Uloga medicinske sestre u radu s obiteljima ovisnika o opijatima

De Lai, Ljiljana

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:088512

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ljiljana De Lai

Uloga medicinske sestre u radu s obiteljima ovisnika o opijatima

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Ljiljana De Lai

Uloga medicinske sestre u radu s obiteljima ovisnika o opijatima

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Školi narodnog zdravlja „ Dr. Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr.sc. Venije Cerovečki Nekić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD 1

2. OVISNOST O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA 3

2.1.Droge 4

2.1.1. Psihodepresori 5

2.1.2. Psihostimulatori 5

2.1.3. Halucinogeni 6

2.1.4. Marihuana i hašiš 6

2.2.Epidemiologija ovisnosti 7

2.3.Etiologija ovisnosti 9

2.4.Zaštitni i rizični čimbenici za razvoj ovisnosti 11

3. LIJEČENJE OVISNIKA O OPIJATIMA 13

3.1.DSM- IV kriterij za dijagnostiku ovisnosti 13

3.2.Strategija i programi u liječenju ovisnika o psihoaktivnim tvarima 14

3.3.Farmakoterapija u liječenju ovisnika o opijatima 16

4. OBITELJ I RODITELJSTVO 18

4.1.Roditelji i odgoj 18

4.2.Obitelj i ovisnosti 19

5. MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LIJEČENJU OVISNIKA 21

5.1.Obiteljska terapija 22

5.2.Rad s obiteljima opijatskih ovisnika 23

5.3.Uloga medicinske sestre u radu s ovisnicima i njihovim obiteljima 24

5.4.Primjena načela djelotvornog tretmana u radu s obiteljima ovisnika 26

5.5.Grupna radionica za obiteljsku terapiju 29

6. ZAKLJUČAK 31

7. ZAHVALE 33

8. LITERATURA 34

9. ŽIVOTOPIS 37

Uloga medicinske sestre u radu s obiteljima ovisnika o opijatima

Ljiljana De Lai

SAŽETAK

Ovisnost je bolest mozga, što su dokazala mnoga neuroznanstvena istraživanja a ponašanje ovisnika je rezultat funkcionalnog oštećenja struktura mozga odgovornih za donošenje odluka, strateško razmišljanje, planiranje i doživljaj ugode što dovodi do učestalih recidiva ako se ovisnika ne zaštiti farmakoterapijom. Zbog visoke adiktivnosti, opijati, a naročito heroin, nakon samo mjesec dana redovitog uzimanja, izazvat će tešku sliku fizičke i psihičke ovisnosti. Ovisnici u najvećem broju žive u primarnoj ili sekundarnoj obitelji, stoga posljedice bolesti ovisnosti zahvaćaju sve članove obitelji. Etiologija ovisnosti vezana je za više čimbenika koji su najčešće isprepleteni, a među najznačajnijima su disfunkcionalnost obitelji, biopsihološka dispozicija te karakteristike okruženja vezane za dostupnost droga, utjecaj supkulture vršnjačkih skupina, trendovi zabave, kvaliteta školskih programa te programa prevencije. Obitelj kao temeljna jedinica društva ima najznačajniju ulogu u zaštiti djece a odgojni stilovi i utjecaj različitih društvenih okolnosti važno mjesto u razvoju ličnosti. Istraživanja dokazuju da su autoritarni, preliberalni i odgoj neprilagođen potrebama djeteta najčešći odgojni pristupi u kojima su odrastali ovisnici. Liječenje je proces koji traje godinama. Uspostava biopsihološke funkcionalnosti mozga farmakoterapijom preduvjet je za uključivanje ovisnika u liječenje koji provodi multidisciplinarni tim u kojem medicinska sestra ima značajno mjesto jer je prva linija prihvaćanja ovisnika i njegove obitelji u proces liječenja. Obiteljska terapija je neizostavni dio u tom procesu, a obiteljski terapeut ima mjesto kao „vanjski“ pridruženi član obitelji koji sudjeluje u radu tako da na nepristran i objektivan način prati, analizira i procjenjuje odnose u obitelji te potiče promjene s ciljem kvalitetnijih odnosa i bolje funkcionalnosti.

