan je u ljudskoj populaciji od davnina, što potvrđuju mnogobrojne povijesne činjenice. Prije 3400 godina p.n.e. stari su Sumerani uzimali opijum, o čemu postoje pisani tragovi. [2]

U većini zemalja svijeta od Drugog svjetskog rata stalno raste proizvodnja, ponuda i potrošnja alkoholnih pića, duhana, psihoaktivnih lijekova i ostalih zabranjenih droga. Zloraba tih sredstava postala je transkulturalni fenomen. Diljem svijeta intenzivno se radi na smanjenju ovoga problema na svim njegovim nivoima i u svim aspektima. Poboljšava se pristup prevenciji informiranjem javnosti o štetnosti uzimanja droga za ljudsko zdravlje i ponašanje, provedena su mnogobrojna istraživanja s ciljem osuvremenjivanja liječenja i rehabilitacije te razumijevanja ovisnosti, no poboljšanja nema. Naprotiv, broj konzumenata droga raste iz godine u godinu, i to ne samo u bogatim državama, nego i u zemljama koje nisu imale sličnih problema. Među njima je i Republika Hrvatska [RH], gdje je ovaj problem postao zabrinjavajući, a u većim gradovima i zastrašujući. U mnogome su takvoj situaciji u RH pridonijele ratne strahote, ali i organizacija državnih institucija, promjene vlasti, pa time i promjene programa suzbijanja ovisnosti, ratno profiterstvo i sl. [3]

Početak uporabe duhana, alkohola i psihoaktivnih droga obično se zbiva u tijeku adolescencije, a mladi su, zbog specifičnosti razdoblja odrastanja, relativnog neiskustva te određene mladenačke sklonosti rizicima, najugroženija populacijska skupina za usvajanje i razvoj ovisničkoga ponašanja. Velika većina adolescenata je jednom ili više puta u životu eksperimentirala s tzv. legalnim drogama kao duhan i alkohol, a sve veća dostupnost marihuane čini i tu grupu eksperimentatora sve brojnijom. Jednom zadovoljena radoznalost ili dokaz „odraslost“ mogu i završiti na jednom ili nekoliko pokušaja i to se u najvećem dijelu slučajeva i događa. No u jednog dijela mladih ponovni kontakt sa sredstvom ovisnosti i rizična situacija ili okolina može potaknuti želju za nastavkom uzimanja sredstva. Štetna zloupotreba započinje zaokupljenost sredstvom ovisnosti. Droga postaje neophodnom za svakodnevno funkcioniranje. Pribjegava se lažima, u školi se redaju neuspjesi, novac za drogu se nabavlja pod svaku cijenu, pa i krađom ili prodajom stvari iz kuće. Odnosi s roditeljima i prijateljima se pogoršavaju, sve se više druži samo s onima koji uzimaju drogu. U tom stupnju svi vjeruju da mogu prestati s uzimanjem kad god poželeva, a obitelj često tek tada prepoznaje problem.

Organizam se navikava na drogu, te se pozitivni učinci smanjuju i iščezavaju, a droga se uzima da se ne bi doživjele patnje apstinencijskoga sindroma. Mogućnosti socijalnoga funkcioniranja su sve manje, a gubi se zanimanje za bilo što osim zadovoljenja potrebe za drogom. [2]

Važna značajka ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari) su strukturne moždane promjene koje mogu perzistirati i nakon provedene detoksikacije, što je osobito izraženo kod osoba s teškim poremećajima. Bihevioralne posljedice ovih promjena mogu se prepoznati u ponavljajućim recidivima i intenzivnoj žudnji za određenim psihoaktivnim sredstvom osobito u situaciji kada je osoba izložena podražaju koji je povezan s drogom. [1]

## 2. Povijest psihoaktivnih tvari

Želja i potreba ljudi za konzumiranjem psihoaktivnih tvari seže nekoliko tisućljeća unatrag. Gledajući kroz povijest, barem onu poznatiju, navedene tvari sve su raznovrsnije i u sve široj uporabi. Koristili su ih svećenici za vrijeme ceremonija, proroci, vračevi, vojnici, a danas ih koristimo gotovo svi. Kofein je također definiran kao droga jer djeluje na centralni živčani sustav i pojačava stanje budnosti (iako ne djeluje tako brzo kao što većina 'kavopija' misli). Nema mnogo civiliziranih ljudi koji nisu vidjeli ili barem čuli za marihuanu, kokain, heroin, LSD, ecstasy, amfetamine i ostale narkotike. Povijesni zapisi o konzumiranju psihoaktivnih tvari stari su preko 5000 godina, a postoje i arheološki nalazi stari čak 10 tisuća godina, što govori da konzumacija istih i nije baš nov fenomen. Poriv za promjenom stanja svijesti nemaju samo ljudi. Poznat je veliki broj životinjskih vrsta koje konzumiraju psihoaktivne biljke i plodove, fermentirano voće, pa čak i druge životinje, te na taj način postaju intoksicirane. Povijest je pokazala da je naša veza s drogama mnogo kompleksnija nego paradigma laboratorijskog štakora naučenog na kokain. Prije 65 godina jedva da je itko uzimao droge. Manji broj ljudi trošio je marihuanu. Bilo je i nekoliko ovisnika o morfiju. Većina je to počela uzimati iz medicinskih razloga – da bi se riješili bola. Prije 65 godina glavne raspoložive droge bile su legalne – alkohol, duhan i kofein. Konzumirao ih je značajan postotak ljudi. Ali, bez obzira o kojoj je drogi bila riječ – ljudi koji su je trošili bili su gotovo bez iznimke odrasli, stariji od 18 godina. 50-tih godina dvadesetog stoljeća zabilježeno je pojačano konzumiranje droge. Vodila je marihuana. Raširila se uglavnom među adolescentima, ljudima u dobi od dvadeset i koju godinu, studentima ili tek završenim studentima. Postalo je popularno pušenje opijuma i korištenje jednog od njegovih derivata – heroina, ali smo u manjoj mjeri i opet samo među odraslim osobama. Od tih 70-tih godina do danas, ljudi svih dobnih skupina počeli su uzimati sve veći broj vrsta droga. Po broju ljudi koji su uzimali jednu ili više zabranjenih droga marihuana je na prvom mjestu, a slijede kokain, halucinogene droge, inhalanti, analgetici, amfetamini te drugi psihostimulansi, sredstva za umirenje, sedativi i heroin. [5]

U većini slučajeva, mi aktivno tražimo droge koje izazivaju ovisnost, a nismo pasivne žrtve. Naša veza sa psihoaktivnim tvarima uzrokovana je od strane više faktora, a to su kultura, društvo, religija, uvjerenja, individualna psihologija (ovisnost, anksioznost i asocijalna ličnost), spoznaja (ovisnost kao naučeno ponašanje), neurobiologija i genetika. Naša potreba za psihoaktivnim tvarima uvelike je uvjetovana našom osobnošću, a kod ovisnosti uz tvari, u obzir treba uzeti i način na koji ih koristimo. Dakle, nije sve u "tvari", ima nešto i u konzumentu.

Shakespeare je davno napisao "O, ti nevidljivi duše vina, ako ti svijet ne zna ime, nazovimo te đavolom!", to je redak koji savršeno govori da je (u ovom slučaju) vino dobra stvar, ali ako ga propisno koristimo. [4]

### **3. Epidemiološka situacija i problem ovisnosti u Hrvatskoj**

Razvoj ovisnosti o drogama složen je i neobjašnjen proces. Potrebno je razmotriti barem tri komponente: sredstva koja mogu izazvati ovisnost, predisponirajuće uvjete i osobnost onoga koji uzima droge. Psihološke osobine svake osobe i dostupnost pojedinih droga određuju izbor droge, način i učestalost uzimanja. Ovisnost o drogama djelomično uvjetuju kulturni obrasci i socioekonomske klase. Progresija od eksperimentiranja, povremene upotrebe do razvoja tolerancije i fizičke ovisnosti, procesi su koji se slabo razumiju. Čimbenici koji čine sastavni dio mehanizma razvoja ovisnosti uključuju tugu, nisko samopoštovanje, socijalno otuđenje i stres, osobito ako je praćen osjećajem nemoći da se nešto promijeni ili da se postigne cilj. [6] Moralna kriza hrvatskog društva, poremećen sustav vrijednosti, gospodarska situacija te slabo funkcioniranje pravne države dodatno su utjecali na rast kako ponude, tako i potražnje droga u skupini nezadovoljne, frustrirane ili hedonizmu sklone, ali slabo upućene mladeži. Sve to pridonijelo je naglom porastu broja ovisnika u Hrvatskoj koji danas broji oko 15 000 ovisnika. Zadaća je zdravstvenih stručnjaka predložiti mnogo specifičnih i konkretnih mjera kako bi se zloraba sredstava ovisnosti održala u granicama podnošljivim za zajednicu. Medicinska sestra čini neizostavni dio tima koji skrbi za ovisnike, što od nje zahtijeva visoku izobrazbu, odgovornost i spremnost da na vrijeme reagira. [7]