Ključne riječi: ovisnik,obitelj, obiteljska terapija

Role of Nurses in working with Families of Opioid Addicts

Ljiljana De Lai

SUMMARY

Numerous neuroscientific researches studies have proved that addiction is a brain disease, and behaviour of an addict is the result of a functional damage of brain structures responsible for decision-making, strategic thinking, planning and experiencing pleasure, which leads to frequent relapses unless the addict is undergoing pharmacotherapy. Due to their high addictiveness, opiates, especially heroin, cause severe physical and mental addiction after only one month of regular use. Addicts mostly live in a primary or secondary family, so the consequences of addiction as a disease affect all family members. Aetiology of addiction is related to several factors, which are most often intertwined. Some of the most significant factors are family dysfunctionality, bio-psychological inclination, characteristics of one's environment related to availability of drugs, influence of peer subculture, entertainment trends, quality of school and prevention programmes. As the basic unit of society, family plays a significant role in the protection of children, while parenting styles and influence of various social circumstances play an important role in personality development. Research shows that the most common types of parenting styles in which addicts are brought up are the following: authoritarian, overly permissive or maladjusted to the needs of the child. Treatment is a years-long process. Establishing psychobiological functionality of the brain through pharmacotherapy is a prerequisite for including an addict in a course of treatment. Such treatment is conducted by a multidisciplinary team in which a nurse plays a significant role as the person who welcomes the addict and their family to the treatment process. Within that process, family therapy is crucial and family therapist assumes the role of an "outside" associated family member that takes part in the process and objectively observes, analyses and evaluates family relations, encouraging change with better quality and functionality of relationships in mind.

Keywords: addict, family, family therapy

1. UVOD

Zlouporaba sredstava ovisnosti se smatra jednim od najozbiljnijih javnozdravstvenih i sociopatoloških problema mladih suvremenog svijeta s teškim posljedicama za pojedinca, obitelj i zajednicu. Suvremeno društvo s ubrzanim stilom života, često s poremećenim sustavom vrijednosti, život pun stresova, zahtjeva i želja, rezultira nemogućnošću da se sačuva stabilnost i zdravlje obitelji kao bazične jedinice društva. Stoga je sve teže roditeljima da zaštite djecu od negativnih utjecaja i mogućeg skretanja u svijet ovisnosti (1,2).

Zlouporabu droga možemo definirati kao neprirodan, visokorizičan i društveno neprihvatljiv način zadovoljavanja prirodne ljudske potrebe za ugodom ili ublažavanjem boli, patnje ili stresa. Mnogi su razlozi i motivi za pojavnost zlouporabe sredstava ovisnosti: od stavova prema uporabi sredstava, o ponudi i dostupnosti na tržištu kao i o kvaliteti života koji utječe na potražnju istih (1). Rizik skretanja djece prema ovisničkom ponašanju je određen specifičnim međuodnosom više čimbenika a najznačajniji su: funkcionalnost obiteljskog sustava, biopsihološka dispozicija i utjecaj okruženja u kojem dijete odrasta (3).

U riziku za zlouporabu ali i razvoj ovisnosti mogu biti mladi koji imaju pozitivan stav prema drogama i njihovoj uporabi radi ugode, zabave ili rješavanje životnih problema. Naročito su u opasnosti mladi koji nakon konzumacije drogu doživljavaju kao izrazito ugodno iskustvo praćeno porivom da se ponovno uzme. Inicijalno konzumiranje droga koje kasnije dovode do ovisnosti najčešće započinje u ranom adolescentnom razdoblju kad sposobnost rasuđivanja i donošenje odluka još nije dovoljno razvijena te zbog toga odgovornost za ulazak u svijet droga ne možemo tražiti od djece. Odgovornost u najvećoj mjeri leži u sustavima koji brinu za djecu: obitelj, škola, zdravstvo i druge institucije. Istraživanja su pokazala da psihoaktivne tvari ometaju razvoj, organizaciju i strukturiranje rada mozga. Naročito se te promjene odražavaju na složene biokemijske procese i promjene u neuronskim sinapsama. Zbog neurotoksičnih učinaka uzrokuju funkcionalne promjene rada mozga, naročito limbičkog sustava sa dopaminskim centrima za ugodu (1,2,3). Ako se uzimanje droga nastavi u kontinuitetu, droge i ovisnički stil života postaju prioritet, a gubi se interes za drugim aktivnostima i zdravim obrascima ponašanja jer oni ne daju trenutni i intenzivni rezultat ugode.