Prema raspoloživim podacima pristiglima iz zdravstvenog sustava, već nekoliko posljednjih godina u zdravstvenim ustanovama Hrvatske, bilo u bolničkom bilo izvanbolničkom sustavu, godišnje liječi otprilike 8.000 osoba. U 2015. godini na liječenju je bilo 7.533 osoba što je približno kao i prethodne godine (7.812 osoba). Od ukupno liječenih u 2015. godini 6.123 je uzimalo opijate (81,3%). Zbog uzimanja i/ili ovisnosti o drugim psihoaktivnim sredstvima liječeno je 1.411 osobe (18,7%). Udjeli opijata i neopijata su vrlo slični kao i prethodnih godina.[8]

S procijenjenom brojkom od oko 15 000 stanovnika, pojavnost ovisnika o drogama u našoj zemlji dostigla je razinu nekoliko zemalja zapadne Europe, a kada je riječ o broju ovisnika o heroinu, stopa je viša nego u nekoliko zapadnoeuropskih država (Nizozemska ima stopu 1,7, Švicarska 4, Italija i Španjolska 3, a Hrvatska je 1990. imala stopu 1, dok je trenutno riječ o stopi od 2,7 na 1 000 stanovnika). Istraživanja provedena u zadnjih nekoliko godina dokazala su da je početak konzumiranja psihoaktivnih tvari najčešće prisutan u adolescenata školske dobi (osnovna i srednja škola). Prema vrlo opsežnom istraživanju potaknuto od Ministarstva prosvjete i športa (1999.), anketom je obuhvaćeno više od 160 000 učenika sedmih i osmih

razreda OŠ te svih razreda srednjih škola. Rezultati su pokazali da više od 30 posto mladih do kraja srednjoškolskog obrazovanja ima iskustvo s uzimanjem ilegalne droge. Zlouporaba sredstava ovisnosti u mladeži vodeći je javnozdravstveni problem. Rano otkrivanje i poduzimanje adekvatnih mjera jedna je od najvažnijih strateških aktivnosti Nacionalnog programa. Najviša pojavnost liječenih ovisnika o opijatima danas je u Istarskoj županiji, zatim slijedi Zadarska i Splitsko-dalmatinska županija, a Zagreb je na četvrtom mjestu. Mnogi danas tvrde da Hrvatska danas ima mnogo kvalitetnih ustanova za liječenje ovisnosti, ali se istodobno napominje da između njih nema gotovo nikakve suradnje pa ne može biti ni značajnijih rezultata. Postoje i razmišljanja kako problem još uvijek predstavlja stajalište ljudi koje od problema ovisnosti okreću glavu sve dok se sami ne suoče s njim. Slični problem preopoznaje se i kod onih koji bi, uz obitelj mogli najviše pomoći. [7]

## 4. Poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari

Razlikuju se dva oblika poremećaja vezanih za psihoaktivne tvari: zlorababa i ovisnost. O zlorababi se govori kad osoba uzima neku supstanciju, ali nema znakova psihičke niti tjelesne ovisnosti, niti postoji ikakvo kršenje društvenih normi. Zlorababa se može definirati samo u sklopu društvenog neodobravanja i uključuje različite načine ponašanja:

- Eksperimentalno i rekreativno uzimanje psihoaktivnih tvari
- Uzimanje psihoaktivnih tvari radi olakšavanja problema ili simptoma

Prvobitno uzimanje droga zbog navedenih razloga može dovesti do razvoja ovisnosti kada se droga uzima barem djelomično radi toga da se izbjegnu tegobe sustezanja. Rekreativno uzimanje psihoaktivnih tvari sve više postaje sastavni dio naše kulture, iako nije općeprihvaćeno u društvu i često je protuzakonito. Uživatelji u kojih se ne očituje nikakvo očito oštećenje pokazuju tendenciju ka povremenom uzimanju relativno malih doza i tako izbjegavaju kliničku intoksikaciju te razvoj tolerancije i fizičke ovisnosti. Često se uzimaju prirodne droge, tj. pripravci slični biljkama iz kojih su nastali, a sadrže mješavinu sastojaka i nisu izolirane psihoaktivne tvari (npr. sirovi opijum, alkoholna pića, marihuana, kava i drugi napici koji sadrže kofein, halucinogene gljive i lišće koke). Droge se najčešće unose u organizam oralnim putem ili inhalacijom. Rekreativno uzimanje obično je popraćeno ritualima i nizom pravila, a najčešće se provodi u društvu. Većinom se na ovaj način uzimaju psihostimulansi ili halucinogeni radi postizanja tzv. high-stanja (dobrog, povišenog raspoloženja), a ne radi olakšavanja napetosti. [6]

Ovisnost se definira kao osobit patološki način korištenja psihoaktivne tvari, praćen oštećenjem tjelesnih, socijalnih i radnih funkcija. Patološku upotrebu karakterizira nesposobnost smanjivanja doze ili kompletan prekid uzimanja psihoaktivne tvari, cjelodnevna intoksikacija, uporaba psihoaktivne tvari gotovo svaki dan tijekom mjesec dana i epizode predoziranja ili intoksikacije, što oštećuje mentalno funkcioniranje. Kod oštećenja radnih funkcija može se spomenuti gubitak prijatelja, raspad obitelji, gubitak posla te sklonost kriminalnom ponašanju i kriminalu. [7]

Za većinu vrsta ovisnosti zajednička su dva aspekta, a to su:

- psihička ovisnost - karakteriziraju je osjećaj zadovoljstva i želja za ponovnom konzumacijom droge kako bi se izazvala ugoda i izbjegla neugoda. Takvo duševno



stanje snažan je čimbenik prigodom kroničnog uzimanja psihotropnih droga, a kod nekih droga psihološka ovisnost može biti jedini čimbenik koji dovodi do intenzivne žudnje i prisilnog uzimanja. [6]

- fizička ovisnost – definira se kao stanje prilagodbe na drogu, praćeno potrebom za povećanjem doze kako bi se postiglo njeno djelovanje kakvo je u početku izazivala manja količina i javljanjem apstinencijskih kriza u odsustvu droge [6]

**Tablica 2-1.** Tvari koje imaju potencijal za razvoj ovisnosti

Droga	Fizička ovisnost	Psihološka ovisnost	Tolerancija
Depresori središnjega živčanog sustava			
Opijati	++++	++++	++++
Sintetički narkotici	++++	++++	++++
Barbiturati	+++	+++	++
Alkohol	+++	+++	++
Minor trankvilizatori			
Meprobamat	+++	+++	+
Benzodiazepini	+	+++	+
Hipnotici	+++	+++	++
Stimulansi			
Amfetamin	?	+++	++++
Metamfetamin	?	+++	++++
Kokain	0	+++	0
Halucinogeni			
LSD	0	++	++
Meskalin	0	++	+
Marihuana			
(mala doza THC-a)	0	++	0
(velika doza THC-a)	0	++	?

Legenda: LSD, dietilamid lizergične kiseline; THC, tetrahidrokanabinol; 0, bez učinka; +, slab, do +++++, naglašen učinak; ?, nije dokazano.

*Slika 4.1. Prikaz tvari koje imaju potencijal za razvoj ovisnosti*

*Izvor: Moro LJ., Frančišković T. i suradnici, Psihijatrija, str 96*

Na slici 4.1. prikazane su tvari koje imaju potencijal za razvoj ovisnosti. Ovisnost o drogama djelomično uvjetuju kulturni obrasci i socioekonomske klase. Progresija od eksperimentiranja, povremene upotrebe do razvoja tolerancije i fizičke ovisnosti, procesi su koji se slabo razumiju.

Čimbenici koji vode k češćem uzimanju, navikavanju i ovisnosti uključuju pritisak grupe i emocionalni pritisak čiji se simptomi mogu ublažiti specifičnim učincima droge. [6]

Važno je spomenuti, da se osim psihičke i fizičke ovisnosti, također može javiti i tolerancija na određenu psihoaktivnu tvar. Tolerancija se može opisati kao izmijenjeno stanje organizma nastalo zbog duljeg uzimanja pojedine droge, pri čemu je za održavanje istog učinka potrebno povisiti dozu. Ovisnik mora povisiti dozu jer mu je učinak dosadašnje doze sve slabiji. Mnogi su čimbenici koji odlučuju tko će kušati drogu, a tko neće, tko će je uzimati povremeno, a tko će progredirati do psihičke i fizičke ovisnosti. Neki stručnjaci smatraju da je pojava uzimanja droge vezana uz krizne situacije u društvu i loše odnose u obitelji. Druga teorija u prvi plan stavlja čimbenike nasljeđivanja, što znači da pojedine sklonosti prema ovisnosti nasljeđujemo od svojih predaka. Treća skupina autora smatra da je ovisnost uvijek sekundarni poremećaj, u osnovi kojeg leži neki teži primarni poremećaj. Nijedna od tih teorija ne objašnjava potpuno uzroke nastajanja ovisnosti i zajedničko je mišljenje da razloge nastajanja ovisnosti treba tražiti u složenoj interakciji bioloških (nasljednih) i psihosocijalnih čimbenika. Kod jednog dijela ljudi (osobito mladih), postoji otvorenost prema svijetu i njegovim mogućnostima, izazov za upoznavanje novih stvari i stjecanja novih iskustava. Neki od njih radoznalost usmjeravaju na uzbudljiva putovanja, atraktivne sportove ili na kušanje "uzbudljivih" droga. Većina takvih mladih "radoznalaca" svijet droge privremeno posjeti i zauvijek napusti te nastavi potragu za nekim novim životnim vrijednostima. Za neke ljude uzimanje droge postaje sudbonosno i postaju teški ovisnici. Neki mladi ljudi nisu osobno zainteresirani za droge, ali slijede navike i ponašanja svojih vršnjaka te na taj način ulaze u svijet ovisnosti. [7]

Tolerancija i fizička ovisnost na opijate i sintetske narkotike razvija se vrlo brzo. Nakon 2 do 3 dana primjene terapijskih doza nastane neki stupanj tolerancije i ovisnostim a bolesnici se mogu žaliti na simptome sustezanja kad se prekine davanje lijeka. Opijatne tvari izazivaju unakrsnu toleranciju. Ovisnici mogu zamijeniti jedno sredstvo drugim. Povećanom uporabom metadona u programu detoksikacije u održavanja, nelegalno pribavljeni metadon postao je droga koja se zlorabi. Osobe koje su razvile toleranciju mogu prikazivati malo znakova uzimanja droge i normalno funkcionirati u svojim uobičajenim aktivnostima. Često se tolerancija na pojedine učinke tih droga razvija neravnomjerno. Na primjer, ovisnici o heroinu mogu postati potpuno tolerantni na euforične i letalne učinke, ali i dalje imaju sužene zjenice i zatvor. Simptomi i znakovi intoksikacije i sustezanja. Akutno otrovanje opijatima karakterizira euforija, crvenilo lica, svrbež kože, mioza, omamljenost, snižen broj i dubina udisaja, hipotenzija, bradikardija i snižena tjelesna temperatura. [6]

## 5. Podjela psihoaktivnih tvari

Prema načinu djelovanja, psihoaktivne tvari djelimo u tri glavne skupine.

- I. SKUPINA** – tvari koje imaju umirujući učinak. Ta sredstva smanjuju aktivnost CNS-a i imaju umirujuće i opuštajuće djelovanje. Veće doze izazivaju nesvjesticu ili san. [7]

- **Alkohol**

Alkohol je najstarija i najčešće upotrebljavano sredstvo ovisnosti koja ima umirujuće i stimulatивно djelovanje, zavisno od konzumirane količine, socijalne situacije i osobe. Alkohol ublažava komplekse, pruža osjećaj euforije te povećava samopouzdanje. [7]

Problem pijenja alkohola i poremećaja vezanih uz alkohol velik je medicinski i socijalni problem. Konzumacija alkohola čini veće zdravstvene, financijske, socijalne i obiteljske probleme. Pušenje i konzumiranje alkohola vjerojatno čine (u apsolutnom iznosu) veće zdravstvene, financijske, socijalne i obiteljske probleme nego neka druga psihoaktivna sredstva. [10]

Kad se raspravlja o alkoholizmu, potrebno je usmjeriti se na dva zasebna fokusa: tjelesne posljedice pijenja i socijalne posljedice pijenja. Konzumacija velikih količina etilnoga alkohola obično prati naglašena klinička toksičnost i oštećenje tkiva, rizik od fizičke ovisnosti i opasni apstinencijski sindrom. Alkoholičara se prepoznaje po teškoj ovisnosti i kumulativnom uzorku ponašanja vezanog uz pijenje. Učestale su intoksikacije očigledne i destruktivne: one ometaju radne i društvene osobine alkoholičara, pojavljuju se problemi u braku sve do razvoda, brojni su izostanci s posla koji se više ne mogu pravdati, gubitak radnog mjesta, tjelesne ozljede, privođenje zbog vožnje u alkoholiziranom stanju, uhićenje zbog pijanstva, česte hospitalizacije zbog delirium tremensa i ciroze jetre. Alkoholičarke u pravilu piju same i rjeđe ih pogađa socijalna stigmatizacija. Učestalost alkoholizma u porastu je u žena, djece, adolescenata i studentske populacije. Omjer među spolovima sada je oko 4:1 u korist muškaraca. [6]

- **Heroin**

Daje osjećaj opuštenosti, zadovoljstva, topline i sigurnosti. Djelovanje heroina počinje ubrzo nakon konzumiranja i traje obično tri do četiri sata. Teži ovisnici uzimaju ga više puta na dan. Najopasnija od svih droga po brzini i intenzitetu ovisnosti koju izaziva. Heroin je ilegalna droga, bez medicinske primjene. [9]

Kod intoksikacije heroina najčešće dolazi do osjećaja euforije, anaglezije (osoba ne osjeća bol), ali su moguće i depresija disanja kao i opstipacija. Obično se smanjuju apetit i libido. Osoba je udubljena u svoja unutarnja doživljavanja i najčešće ne sudjeluje u interakcijama s okolinom. Tolerancija na heroin vrlo brzo se razvija kod redovitog uzimanja, ali se vrlo brzo i gubi kod prekida uzimanja. Tako, na primjer, ako osoba prestane uzimati heroin zbog bolesti ili zbog toga što joj je uskraćen (npr. u zatvoru), tolerancija vrlo brzo pada, te nisu rijetki slučajevi da se osoba po izlasku iz zatvora predozira jer uzme veću količinu heroina koju je uzimala i prije, a sada joj je tolerancija na heroin značajno manja. Simptomi sustezanja javljaju se šest sati nakon posljednje doze, a vrhunac dosežu 36-48 sati nakon prestanka uzimanja. Simptomi su žudnja, nemir, nesanica, bolovi u mišićima, curenje iz nosa i očiju, znojenje i sl. Ljudi opisuju bolove u truhu, a nerijetko se pojavljuju povraćanje i proljev. [10]

Heroin se kao droga upotrebljava u više različitih varijanti: u obliku sitnog bijelog praha ili u obliku grubljeg praha koji se može pušiti. Pri velikim dozama nastaje opijenost obilježena osjećajem mira i bezbrižnost. Opijenost traje relativno kratko, nekoliko sati, a nakon toga nastaje razdoblje apstinencije koje može trajati i danima, ovisno o jačini opijenosti. [7]

**II. SKUPINA** – tvari koje imaju stimulirajuće djelovanje na živčani sustav. Te tvari povećavaju osjećaj budnosti, korisnik postaje aktivniji i izdržljiviji. Veće doze izazivaju uznemirenost i poremećaj sna. [7]

- **Amfetamin**

Uzimanjem amfetamina nastaje izvjestan stupanj psihološke ovisnosti koju uzrokuju ti široko rasprostranjeni stimulansi i sredstva za mršavljenje. Dolazi do povišenog raspoloženja, povećane budnosti, koncentracije i poboljšanih fizičkih sposobnosti, poticanja dobrog općeg osjećaja. U porastu je prodaja lažnih amfetamina pa mnogi korisnici kupuju proizvode koji zapravo sadrže mnogo kofeina i fenilpropanolamina, pseudoeferdina ili eferdina. Toksična reakcija na trajno uzimanje visokih doza amfetamina uključuje: stanja anksioznosti tijekom kojih je osoba uplašena, ima drhtavicu i zabrinuta je za svoje tjelesno zdravlje, amfetaminsku psihozu u kojoj osoba krivo interpretira postupke drugih, halucinira i može postati nerealno sumnjičava, sindrom iscrpljenosti praćen intenzivnim osjećajem umora i potrebom za snom, te produljeno razdoblje depresije s izrazitim porastom suicidalnog rizika. [6]

Amfetamin se najčešće konzumira ušmrkavanjem, ali se može uzimati oralno i putem intravenskih injekcija. Posljedice uzimanja amfetamina su: povišen krvni tlak, opasnost od infarkta, razdražljivost, nesanica i naglo gubljenje na težini. Katkad se javlja nasilničko i

paranoidno ponašanje. Nakon prestanka uzimanja javljaju se depresija i umor. Moguć je također i razvoj ovisnosti te predoziranje. [11]

- **Kokain**

Kokain je stimulans, koji u organizmu djeluje tako da pojačava aktivnost dopaminergičkog sustava. Može se uzimati intravenskim, šmrkanjem ili pušenjem. Učinci uzimanja kokaina jesu uzbuđenje, osjećaj povišenja energije, euforija. Pojavljuju se i grandiozne ideje, seksualna dezinhibicija (katkad konzumenti javno masturbiraju). Moguće su i halucinacije, paranoidne ideje i agresivno ponašanje. Katkad se pojavljuje osjećaj da po tijelu gmižu neke sitne životinje (ova se vrsta taktilne halucinacije naziva formikacija). Mogući štetni učinci jesu aritmije, infarkt miokarda, miokarditis, subarahnoidalno krvarenje i konvulzije. Simptomi sustezanja od kokaina jesu disforija (neugodno rasplazanje), anhedonija (gubitak volje i interesa), anksioznost, razdražljivost i umor. [10]