Ovisnici najčešće dugi vremenski period vješto prikrivaju konzumiranje psihoaktivnih sredstava da bi se zaštitili od neugodnih reakcija svoje okoline (1).

Pošto se ne zna istina, reakcija okoline a najčešće članova obitelji je praćena konfliktima, što rezultira udaljavanjem ovisnika od obitelji i jačim vezanjem za skupine konzumenata droga. Pokušaji prestanka uzimanja psihoaktivnih sredstava praćeni su osjećajem nezadovoljstva, nelagode, praznine, a najefikasniji način da se to stanje prekine je ponovno uzimanje sredstva što je znak da je bolest već nastala (2).

Ovisnost je kronična recidivirajuća bolest mozga što su potvrdila mnogobrojna neuroznanstvena istraživanja. Ponašanje ovisnika ukazuje na funkcionalno oštećenje struktura mozga odgovornih za kontrolu ponašanja usmjerenih na doživljavanje ugode, planiranje, strateško razmišljanje i donošenje odluka. Zbog nastalih oštećenja i način života 80% ovisnika u kratko vrijeme nakon uspostave apstinencije recidivira ako se lijekovima ne osigura zaštita (2). Cijela problematika nije samo zdravstveni već i socijalni problem čije posljedice utječu na sve članove obitelji. Obzirom na tešku, kroničnu recidivirajuću bolest koja traje godinama, a za mnoge ovisnike i cijeli život, nužno je pružiti stručnu pomoć i ovisniku i njegovoj obitelji. Na taj način štitimo i zajednicu jer se posljedice ovisnosti odražavaju i na okolinu u kojoj živi ovisnik. Najveći postotak ovisnika živi u primarnoj obitelji te bolest jednog člana obitelji utječe na funkcioniranje cijele obitelji, često s teškoćama u komunikaciji i gotovo nemogućim suživotom. Koliko je obitelj zahvaćena problemom ovisnosti ovisi o mnogim faktorima, a najznačajniji su: dužina ovisničkog staža, uznapredovalost bolesti, uključenost u liječenje ovisnika i obitelji, nesvjesno podržavanje ovisničkog stila ponašanja i uzimanja droga od strane obitelji, prihvaćanje bolesti, strah od osude okoline. Bez obzira koji su faktori prisutni preporuka je što ranije uključivanje u proces liječenja i ovisnika i članova obitelji. Proces liječenja obuhvaća individualne, obiteljske i grupne terapijske postupke dugogodišnjeg a često i cjeloživotnog trajanja, a terapijski tim čine psihijatri, liječnici obiteljske medicine, medicinske sestre, psiholozi, socijalni pedagozi, socijalni radnici i radni terapeuti (1,2,3).

U 2015. godini u Hrvatskoj je sveukupno liječeno 7 533 ovisnika o psihoaktivnim sredstvima od čega su 6 123 opijatski ovisnici. Od svih liječenih opijatskih ovisnika oko 80 % živi u primarnoj ili sekundarnoj obitelji što je značajan podatak o potrebi sudjelovanja obitelji u liječenju (4).

2. OVISNOST O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Svjetska zdravstvena organizacija definira definiciju ovisnosti i zlouporabe prema kriterijima DSM-IV i ICD-10 koja kaže: „ Ovisnost kao bolest definira se kao psihičko, a katkada i fizičko stanje koje nastaje zbog međuodnosa živog organizma i (višekratnog uzimanja) psihoaktivne tvari, a karakterizirano je ponašanjem i drugim duševnim procesima koji uvijek uključuju unutarnju prinudu (znak gubitka kontrole zbog neodoljive žudnje) da se unatoč svjesnosti o prisutnim štetnim posljedicama (zdravstvenim, socijalnim i drugim), nastavi s povremenim ili redovitim uzimanjem tvari da bi se doživjeli ugodni učinci ili izbjegla patnja zbog sustezanja. Tolerancija može ili ne mora biti prisutna. Osoba može biti ovisna o više psihoaktivnih tvari istovremeno.“