Kokain stvara psihološku ovisnost. Ponekad je vrlo duboka i snažna, osobito kada se rabe visoke doze te stimulirajuće droge. To dovodi do euforičnog uzbuđenja i povremeno halucinacijskih doživljaja. Upravo po tim osobinama cijene drogu konzumenti. Nije zabilježena pojava tolerancije ni psihičke ovisnosti pa tako ni apstinencijskog sindroma pri sustezanju. Jaka je tendencija da se nastavi uzimati drogu. Budući da kokain vrlo kratko djeluje, neki ga ovisnici moraju injicirati svakih 10-15 minuta. Pri tako čestom uzimanju, pojavljuju se toksični učinci, kao što su tahikardija, hipertenzija, midrijaza, mišićni grčevi, kokainske buhe, minijaturne vidne halucinacije, gubitak sna i ekstremna nervoza. Mogu se javiti halucinacije i paranoide sumanutosti, kao i nasilničko ponašanje. U toj fazi osoba može biti vrlo opasna. Vrijeme djelovanja droge ipak je prekratko da bi izazvalo dugotrajnije agresivno ponašanje. Smrt može nastati zbog kardiovaskularnog kolapsa ili zatajivanja disanja. [6]

Kokainski proizvodi stimuliraju CNS te pridonose osjećaju trenutačne lažne euforije i povećane aktivnosti. Kao posljedice konzumacije javlja se grčenje mišića, mogućnost srčanog udara, smanjenje teka, impotencija, psihičke smetnje (psihoze, izobličeno shvaćanje stvarnosti i sl). [7]

- **Kanabis**

U tu skupinu ubrajaju se marihuana i hašiš, kao i drugi preparati koji se dobivaju od indijske konoplje. Imaju psihoaktivno djelovanje. Kao štetne posljedice konzumacije, javlja se nemogućnost koncentracije, smanjen imunitet, glavobolja i mučnina, osjećaj uznemirenosti i sl. [7]

Kronično ili periodično uzimanje kanabisa ili tvari koje sadrže kanabis, izaziva određeni stupanj psihičke ovisnosti zbog poželjnih subjektivnih učinaka, ali ne dolazi do fizičke ovisnosti. Nakon prestanka uzimanja droge ne pojavljuje se apstinencijski sindrom. Kanabis se može konzumirati i redovitim epizodama, bez utjecaja na socijalno funkcioniranje. Uzimanje te droge je vrlo rasprostranjeno. Uobičajen je način konzumacije pušenje cigareta napravljenih od biljke *Vannabis sativa* ili kao hašiš, prešana smjenka biljke. [6]

Da bismo postavili dijagnozu ovisnosti o kanabisu (ili o opijatima, kokainu, halucinogenima), potrebno je da dođe dorazvoja tolerancije na tu tvar do razvoja simptoma sustezanja kad se tvar ne uzima, da osoba nema kontrole nad uzimanjem tvarim da postoji žudnja za tom tvari, da uzima tu tvar unatoč spoznaji o njezinim štetnim posljedicama. Kanabis je (nakon nikotina i alkohola) najčešće korištena psihoaktivna tvar. Učinci uzimanja kanabisa jesu pojačanje prethodnog raspoloženja (dakle, osoba koja je prije pušenja trava bila vesela bit će još raspoloženije, euforična, dok će osoba koja je bila neraspoložena biti još tužnija i nezadovoljnija), promijenjen doživljaj prostora i vremena, crvenilo očiju, suha usta, tahikardija, kašalj, pojačan apetit. Učinak kanabisa traje oko 8h. Štetni učinci kroničnog uzimanja kanabisa su razvoj anksioznosti, paranoidnih ideja, smetenih stanja pa čak i psihotičnih poremećaja. [10] Štetna djelovanja kanabisa su nemogućnost koncentracije, smanjeni imunitet, glavobolja i mučnina, stanje uznemirenosti i psihoza. Tjelesni pokazatelji su velike proširene zjenice, zakrvavljene oči i suhe usne.[7]

Simptomi sustezanja su razdražljivost, mučnina, nesаница i anoreksija. Još jednom valja napomenuti da kanabis nije neka bezopasna (pa čak i korisna tvar), već upravo suprotno – kanabis je droga koja ima štetne psihičke i fizičke posljedice. [10]

**III. SKUPINA** – tvari koje imaju halucinirajući učinak (LSD, ecstasy). One izazivaju iskrivljenu sliku stvarnosti kod korisnika. Boje, zvukovi i mirisi doživljavaju se drugačije. Također, kod korisnika tih sredstava normalna je i pojava gubljenja osjećaja za vrijeme. [7]

- **LSD**

Međunarodni najpoznatiji halucinogen. Najčešće se pojavljuje u obliku tableta, ali zbog lakšeg krijumčarenja razmazuje se i po poštanskim markicama, djelićima platna i listovima želatine. Najčešće se unosi u organizam u obliku tableta ili lizanjem stvari premazanih LSD-em. [7]

Te tvari induciraju stanje pobuđenosti CNS-a i središnju autonomnu hiperaktivnost, što se očituje promjenom raspoloženja (obično euforijom, ponekad depresijom) i percepcije. Prave halucinacije pojavljuju se rijetko. Psihička ovisnost o halucinogenima varira, ali obično nije

intenzivna. Pri naglom stezanju, nema dokaza o fizičkoj ovisnosti. Visoki stupanj tolerancije na LSD brzo se razvija i brzo nestaje. U nekih konzumentata halucinogena, osobito LSD-a, uglavnom u kroničnih konzumentata, mogu se pojaviti neki učinci droge i nakon prestanka uzimanja. Te se epizode nazivaju ponovno preživljavanje (flashback). Sastoje se od vidnih iluzija, ali i iskrivljenja bilo kojeg osjeta (uključujući i percepciju vremena, prostora i slike o sebi) ili pojave halucinacija. Takve epizode može potaknuti uzimanje marihuane, alkohola ili barbiturata, stres i umor, ili se pak pojavljuju bez vidljivog razloga. Nepoznat je mehanizam kojim nastaje ponovno proživljavanje, a ovaj fenomen obično nestaje nakon šest mjeseci do jedne godine. [6]

Učinak halucinogena najčešće traje od 10-14 sati i simptomi intoksikacije jesu intenziviranje senzoričkih percepcija (točnije, boje se vide "jasnije, jače", zvukovi su glasniji, snažniji) i sintstezije (tj. pojava da podražaj u jednom senzoričkom području izaziva osjet u drugom, npr. vide se tonovi ili se čuju boje). Usporen je doživljaj protoka vremena, promijenjena je slika tijela. Česte su panične atake, a moguće je nepredvidljivo i opasno ponašanje. Od tjelesnih učinaka najčešće su hipertenzija, tahikardija i midrijaza. Kao što je iz upravo napisanog vidljivo, različite psihoaktivne tvari mogu dovesti osobu u potpuno izmijenjeno stanje svijesti, mogu promijeniti opažaje (percepciju), dezinhibirati ponašanje čovjeka i dovesti do psihotičnih simptoma. Upravo su to najveće opasnosti uzimanja (akutne intoksikacije). Zbog toga osobu intoksiciranu psihoaktivnom tvari treba imati pod strogim nadzorom, zbog moguće štete i opasnosti koje može nanijeti sebi ili drugima, ali i zbog štetnih fizičkih učinaka tvari (čak i smrti). [10]

## 6. Djelovanje psihoaktivnih tvari

Droge koje uzrokuju ovisnost djeluju na CNS i imaju jedan ili više od navedenih učinaka:

- ushit, euforija ili druge promjene raspoloženja koje su ugodne za osobu
- osjećaj povećanih mentalnih i fizičkih sposobnosti
- promijenjena senzorička percepcija
- promijenjeno ponašanje

Droge se mogu podijeliti na one koje izazivaju psihičku ovisnost, a tu spadaju kokain, marihuana, amfetamin, LSD i sl. Prestanak uzimanja tih droga ne uzrokuje snažan, tipični apstinencijski sindrom. No, ponekad reakcija koja nastaje nakon prestanka uzimanja podsjeća na apstinencijski sindrom (npr. depresija i letargija nakon prestanka uzimanja kokaina i amfetamina, tipične promjene u EEG-u nakon prestanka uzimanja amfetamina). Jedinstvena definicija ovisnosti o psihoaktivnim tvarima nije poželjna ni moguća. Ovisnost se odnosi na stil života koji u sebi sadrži samu ovisnost, fizičku i psihološku, ali pretežno ističe stalnu kompulzivnu uporabu i dominantno bavljenje drogom. Ovisnost još podrazumijeva i rizik i oštećenje nastalo neprekidnim uzimanjem droge, kao i potrebu da se prestane s uzimanjem droge, bez obzira da li to ovisnik razumije i slaže se s tim ili ne. Također, postoje i one psihoaktivne tvari koje izazivaju psihičku i fizičku ovisnost, a to su heroin, alkohol, barbiturati i anksiolitici. [6]

Različite psihoaktivne tvari mogu dovesti osobu u potpuno izmijenjeno stanje svijesti, mogu promijeniti opažanje (percepciju), dezinhbirati ponašanje čovjeka i dovesti do psihotičnih simptoma. Upravo su to najveće opasnosti jednokratnog uzimanja (odnosno akutne intoksikacije). Zbog toga osobu intoksiciranu psihoaktivnom tvari treba imati pod strogim nadzorom, zbog moguće štete i opasnosti koje može nanijeti sebi ili drugima, ali i zbog štetnih fizičkih učinaka tvari (čak i smrt). Drugi je problem mogućnost razvoja ovisnosti koja sa sobom nosi velike zdravstvene, socijalne, obiteljske i radne probleme. [10]



## 7. Problematika života osoba ovisnika o psihoaktivnim tvarima

Ljudi na različite načine doživljavaju svoja životna iskustva, strahove pred nepoznatim, uzbuđenja i promjene. Ako je sredina obilježena nesigurnošću, nedostatkom ljubavi i lošim primjerima odraslih, povećava se mogućnost za poremećaj razvoja ličnosti, što može dovesti do psihičke neuravnoteženosti, kriminaliteta i asocijalnog ponašanja. Nezaposlenost i loša socijalna situacija čimbenici su koji se zakonski ne mogu vezati za zloupotrebu opojnih droga, ali postoje primjeri veze između tih dvaju fenomena. Osoba koja zapadne izvan granica zajednice modernog i industrijskog života gubi vjerojatno vjeru u samog sebe i svoje osobne mogućnosti. U tako teškoj situaciji postoji rizik za zloupotrebu droge ili alkohola. Droga na trenutak ublažava psihičke probleme i pruža osjećaj pripadanju skupini. [7]

Ovisničku osobnost opisali su na različite načine mnogi bihevoristi, ali postoji malo znanstvenih dokaza o tome da takva osobnost zaista postoji. Neki su zaključili da su ovisnici u osnovi osobe koje se ne mogu suočiti sa stvarnošću pa bježe u ovisnost. Drugi su ovisnike opisali kao shizoidne osobe, ustrašene, povučene i potištene, koje u anamnezi imaju pokušaje samoubojstva i koje sebi nanose mnoge ozljede. Ovisnici su opisani kao ljudi koji su izrazito oslonjeni na drugu osobu u svojim odnosima i često pokazuju nekontrolirani nesvjesni gnjev i nezrelu seksualnost. Takvi opisi mogu proizlaziti iz stava onoga tko ih iznosi. Kliničari, bolesnici i cjelokupna kultura sklona je prikazivati ovisnost u kontekstu disfunkcionalnog života ili životnih razdoblja i odabrati drogu ili uporabu droge kao krivca za disfunkcionalnost. [6]

Posljedice koje droga uzrokuje pojedincima, obiteljima i zajednici smatraju se jednim od najtežih sociopatoloških pojava današnjice. Droga je problem koji se ne događa drugima, svaka mlada osoba je u mogućnosti doći u dodir s drogom, bez obzira da li raspolaže s puno ili malo novca, je li odgojena strogo ili popustljivo. Motivi mladih osoba koji započinju s uzimanjem droge su mnogi i različiti: radoznalost, težnja pripadnosti vršnjacima, nesposobnost da se riješe konfliktne situacije i slično. I to bez obzira na to radilo se o takozvanim lakšim ili težim drogama. Svaki početak, ma kako se bezazlenim i bezopasnim činio, može završiti tragično. Put je uglavnom uvijek isti, a vodi kroz četiri faze. Te faze su:

### I. FAZA - PROBA

Droga se isprobava da bi se ispitali učinci same droge ili na nagovor. Dio ljudi koji su isprobali drogu, ostanu samo na tome, dok će drugi za drogom posegnuti i drugi, treći put.

## II. FAZA - SVE ČEŠĆE S DROGOM

Osobe koje su probale drogu i kojima se droga sviđjela, uzet će drogu još koji put. Sve češće će uzimati drogu, u društvu, za dobro raspoloženje i sl. Pri tome se troši sve više i više novaca. Osobe koje konzumiraju droge, smatraju da s konzumacijom mogu prestati kad god to požele.

## III. TREĆA FAZA – NAVIKA

Iz druge faze, vrlo je lako sklinzuti u treću. Ta je faza vrlo štetna, a ujedno i vrlo opasna. Osoba postaje zaokupljena drogom. Osoba je uzima da bi se lakše nosila sa životnim problemima. Zanemaruju se dnevne obaveze, gubi se dah u školi, na poslu, dolazi do gubitka starih prijatelja. Osobe se kreću u novom društvu, društvu narkomana. Sve teže je prestati s konzumiranjem droge. Postoji mogućnost da će osoba na kraće vrijeme prestati s konzumiranjem droge, ali će prva prigoda ili prvi problem na koji osoba naleti potaknuti ponovno uzimanje droge. Osoba postaje svjesna da uzimanje droge nije ispravno, ali jednostavno nije u stanju konzumaciju prekinuti, što joj dodatno ruši samopouzdanje.

## IV. FAZA – OVISNOST

Najštetnija i najopasnija faza, gdje osoba ne može sama vladati svojim životom, već glavnu ulogu ima droga. Ona postaje najvažnija, zbog nje se sve zanemaruje i bez droge se više ne može. Problemi se tiču školovanja, pronalaska ili zadržavanja posla i sl. Droga više ne čini nikakvo zadovoljstvo, ali bez nje se više ne može, jednostavno se mora uzimati. Ovisnost o drogi se manifestira u svim područjima života. Ovisnik zanemaruje obaveze, neprimjereno se ponaša, mijenja mu se društveni život, gubi prijatelje, a do napetosti i sukoba dolazi i u obitelji. [10]

Redovito uzimanje psihoaktivnih supstanci ili ponavljanje nekog (negativnog) ponašanja postaje za osobu nužno da bi mogla relativno "normalno" funkcionirati. S vremenom nastaju trajne negativne promjene ponašanja i odnosa prema okolini. Psihoaktivne supstance postaju čimbenik organizacije života. Svi načini da se udovolji porivu postaju tada prihvatljivi. Kaznena djela kao što su preprodaja droga, krađe, razbojstva, prostitucija i dr., nerijetko postaju uobičajen, svakodnevni način ponašanja. Ovisnik se postupno orijentira prema marginama društva, zanemarujući obitelj, prijatelje, rad, društvene obveze i vlastito zdravlje. [11]

### **7.1. Znakovi koji upućuju na postojanje problema**

#### I. Promjene u ponašanju

- izražena sklonost laganju, varanju, krađi
- problemi s policijom
- napuštanje starih prijatelja, izbjegavanje pričanja o novima
- posjedovanje veće količine novca
- nasilničko ponašanje, razdražljivost, tajnovitost
- ljutnja i izbjegavanje razgovora
- smanjena motivacija, nedostatak energije i samodiscipline
- smanjen stupanj samopouzdanja
- smanjeno zanimanje za prijašnje aktivnosti i hobije

## II. Znakovi tjelesnog propadanja

- teškoće u pamćenju i koncentraciji
- slaba koordinacija pokreta, nepovezan i nejasan govor
- nezdrav izgled, zapuštanje osobne higijene
- zakrvavljene oči, izrazito proširene ili sužene zjenice
- poremećaji ritma prehrane i spavanja
- gubitak tjelesne težine [11]

## **8. Sestrinske dijagnoze vezane uz konzumaciju psihoaktivnih tvari**

Sestrinske dijagnoze spadaju u dio, koji je vrlo važan u samoj zdravstvenoj njezi, a naziva se proces zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege označava pristup u otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege. Prvi put se spominje 1967. godine. Već tada proces je bio sastavljen od četiri faze od kojih je prva utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, zatim slijedi druga faza – planiranje zdravstvene njege, treća faza – provođenje zdravstvene njege i zadnja faza – evaluacija (analiziranje) zdravstvene njege. [12]

Postoji zaista velik broj sestrinskih dijagnoza vezanih uz konzumaciju psihoaktivnih tvari, a moguće dijagnoze su SMBS (kupanje, odijevanje i dotjerivanje, osobna higijena, itd.), visok rizik za infekciju, visok rizik za trombozu, anksioznost, visok rizik za ozlijede, visok rizik za pad i sl. [13]

Najčešće sestrinske dijagnoze u radu sa osobama ovisnim o psihoaktivnim tvarima su slijedeće:

### **I. Anksioznost u/s dolaskom u zdravstvenu ustanovu ili centre u kojima osoba traži pomoć**

Anksioznost je nejasan osjećaj neugode i / ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti.

Kritički čimbenici su:

- Dijagnostičke i medicinske procedure/postupci
- Prijetnja fizičkoj i emocionalnoj cjelovitosti
- Promjena uloga
- Promjena okoline i rutine
- Izoliranost (osjećaj izolacije)
- Smanjena mogućnost kontrole okoline
- Prijetnja socioekonomskom statusu
- Interpersonalni konflikti
- Nepoznati čimbenici – nema razloga za nastajanje vodećih obilježja [15]

Definirajuća obilježja:

- Razdražljivost
- Umor
- Verbalizacija straha i napetosti
- Osjećaj bespomoćnosti
- Otežana koncentracija
- Otežano suočavanje s problemom
- Smanjena komunikativnost
- Glavobolja
- Mučnina i/ili proljev
- Otežan san
- Plačljivost [15]

Intervencije medicinske sestre:

- Stvoriti profesionalni empatijski odnos
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Prepoznati neverbalne izraze anksioznosti
- Saslušati pacijenta do kraja bez prekidanja
- Omogućiti intimnu i diskretnu okolinu
- Pokazati zanimanje za pacijentov
- Poštivati i uvažavati želje i potrebe pacijenta [15]

## **II. Smanjena mogućnost brige o sebi (odijevanje i dotjerivanje)**

Smanjena mogućnost brige o sebi stanje je u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

Kritički čimbenici:

- Senzorni, motorni i kognitivni deficit
- Dob pacijenta
- Bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta, reumatoidni artritis...
- Neurološke bolesti: cerebrovaskularni inzult, ALS, demencija...
- Dijagnostičko terapijski postupci: i.v terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenaže...