Povijesno gledano, uporaba psihoaktivnih tvari datira unazad bar 10 000 godina, a povijesni dokazi u okviru kultura zadnjih 5 000 godina (5). Dokazi o upotrebi psihoaktivnih biljaka poznati su svjetskoj povijesti a jedan od njih je meskalin pronađen u Peruu u razdoblju 9 tisuća godina prije Krista. U Andama su pojedine kulture u istom razdoblju žvakale lišće koke a Kinezi su se opijali slatkim vinom 7 000 godina prije Krista. Drevni ostaci otkriveni nedaleko od Rima ukazuju da se na tom području uzgajao opijum. Među prvim primitivnim društvima droge su bile dozvoljene i najčešće su se koristile u religijskim i društvenim ritualima. Tijekom dva najvažnija razdoblja zapadne civilizacije, drevne Atene i Rimskog carstva, droga je bila sastavni dio društva. Postoje dokazi koji potvrđuju teorije da su mladi u Ateni u doba Perikla konzumirali supstancu sličnu LSD. Također je poznata uporaba droga tijekom ceremonije Eluzinskih misterija, te da je Marko Aurelije, rimski car i filozof, koristio opijum u velikim količinama (6).

Geopolitički opservatorij za droge O.G. D.- L Observatoire Geopolitique des Drogues objavio je Svjetski Atlas droga i to je prva povijesna, zemljopisna i geopolitička sinteza drevnog fenomena koji govori kakvu su ulogu imale droge na svim kontinentima u području kulture, trgovine i politike, te kakav je bio utjecaj droga kroz sva ljudska društva u vremenu i prostoru, preko vjere, medicine, znanosti te uzduž trgovinskih puteva. U Svjetskom atlasu droga se navodi da su droge srž mnogih sukoba kao što su Opijumski rat, ratovi u Afganistanu, Burmi, Libanonu, Peruu i Bosni. Poznata su korištenja droga u velikim misaonim pokretima hinduizma, budizma, u islamu te komercijalizacija droga, naročito opijuma i kanabisa. Povijest droga pratila je povijest civilizacija a širenje droga pratilo je seobe ljudi, poznati put

svile, vrijeme karavana, trgovina arapskih trgovaca, kolonijalne ekspedicije Europljana što dovodi do širenja korištenja kanabisa u Europi, koke u Južnoj Americi i opijuma u Jugoistočnoj Aziji (7).

U 19. stoljeću logika kemije potiskuje logiku magije. Znanstveni razvitak farmacije uspostavlja industriju droge a politička, ekonomska i militaristička nadmetanja postaju sve jača. Otada droge postaju ilegalne, ali i sve više predmet organiziranog kriminala koji je u dvadesetom stoljeću najizraženiji u talijanskoj mafiji, latinoameričkim kartelima i kineskim trijadama. Na kraju dvadesetog stoljeća droga postaje temeljnom činjenicom međunarodnih odnosa. Istraživači O.G.D.-a se nisu bavili liječenjem konzumenata niti policijskim mjerama suzbijanja narkokriminala, već su iznijeli činjenice koje nas navode na razmišljanja o posljedicama droga i disfunkcionalnosti suvremenog društva te što je potrebno poduzeti da bi se njegovale tradicionalne društvene, obiteljske i osobne vrijednosti i sačuvala obitelj, kao bazična jedinica društva, zdravom (7).

2.1. Droge

Droge su različite prirodne ili umjetne tvari psihoaktivnog djelovanja koje mogu dovesti osobu do ovisnosti ako se uzimaju određeni vremenski period, a nastaje kao posljedica međudjelovanja između sredstva i živog organizma. Takvo je stanje karakterizirano ponašajnim i drugim promjenama koje uvijek uključuju neodoljivu unutrašnju prisilu da se droga ponovno uzme unatoč spoznaji o štetnoj posljedici, bilo radi njenih poželjnih učinaka bilo da se izbjegnu patnje sustezanja (1).

Prema djelovanju na središnji živčani sustav droge se dijele na tri glavne kategorije:

1.Psihodepresori – sredstva umirujućeg i uspavljujućeg djelovanja.

2. Psihostimulatori – sredstva koja stimuliraju SŽS.

3. Halucinogeni – sredstva koja iskrivljuju opažanja i doživljavanje stvarnosti.

Droge sa miješanim djelovanjem su kanabinoidi, marihuana, hašiš, ecstasy, PCP (1).