- Psihičke bolesti: depresija, ovisnosti...

Definirajuća obilježja:

- Nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja odjeće
- Nemogućnost samostalnog zakopčavanja odjeće
- Nemogućnost samostalnog odabira odjeće
- Nemogućnost samostalnog odijevanja / svlačenja gornjeg djela tijela
- Nemogućnost samostalnog odijevanje / svlačenja donjeg djela tijela
- Nemogućnost samostalnog dotjerivanja

Intervencije medicinske sestre:

- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć
- Pomoći pacijentu u namještanju / korištenju pomagala
- Svu potrebnu odjeću, pribor, pomagala staviti na dohvat ruke pacijenta
- Pomoći pacijentu koristiti pomagalo
- pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću
- Poticati pacijenta da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima
- Poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem. [15]

### **III. Visok rizik za ozljede**

Visok rizik za ozljede jest prijeteća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca. [15]

Kritički čimbenici:

- Kemijski: otrovi, lijekovi, alkohol, kofein, nikotin
- Smanjena sposobnost orijentacije u prostoru
- Dezorijentiranost
- Napadaji
- Halucinacije
- Nestabilni vitalni znakovi
- Psihomotorna agitacija [16]

Intervencije medicinske sestre:

- Procijeniti razinu dezorijentiranosti klijenta kako bi se utvrdila specifičnost
- Formulirati odgovarajući plan skrbi
- Uzeti u obzir povijest lijekova
- Uzeti uzorak urina za laboratorijske analize tvari
- Staviti klijenta u mirnu, privatnu sobu
- Pratiti vitalne znakove klijenata svakih 15 minuta
- Kontrolirati uzimanje lijekova

#### **IV. Neučinkovito suočavanje**

Neučinkovito suočavanje može se opisati kao nemogućnost formiranja valjane procjene stresora, kao neadekvatni izbor praktičnih odgovora i/ili nemogućnosti korištenja raspoloživih resursa.

Kritički čimbenici:

- Neadekvatni sustavi podrške
- Neodgovarajuće vještine suočavanja
- Nerazvijeni ego
- Mogući nasljedni čimbenik
- Disfunkcionalni obiteljski sustav
- Negativno modeliranje uloga
- Osobna ranjivost [15]

Definirajuća obilježja:

- Nisko samopouzdanje
- Kronična tjeskoba
- Kronična depresija
- Nemogućnost zadovoljenja očekivanja uloga
- Promjena u društvenom sudjelovanju
- Nemogućnost zadovoljenja osnovnih potreba

- Zloupotreba kemijskih sredstava
- Niska tolerancija frustracije
- Potreba za neposrednim zadovoljstvom
- Manipulativno ponašanje

Intervencije medicinske sestre:

- Uspostaviti povjerljive odnose s klijentom
- Postaviti ograničenja na manipulativno ponašanje
- Potaknuti klijenta da verbalizira osjećaje, strahove i tjeskobe
- Odgovoriti na sva pitanja koja pacijent možda ima u vezi poremećaja
- Objasniti učinke zloupotrebe tvari na tijelo
- Istražiti s klijentom dostupne opcije za pomoć pri stresnim situacijama umjesto da se pribjegava zloupotrebi droga (psihička vježba, tehnike opuštanja, meditacija) [16]

## **V. Nedostatak znanja u/s učincima psihoaktivnih tvari na tijelo**

Odsutnost ili nedostatak kognitivnih informacija vezanih uz posljedice zloupotrebe psihoaktivnih tvari na tijelu i njihov utjecaj na postizanje i održavanje optimalnog stanja organizma.

Kritički čimbenici:

- Nisko samopouzdanje
- Zabrana potrebe za informacijama
- Odbijanje rizika vezanih uz zloupotrebu opojnih sredstava
- Nepoznavanje izvora podataka

Definirajuća obilježja:

- Zloupotreba tvari
- Izjava o nedostatku znanja
- Izjava o zabludi
- Zahtjev za informacijama
- Verbalizacija problema

Intervencije medicinske sestre:

- Procijeniti razinu znanja pacijenta u pogledu učinaka psihoaktivne tvari na tijelo



- Procijeniti razinu anksioznosti i spremnost pacijenta na učenje
- Odrediti način učenja koji je najprikladniji za pacijenta (rasprava, pitanje i odgovor, upotreba zvuka ili vizualne slike, itd.)
- Naglasiti opasnost o fizičkim učincima tvari (fiziološku i psihološku ovisnost kao i utjecaj na obiteljsko funkcioniranje)
- Pružiti pacijentima aktivnosti u kojima može aktivno sudjelovati u vježbama učenja
- Osigurati pozitivne povratne informacije za sudjelovanje, kao i za točne demonstracija stečenog znanja [16]

## 9. Pregled faza liječenja ovisnika

Liječnici koji se bave ovisnicima moraju dobro poznavati državne i lokalne zakone i propise koji se odnose na liječenje ovisnika. [6]

Liječenje ovisnosti je dugotrajan i mukotrpan posao cijelog tima zdravstvenih stručnjaka koji u tome sudjeluju, kao i obitelj ovisnika. Liječenje se sastoji od više faza koje različito dugo traju. Prva faza liječenja naziva se faza detoksikacije, a to je faza u kojoj ovisnik prolazi kroz jedno iznimno teško razdoblje. Potrebno je naglasiti da ovisnik rijetko na liječenje dolazi svojevrijedno. Obično ga na to nagoni prisila okoline (obitelji) ili zakona, odnosno teška nužda, tj. nemogućnost da na drugi način dođe do psihoaktivne tvari (droge). Ono čega se ovisnik najviše boji u toj fazi liječenja je apstinencijska kriza, bez obzira na to je li je osobno već iskusio ili je o njoj samo slušao priče. Neposredno nakon prekida uzimanja droge kod ovisnika se pojavljuju znaci fizičke ovisnosti kao primarni apstinencijski sindrom koji traje sedam dana ili dulje, nakon čega slijedi kronični sekundarni sindrom koji traje šest mjeseci. Težina apstinencijske krize mogla bi se usporediti s nešto težim oblikom gripe, a karakterizira je hiperaktivnost središnjeg i autonomnog živčanog sustava. Ovisnik se tuži na bol, neraspoloženje, uznemirenost, a pojavljuju se midrijaza, suzenje očiju i proljevi. Ubrzo nakon apstinencije gubi se tolerancija na sve navedene učinke droge. To može biti jedan od razloga smrtnog ishoda ako ovisnik nakon razdoblja nakon razdoblja apstinencije uzme jednako veliku količinu droge kao što je uzimao nakon prekida. Psihička ovisnost o opijatima jako je izražena i prisutna je znatno duže od fizičke ovisnosti, tako da je čest recidiv među ovisnicima relativno uspješnog prekida uzimanja droge (psihoaktivne tvari). Apstinencijska kriza u tjelesno zdravog ovisnika bezopasna je za njegovo tjelesno zdravlje, ali može znatno ugrožavati ne samo zdravlje nego i život tjelesno jako iscrpljene osobe. I kod tjelesno zdravih ovisnika daju se lijekovi s ciljem ublažavanja simptoma apstinencijske krize. Ovisnicima se apstinencijska kriza znatno olakšava davanjem metadona (sintetski opijat) koji svojim djelovanjem nadomješta prethodno uzimanu drogu. Metadon ovisnicima samo olakšava apstinencijsku krizu, ne daje im onaj osjećaj euforičnog zadovoljstva koji uzimaju pri uzimanju heroina. [7]

U drugoj se fazi ovisnika nastoji naučiti na život bez droge, uz osmišljavanje njegove budućnosti, uz promjenu životnog stila i prijašnjeg društva, uz prihvaćanje novih životnih vrijednosti, samopoštovanja i odgovornosti. To je dugotrajan i mukotrpan postupak, pri čemu su češći recidivi. Ta se faza liječenja odvija u okviru različitih terapijskih zajednica, koje čine članovi ovisnici o drogama u fazi apstinencije, a djelovanje im je usmjereno na održavanje

apstinencije, promjenu ponašanja, učenju korisnih socijalnih vještina, prekidanje s kriminalnim i antisocijalnim ponašanjem. Zajednice su donekle različite u svojoj metodologiji, dobnim skupinama članova, ali su im zadaci posve isti. Većinom ih vode neprofesionalni djelatnici, dobrovoljci ili izliječeni ovisnici, pravila su vrlo stroga i pridržavanje tih pravila, uz apstinenciju od droge i nasilničkog ponašanja, bezuvjetni su zahtjevi za opstanak u zajednici. Tijekom vremena, a boravak može trajati i do dvije godine, kako ovisnici životom i ponašanjem u zajednici dokažu da se mogu odgovorno ponašati, oni napuštaju zajednicu i nastavljaju dalje živjeti izvan nje poput ostalih članova društva. Za boravak i rad u zajednici potrebna je velika motivacija (a to je upravo ono što ovisniku najčešće nedostaje ) tako da u prvim mjesecima, koji su najteži, mnogo članova odustane. [14]

Sindrom sustezanja od opijata općenito obuhvaća simptome i znakove suprotne farmakološkim učincima droge (tj. hiperaktivnost središnjeg živčanog sustava). Simptomi se počinju pojavljivati već četiri do šest sati nakon sustezanja i dosežu vrhunac 36 do 72 h (pri ovisnosti o heroinu). Početnoj anksioznosti i žudnji za drogom pridružuju se ostali simptomi sve jačim intenzitetom. Pouzdan je rani znak apstinencijske krize ubrzanje disanja na  $>16/\text{min}$ , obično praćeno zijevanjem, znojenjem, suženjem očiju i iscjetkom iz nosa. Drugi su simptomi midrijaza, piloerekcija (guščja koža), tremor, mišićni grčevi, valovi topline i gladnoće, bolovi u mišićima i anoreksija. Tjelesne komplikacije ovisnost o opijatima mogu razviti različite plućne bolesti, poremećaje funkcije jetre, mišićno-koštane poremećaje, imunosne poremećaje, neurološke poremećaje kao i različite druge komplikacije. O dugoročnoj terapiji ovisnika o opijatima ne postoji jedinstven stav. Tisuće ovisnika o opijatima uključeno je u program održavanja metadonom. Postojala je nada da će dovoljne doze oralnog metadona u liječenju ovisnika (najviše heroinskih), kada se ukloni problem nabave droge, omogućiti tim osobama da vode socijalno produktivan život. Osim toga, metadon bi trebao blokirati učinke injiciranog heroina i olakšati glad za drogom. Rješavanje apstinencijske krize, bez obzira na to koliko ima tešku kliničku sliku i koliko teškoća zadaje liječnicima, traje relativno kratko i može se prevladati relativno uspješno. Tek tada počinje težak i dugotrajan, nažalost još samo djelomično uspješan proces održavanja apstinencije i povratak ovisnika u zajednicu. Koncept terapijske zajednice pojavio se prije više od 25 godina kao odgovor na probleme vezane uz uzimanje heroina. Pokret je u stalnom porastu. Program zasnovan na zajednici traje relativno dugo (obično 15 mjeseci). Liječenje ovisnika je dugotrajan proces kojim se bave izvanbolnički i bolnički timovi. Za uspješno rješavanje problema ovisnosti u našem društvu od iznimne je važnosti suradnja bolničkih i vanbolničkih timova, te suradnja sa zajednicom. Uloga medicinske sestre je izuzetno važna kako u prevenciji ovisnosti, naročito patronažne sestre i

sestre u službi školske medicine, tako i u detoksikacijskom programu kada je medicinska sestra jedini zdravstveni stručnjak koji je sa ovisnikom 24 sata na dan.

## 10. Prevencija ovisnosti

Veliku ulogu u prevenciji ovisnosti ima upravo medicinska sestra (patronažna sestra, sestra školske medicine), jer one specifičnim intervencijama – savjetovanjem i edukacijom pridonose boljoj informiranosti zajednice, osobito mladeži i školske djece. Drugim riječima, zadaća je medicinske sestre da svakodnevno u svom radu (bez obzira na kojoj razini zdravstvene zaštite radi) senzibilizira zajednicu za problem ovisnosti. Uloga medicinske sestre je iznimno važna u fazi detoksikacije ovisnika koja traje oko četiri tjedna, a u kojoj oni prolaze kroz teško razdoblje hospitalizacije. U tom razdoblju medicinska sestra je jedini zdravstveni stručnjak koji s ovisnikom provodi 24h na dan te znatno utječe na ishod liječenja ovisnika. U svim vremenima i kulturama čovjek je rabio neke oblike droga. Uloga medicinske sestre dolazi do izražaja u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji ovisnosti. [7]

I medicinska profesija može ponekad nenamjerno pridonijeti štetnoj uporabi psihoaktivnih tvari previše revnim propisivanjem lijekova za životne probleme i propustima u sprječavanju preprodaje propisanih lijekova. Stoga je vrlo bitno naglasiti važnost pravilnog uzimanja propisanog lijeka, kao i mogućnost nastanka štetnih posljedica uzrokovanih pogrešnom primjenom. Zloraba lijekova koje propisuju liječnici i izbjegavanje ilegalnih droga pojavljuje se češće u osoba visokog obrazovnog i profesionalnog statusa. Ponekad bolesnici opravdavaju uporabu lijeka krizom, pritiscima na poslu, obiteljskom tragedijom, pritiscima na poslu, obiteljskom tragedijom, a to im stvara privremenu anksioznost i depresiju. Većina bolesnika istodobno zlorabi alkohol ili neku drugu drogu, stoga je vrlo važno prepoznati i prevenirati daljnje zlopotrebljivanje lijekova kao droge. [6]

### 10.1. Vrste preventivnih strategija s obzirom na stupanj rizika

Osamdesetih godina prošlog stoljeća Kornberg i Caplan (1980.) definiraju tri razine prevencije: primarnu, sekundarnu i tercijarnu. Navedene razine prevencije nose u sebi i vremensku dimenziju, pa se mjere primarne prevencije poduzimaju prije pojave problema u funkcioniranju osobe, sekundarna prevencija nakon pojave prvih znakova, a tercijarna prevencija nakon manifestacije smetnje. Kako bi se usvojila recentnija terminologija, Mendes i suradnici (2001.) predlažu pojmove - prevencija, liječenje (tretman) i reintegracija, pri čemu se prevencija odnosi na primarnu prevenciju, liječenje na sekundarnu prevenciju, a reintegracija na tercijarnu prevenciju. Autori smatraju da se prevencija, u kontekstu zlorabe droga, sastoji od niza

postupaka koji pomažu pojedincu da ne konzumira drogu. Ipak, u literaturi je najprisutnija klasifikacija prevencije, s obzirom na stupanj rizika, na univerzalnu, selektivnu i indiciranu. Ovu podjelu prvi je predložio Gordon (1987.), a kasnije je i šire prihvaćena, pa tako i od američkog Nacionalnog instituta za zlouporabu droga (Preventing Drug Use Among Children and Adolescent, 2003.) te Europskog nadzornog centra za nadzor droga i ovisnost o drogama (EMCDDA, 2010.). Može se govoriti o svojevrsnom filteru između univerzalne i selektivne te selektivne i indicirane prevencije. U univerzalnoj prevenciji svi korisnici programa se smatraju jednakima, tj. niskorizičnima s obzirom na moguću pojavu ovisnosti o drogama. Filter za selektivnu prevenciju predstavljaju socijalni i demografski indikatori (npr. marginalizirane etničke skupine, malodobni delikventi, nepotpune obitelji, problemi u susjedstvu i sl.), a za indiciranu prevenciju osoba u riziku treba imati i dijagnozu postavljenu od stručnjaka (npr. deficit pažnje, problemi u ponašanju i sl.). [17]

#### **10.1.1. Univerzalna prevencija ovisnosti o drogama**

Univerzalni programi prevencije ovisnosti namijenjeni su općoj populaciji djece i mladeži, njihovim roditeljima, ali se provode i u užoj i široj društvenoj zajednici. Cilj univerzalne prevencije jest spriječiti ili odgoditi zlouporabu droga, a temelji se na različitim pristupima. Univerzalni programi prevencije provode se na širokim skupinama populacije bez prethodnog utvrđivanja stupnja rizika prema mogućoj zlouporabi droga. Prvi programi univerzalne prevencije ovisnosti počivali su na pružanju informacija i afektivnom odgoju (programi utemeljeni na kognitivnoafektivnim teorijama, npr. Fishbein i Ajzen, 1975.). Ciljevi programa bili su usmjereni na podizanje svijesti mladih o opasnostima i posljedicama zlouporabe droga te na jačanje potencijalnih medijatora protiv zlouporabe droga (kao npr. samorazumijevanje, samoprihvatanje, samopoštovanje). [17]

#### **10.1.2. Selektivna prevencija ovisnosti o drogama**

Programi selektivne prevencije ovisnosti namijenjeni su subpopulaciji koja u odnosu na opću populaciju pokazuje povećani stupanj rizika prema zlouporabi droga. Riječ je o ranjivoj subpopulaciji kod kojih je rizik od pojave ovisnosti značajno viši od prosjeka, bilo imanentno ili se javlja tijekom života. Selektivni programi prevencije intenzivnije su naravi, vremenski dužeg trajanja, usmjereni prema identificiranom čimbeniku rizika, financijski su skuplji, a u njihovu izvedbu uključeni su obrazovani stručnjaci. Školski selektivni programi prevencije

donose intervencijske aktivnosti za učenike sa socijalnim problemima, učenike koji izostaju s nastave ili učenike sa slabim školskim postignućima. Prema Jones i suradnicima (2006.), djeca isključena iz škola i djeca čiji su roditelji ovisnici mogu biti naročito ranjivi te predstavljati rizičnu skupinu. Na razini lokalne zajednice osmišljeni su selektivni preventivni programi za malodobne delikvente, pripadnike marginaliziranih etničkih skupina, mladež koja eksperimentira s drogama te za one koji stanuju u siromašnim i zapuštenim četvrtima. Selektivna intervencija namijenjena je i obiteljima koje su u riziku. [17]