2.1.1. Psihodepresori

a) Sredstva za smirenje - sedativi, hipnotici, neopijatski analgetici, antiepileptici

b) Alkohol - najupotrebljivanije legalno sredstvo ovisnosti koje u dozama do 0,5 gram promila stvara euforiju, u većim dozama gubitak kontrole nad ponašanjem i smetnje koordinacije a u velikim količinama dovodi do pospanosti i moguće alkoholne kome.

c) Opijati – izvorište im je u soku maka, opijumu u kojem su najvažnija dva alkaloida, morfin i kodein koji se u medicini koriste kao sredstva protiv bolova ili kašlja. Iz morfija se dobiva najteža i najraširenija ilegalna droga heroin (diacetilmorfin), koja stvara jako stanje ovisnosti, naročito fizičke. Na tržištu se pojavljuje u obliku smeđeg ili smeđe-žućkastog grudastog praška gorkog okusa, kojeg ovisnici u početku, najčešće uzimaju šmrkanjem, može i pušenjem, a kako tolerancija raste počinju ga uzimati venozno jer je potrebna manja količina za brži i jači učinak. Heroin potpuno uklanja osjećaj boli, osoba je smirena, opuštena, ravnodušna, zatupljuje emocionalne reakcije i dovodi do ravnodušnosti. U slučaju nemogućnosti uzimanja sredstva dovodi do apstinencijskih smetnji uz niz fizičkih i psihičkih simptoma koje najčešće prati poremećeno ponašanje.

Opioidi su sintetičke droge vrlo sličnog djelovanja kao prirodni opijati. Najpoznatiji je metadon koji služi u liječenju heroinskih ovisnika. U tu kategoriju spadaju i drugi narkotski analgetici: buprenorfin, petidin (Dolantin), pentazocin (Fortral), tilidin (Valoron). Djelomično u tu skupinu spada tramadol te anestetici fentanil i ketamin.

Karakteristika svih opijata je stalni rast tolerancije i što se sredstvo duže uzima sve slabije djeluje unatoč uzimanju sve većih količina(1).

2.1.2. Psihostimulatori

Sredstva koja djeluju stimulativno na središnji živčani sustav. Osoba koja je pod djelovanjem tih sredstava je neuobičajeno energična, uzbuđena, nemirna, bez potrebe za hranom i tekućinom, bez pospanosti uz veliku izdržljivost i pretjeranu aktivnost.

Glavni predstavnik te skupine je amfetamin (speed), na tržište dolazi u obliku praška bijele ili bijeložućkaste boje ili u obliku tableta. Ubrzava puls, podiže krvni tlak i tjelesnu temperaturu,

širi zjenice, djeluje šest do osam sati. Derivati amfetamina su MDMA, te kemijske tvari metilfenidat (Ritalin), fenmetrazin i pemolat koji imaju medicinsku primjenu (1). Metamfetamin, derivat amfetamina je opasnije sredstvo jer mijenja ponašanje (agresivnost) i iskrivljuje stvarnost (1).

Kokain je stimulans koji uzrokuje jaku psihičku ovisnost. Na tržištu se pojavljuje kao bijeli, svjetlucavi prašak koji izaziva intenzivnu euforiju i neodoljivu žudnju za ponovnim uzimanjem. U centrima za ugodu znatno povećava razinu dopamina, podiže razinu i serotonina i noradrenalina. Droga vrlo kratko djeluje pa traži opetovano uzimanje. Najčešće se uzima ušmrkavanjem, ali može pušenjem i intravenozno (1).

Najraširenije stimulativno sredstvo je nikotin, aktivna tvar u dimu duhanskih proizvoda koja se veže za nikotinske receptore i izaziva jaku ovisnost sa teškim posljedicama na zdravlje (1).

2.1.3. Halucinogeni

Droge unesene u organizam uzrokuju poremećaj većine psihičkih funkcija s iluzijama i halucinacijama te iskrivljenom percepcijom što se odražava na ponašanje. Tipičan predstavnik te skupine je LSD, u ovisničkom žargonu trip, acid ili kiselina a pojedinačna doza je papirić natopljen tom kiselinom. Uzima se gutanjem, a efekt je stanje slično ludilu pri čemu osobe mogu biti opasne za sebe i druge u svojoj okolini. Sjemenke bunike, halucinogene gljive, otrovanje tabletama za Parkinsonovu bolest mogu izazvati slična stanja (1).