### **10.1.3. Indicirana prevencija ovisnosti o drogama**

Indicirani programi smjeraju prevenirati ili reducirati daljnju zlouporabu droga, odnosno spriječiti daljnji i brzi razvoj ovisnosti o drogama. Usmjereni su prema pojedincima koji su u fazi eksperimentiranja s drogama, odnosno u kojih još ne postoji klinička dijagnoza ovisnosti. U usporedbi s univerzalnim i selektivnim preventivnim programima, indicirana prevencija okrenuta je prema specifičnim pojedincima, a ne cjelokupnoj populaciji ili podskupinama u riziku. Indicirani programi prevencije traže preciznu procjenu individualnog rizika od pojave ovisnosti. Programi su dužeg trajanja i većeg intenziteta, a od sudionika zahtijevaju redovitu uključenost. U izvedbi programa sudjeluju izuzetno profesionalno osposobljeni stručnjaci koji rade individualno ili s manjim skupinama pojedinaca. Indicirana prevencija ovisnosti traži razumijevanje i procjenu rizičnih i zaštitnih čimbenika koji su povezani s pojavom ovisnosti. Usredotočuje se na pojedince koji manifestiraju značajne rizične čimbenike koji mogu dovesti do zlouporabe droga – školski neuspjeh, otuđenost od obitelji i škole, depresija, agresija, obiteljska nesloga, devijantna ponašanja i delikvencija i sl. Indicirani programi prevencije jačaju protektivne čimbenike u obitelji, školi i društvenom okruženju te potiču razvoj individualnih sposobnosti i osobnih karakteristika poput samopoštovanja, samokontrole, ustrajnosti, optimizma, životnog smisla, sposobnosti rješavanja problema i drugih sposobnosti.[17]

## 11. Zaključak

Medicinska sestra čini neizostavan dio tima koji skrbi za ovisnike, što od nje zahtjeva visoko obrazovanje, odgovornost i spremnost pravovremenog reagiranja. Uloga medicinske sestre u fazi apstinencijske krize ovisnika iznimno je važna, jer upravo u toj fazi oni prolaze teško razdoblje koje donosi niz fizičkih i psihičkih problema. U toj fazi medicinska sestra je jedini zdravstveni djelatnik koji s ovisnikom provodi 24 sata na dan te tako ona prva primjećuje probleme koji se javljaju i na njih treba znati adekvatno i pravovremeno reagirati. Upravo zbog toga naglasak je na stalnoj edukaciji medicinskih sestara čiji zadatak je pomoći ovisniku u fizičkim i psihičkim problemima adekvatnim sestrinskim intervencijama kroz period apstinencijske krize, a pomoći mogu samo ako imaju potrebno znanje. Liječenje ovisnosti i rehabilitacija ovisnika se zasniva na holističkom pristupu prema pojedincu, imajući u vidu cjelovitost osobe. Iz toga proizlazi da medicinska sestra mora imati veliko znanje iz opće medicine i znanje iz kliničke psihijatrije, psihofarmakologije, biofarmakologije, psihodinamike, psihopatologije vezane uz prekomjerno uzimanje sredstava ovisnosti. Ona mora znati prepoznati psihopatologiju određenih simptoma. Ona je uz bolesnika 24h i svojim ustrajnim i nesebičnim radom stiče neizmjereno povjerenje pacijenta, njegove obitelji, rodbine i prijatelja. Jednostavno, svojim načinom rada obavlja svakodnevne osnovne obveze oko bolesnika. Bolesnici su često stigmatizirani tako da mora svojim radom djelovati i edukativno. Također obavlja i klasičnu sestrinsku njegu, te potiče bolesnika kako bi postao čim prije samostalniji i resocijaliziran.

Problem ovisnosti i zlouporaba psihoaktivnih tvari jedan je od većih problema današnjeg suvremenog svijeta čije se posljedice odražavaju na pojedincu, obitelji i cijelom društvu. Štetno djelovanje droga ostavlja posljedice na cjelokupnu osobu ali i na njeno okruženje. Ovisnost se odnosi na stil života koji sadrži samu ovisnost, fiziku i psihološku, ali pretežito ističe stalnu kompulzivnu uporabu i dominantno bavljenje drogom. Rekreativno uzimanje psihoaktivne tvari sve više postaje dio naše kulture, iako nije općeprihvaćeno u društvu i često je protuzakonito. Često se uzimaju i prirodne droge, tj. pripravci slični biljkama iz kojih su nastali, a sadrže mješavinu sastojaka i nisu izolirane psihoaktivne tvari (npr. sirovi opijum, alkoholna pića, marihuana, kava i drugi napitci koji sadrže kofein, halucinogene gljive i lišće koke). Droge se najčešće unose u organizam oralnim putem ili inhalacijom. Rekreativno uzimanje obično je popraćeno ritualima i nizom pravila, a najčešće se provodi u društvu. Za većinu vrsta ovisnosti zajednička su dva opća aspekta, a to su psihološka ovisnost koja je obilježena osjećajem



zadovoljstva i željom da se ponavljanim uzimanjem droge proizvede ugodna i izbjegne neugoda, te fizička ovisnost koja se definira kao stanje prilagodbe na drogu praćeno razvojem tolerancije i sindromom sustezanja ili apstinencijskim sindromom. Droge koje uzrokuju ovisnost djeluju na središnji živčani sustav i imaju više različitih učinaka, a neki od njih su: ushit, euforija, promijenjena senzorička percepcija, promijenjeno ponašanje, osjećaj povećanih mentalnih i fizičkih sposobnosti i sl. Razvoj ovisnosti o drogama složen je i neobjašnjen proces. Psihološke osobine svake osobe i dostupnost droga određuju izbor droge, način i učestalost uzimanja. Zloupotreba sredstava ovisnosti danas je najteži javnozdravstveni problem mladih u RH. Povremeno ili stalno trovanje drogama štetno je ne samo za osobu koja je konzumira nego i za društvo u cjelini. Droga je veliko zlo, ona svakog ovisnika ostavlja na kraju nesretnog i bolesnog. Postupak "povratka iz tame u svijetlo" je dugotrajan.

Posljedice koje droga uzrokuje pojedincima, obiteljima i zajednici smatraju se jednim od najtežih sociopatoloških pojava današnjice. Droga je problem koji se ne događa drugima, svaka mlada osoba je u mogućnosti doći u dodir s drogom, bez obzira da li raspolaže s puno ili malo novca, je li odgojena strogo ili popustljivo. Motivi mladih osoba koji započinju s uzimanjem droge su mnogi i različiti: radoznalost, težnja pripadnosti vršnjacima, nesposobnost da se riješe konfliktne situacije i slično. I to bez obzira na to radilo se o takozvanim lakšim ili težim drogama. Svaki početak, ma kako se bezazlenim i bezopasnim činio, može završiti tragično.

## 12. Literatura

- [1] <http://drugidoktor.hr/ovisnosti/> (06.06.2017.)
- [2] D. Lalić, M. Nazor, Narkomani - Smrtopisi, Zagreb: Alineja, 1997
- [3] S. Sakoman, Doktore, je li istina da trava čisti pluća. Zagreb: Sysprint, 1995.
- [4] <http://mixmagadria.com/feature/%C4%8Dovjek-i-psihoaktivne-tvari-kratka-povijest-dugog-prijateljstva> (06.06.2017.)
- [5] J. Dorsman, Kako se zauvijek riješiti droge, Copyright za hrvatsko izdanje V.B.Z. d.o.o., Zagreb, 2002
- [6] LJ. Moro, T. Frančičković i suradnici, Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije, Zagreb, 2011
- [7] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [8] D. Katalinić, dr. med. A. Huskić, Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2015. godini
- [9] [http://www.unizd.hr/portals/27/pdf/letak\\_ovisnost.pdf](http://www.unizd.hr/portals/27/pdf/letak_ovisnost.pdf) (06.06.2017.)
- [10] G. Arbanas, Psihijatrija, Udžbenik za 4. razred srednje medicinske škole za predmet Klinička medicina – psihijatrija, Naklada slap, Zagreb 2008.
- [11] <http://www.stampar.hr/sites/default/files/sluzbe/docs/2015/brosura-svijet-ovisnosti-web.pdf> (06.06.2017.)
- [12] <http://mssgracanica.com/farmacija/Skripta%20ZD%20Njege.pdf>
- [13] <http://sestrinstvo.kbcsm.hr/zdravstvena-njega-ovisnika-o-opijatima-u-apstinencijskoj-krizi/> (06.06.2017.)
- [14] V. Pozaić: Droga od beznada do nade, Diroeux,d.o.o. Biblioteka bioetika filozofskoteološki institut, Zagreb, 1999.
- [15] Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb 2011.g.

[16] M. Clark Townsend, Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing, Care Plans and Psychotropic Medications

[17] D. Nenadić-Bilan, Strategije prevencije ovisnosti o drogama, Sveučilište u Zadru



IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Nikola Milešić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Zdravje ovimika o pihocaktivnim tvarima (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Nikola Milešić  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Nikola Milešić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Zdravje ovimika o pihocaktivnim tvarima (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Nikola Milešić  
(vlastoručni potpis)