2.1.4. Marihuna i hašiš

Najrasprostranjenije i najlakše dostupno ilegalno sredstvo koje spada u kategoriju „lakih“ droga. Aktivna tvar marihuane i hašiša je tetrahidrokanabinol (THC) koji može imati različito djelovanje: umirujuće, opuštajuće, relaksirajuće, stimulirajuće, a kod osjetljivijih osoba može dovesti do iskrivljenog doživljaja okoline pa se zbog toga može svrstati i u halucinogene. Kod osoba koje imaju predispoziciju za psihozu, šest puta povećava rizik za psihotično stanje. Uzima se pušenjem i stvara blažu do umjereno jaku psihičku ovisnost. Dokazano je da kanabinoidi ometaju proces upamćivanja, te mladi skloni tim sredstvima pokazuju slabije

rezultate u školi, s vremenom postaju sve neodgovorniji na mnogim razinama. To je najčešće inicijalna droga i prva stepenica za razvoj teške ovisnosti. Oko 80 % heroinskih ovisnika u svijet droge je ušlo oko petnaeste godine života pušenjem marihuane (1).

2.2. Epidemiologija ovisnosti

Kvalitetno epidemiološko praćenje stanja droga u Hrvatskoj započelo je 1970. otvaranjem specijaliziranog programa za sprječavanje i liječenje ovisnosti o drogama u kliničkom bolničkom centrru „Sestre Milosrdnice“ s prof. dr. med. Vladimirom Hudolinom. U razdoblju od 1970. g. do kraja 2000. g. u Centru za ovisnosti se liječilo ukupno 5 508 novih osoba zbog problema prouzročenih uzimanjem droga a od toga 3 301 su bili ovisnici o opijatima. Do 1990. g. se liječio relativno malen broj opijatskih ovisnika zbog toga što tadašnji program u tretmanu heroinskih ovisnika nije koristio metadon u terapiji, a bilo koja druga terapija nije davala učinkovite i prihvatljive rezultate. Od 1991. godine uvodi se u primjenu supstitucijski metadonski program nakon čega dolazi do znatnog porasta broja registriranih „novih“ opijatskih ovisnika koji su godinama uzimali heroin, a na liječenje se javljaju uvođenjem metadona u terapiju. U 1992. g. dolazi do stagnacije novih ovisnika da bi u 1993.g. došlo do novog povećanja broja prvodošlih mlađih heroinskih ovisnika. Taj porast koji nosi razmjere epidemije koji kontinuirano traje do 1998.g. posljedica je naglog porasta ponude i potražnje droga kao posljedice rata i tranzicijskih procesa u Hrvatskoj. Od 1996. godine se intenzivira provođenje Nacionalnog programa suzbijanja zlouporabe droga, a rezultat toga je zaustavljanje epidemije zlouporabe droga (8).

Od 2000. g. do 2005. g. broj svih liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga se kreće između 4 000 i 6 500 a od 2006. g. do 2015. g. broj liječenih je oko 8 000 od čega su opijatski ovisnici oko 80% (4). Značajke kretanja opijatske ovisnosti prikazuju podaci kontinuiranog pada prvi puta liječenih od 2000. g. kada je prvi puta liječenih bilo preko 1 000 pa do 2015. godine u kojoj je bilo 175 osoba prvi puta liječenih (4). Što se spola tiče, u Hrvatskoj kao i u svijetu od zlouporabe droga daleko su više ugroženije osobe muškog spola i taj omjer iznosi oko 1 : 4 od završetka rata pa do danas. Prosječna dob uzimanja prve psihoaktivne droge je oko 16- e godine i to je u najvećem postotku marihuana, a oko 17-e godine psihostimulatori. Prvo uzimanje heroina je prosječno oko 19-e do 20-e, a oko 22 godine se prelazi na i.v. uzimanje. Prosječna dob prvog javljanja na liječenje je oko 26 do 27

godina što znači da je od prvog uzimanja droge pa do dolaska u proces liječenja prošlo 10- ak godina (4,9).

Iako je heroin od opijata i dalje najčešće korišteno opijatsko sredstvo, barem prema podacima EMCDDA-a, sve je veći problem pojavnosti novih sintetskih droga koje su sve prisutnije na tržištu droga i to: sintetski kanabinoidi, sintetski katinoni kao zamjena za anfetamine, MDA i kokain kao i sintetski opioidi. Već je 2009. godine bilo poznato 19 sintetskih opioida, a 2015.g. zabilježena su 32 smrtna slučaja u EU povezana sa sintetskim opioidima. Velika opasnost leži u mogućnosti da proizvođači sintetskih opioida ciljano krenu na stare, kronične i problematične ovisnike o opijatima čije je tjelesno i psihičko zdravlje u velikoj mjeri narušeno, a kontrolu nad svojim ponašanjem i postupcima su odavno izgubili (10).

EMCDDA je Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, osnovan 1993. godine, raspolaže objektivnim i pouzdanim činjenicama i informacijama vezanim za droge i ovisnost o drogama. Djelokrug rada EMCDDA je: pratiti probleme droga u Europi, pratiti rješenja koja se primjenjuju za probleme vezane uz droge, pružanje informacija o najboljoj praksi u zemljama EU, procjenjuje rizike novih psihoaktivnih sredstava, vodi sustav ranog upozoravanja na nove psihoaktivne tvari i razvija alate i instrumente za pomoć državama članicama EU-a u praćenju i ocjenjivanju njihovih nacionalnih politika (11).

U Republici Hrvatskoj postoje velike razlike po županijama u pojavnosti zlouporabe droga te je Središnji registar liječenih ovisnika pri HZJZ bitan instrument za analizu i donošenje Akcijskog plana za suzbijanje zlouporabe droga u RH. Cilj plana je uspješna realizacija sa očekivanim rezultatima što manjeg broja mladih u konzumiranju droga (8, 9).

U sedam županija broj ovisnika na 100 000 stanovnika je viši od prosjeka Hrvatske. To su: Istarska, Zadarska županija, Grad Zagreb, Šibensko-kninska, Primorsko-goranska, Dubrovačko-neretvanska i Splitsko-dalmatinska županija. Ostale županije su imale stope niže od hrvatskog prosjeka (12).

Dugi vremenski period od prvog uzimanja droga pa do dolaska na liječenje, kao i intravenozno uzimanje, pogoduje oštećenju raznih organskih sustava kao i pojavnosti zaraznih bolesti, prvenstveno hepatitisa B, hepatitisa C i HIV bolesti. Programi za liječenje ovisnika, edukacija, dobra obaviještenost, suvremena farmakoterapija te programi zamjene šprica i igala imaju veliki utjecaj na trend pada broja seropozitivnih od 2008. g. do 2015. g. Udio HIV

pozitivnih osoba u ovisničkoj populaciji dugi niz godina iznosi 0, 5 %, s izuzetkom 2013. g sa 0,3 % i 2014. g. kada je postotak bio 0, 2 %. Stanje s hepatitisom C prije 2008. g bilo je alarmantno, broj seropozitivnih iznosio je 75 %, 2008. g. pada na 45 % da bi kontinuirani pad do 2015. godine iznosio 35, 8%. Značajan je pad hepatitisa B koji 2008. g. s 13 ,6 % pada u 2015. godini na 6, 3 % (4, 9).

Vezano za radni odnos, u 2015. godini 41 % ovisnika o opijatima je nezaposleno, stalni radni odnos ima 20, 4%, povremeno radi 14 %, a 8, 3 % ovisnika radi na crno. Po obrazovanju, najveći broj, 50, 4 % ima završenu srednju školu, 11, 8 % završenu osnovnu školu, 3, 5 % završen fakultet, 2, 7 % završenu višu školu. Nezavršenu osnovnu školu ima 1, 3 % što iznosi 77 osoba i zabrinjavajući je podatak pošto se radi o mladoj populaciji (4).

Prema načinu života, u primarnoj obitelji živi 40, 7 % ovisnika o opijatima, 19, 1 % s partnerom i djetetom, 11, 8 % s partnerom, 2, 3 % samo s djetetom a 17, 5 % žive sami (4). Uz stil života mnogih ovisnika o opijatima vezane su kriminalne radnje i problemi sa zakonom. Kombiniranjem podataka o ranijim i sadašnjim sudskim problemima za 2015. g dobivaju se podaci da je od ukupno liječenih zbog zlouporabe droga barem jednom u životu imalo sudske probleme 69, 8 % osoba, nije imalo tu vrstu problema 26, 4 % a za 3, 8 % osoba podatak nije poznat (4, 9).

Proces liječenja kod ovisnika počinje u prosjeku desetak godina nakon prve uzete droge što rezultira težom kliničkom slikom bolesti, porastom tolerancije na opijate, povećanim rizikom iznenadne smrti i zaraze virusom hepatitisa i HIV- a, težim obiteljskim problemima, problemima sa zakonom i porastom financijskih troškova (9). Sprječavanje progresije do koje dovodi zakašnjeli početak liječenja ovisnika leži u što ranijoj detekciji problema zlouporabe psihoaktivnih sredstava i što raniji početak liječenja.

2.3. Etiologija ovisnosti

Za razumijevanje bolesti ovisnosti bitno je poznavati etiologiju bolesti kako bi se ispravno i što ranije pristupilo prevenciji za rizične skupine mladih te liječenju i oporavku mladih koji su već u problemu s drogama (1, 2, 8, 9). Ulazak mladih u svijet droga povezan je s više čimbenika, a među njima su najznačajniji funkcionalnost obitelji i odgovornost za kvalitetu odgoja mladih, biopsihološka dispozicija te karakteristike okruženja u kojem dijete odrasta

kao što su dostupnost droga, utjecaj supkulture konzumenata u vršnjačkim skupinama, trendovi zabave, negativni utjecaj medija, kvaliteta i organiziranost školskih i drugih programa prevencije, s naglaskom da je najčešće isprepleteno više faktora istodobno (1, 2, 8). Jedan od najčešćih etioloških faktora za skretanje djece u ovisnost je disfunkcionalnost obitelji te postoje osnovni modaliteti disfunkcionalnosti obitelji:

a) Razorene ili obitelji s teškim poremećajem u obiteljskim odnosima, loši bračni odnosi roditelja, loše ozračje unutar obitelji, teža psihopatologija ili patologija ponašanja roditelja, slaba povezanost članova obitelji, hladni odnosi, zlostavljanje ili zanemarivanje djece, te klima unutar obitelji iz koje dijete želi što prije otići (1, 2, 8).

b) Neprilagođen odgoj individualnoj potrebi djeteta koji se može odnositi na prezaštitnički, posesivni način odgojnog pristupa bez pravog roditeljskog autoriteta i postavljanja granica što kasnije dovodi do otežanog separacijskog odnosa, slabe autonomije, nerazvijenog identiteta a time i slabije otpornosti na vanjske utjecaje. Tu pripada autoritaran pristup koji kod djece rezultira strahom od kazne, nesamostalnosti u donošenju odluka, kao i preliberalan odnos koji rezultira preranom separacijom, gubitkom nadzora i rizikom ponašanja koje uz zabavu uključuje i drogu.

c) Neprilagođen odgojni pristup prema djeci rizičnoj zbog psihičkih poteškoća kao što su motorički hiperaktivna djeca, djeca sa naznakama za razvoj depresivnog ili anksioznog poremećaja, djeca kod kojih dolazi do razvoja poremećaja osobnosti ili imaju predispoziciju za razvoj psihotičnog poremećaja (1, 2, 3).

To su najčešći modaliteti disfunkcionalnih odgojnih pristupa u kojima su u najvećem postotku odgajani i odrastali ovisnici o opijatima.

Jednako važan etiološki faktor je biopsihološka dispozicija (genetika). Istraživanja danas dokazuju povezanost genetskih i okolinskih čimbenika na pojavnost psihičkih poremećaja. Važan je dokaz tome, npr. da će djeca koja imaju mutiran gen za MAO postati agresivna u odrasloj dobi samo ako su i sama bila zlostavljana u djetinjstvu a neće razviti agresivno ponašanje odrastajući u istim okolnostima bez mutacije MAO gena (14), što dodatno potvrđuje činjenicu o utjecaju okolinskih čimbenika i osobina ličnosti na razvoj ovisnosti. Jedan od prvih psihologa ličnosti Eysenck postavio je hipotezu da se ljudi razlikuju s obzirom na aktivnost živčanog sustava i prema njemu se razlikuju tri dimenzije ličnosti: ekstroverzija, neuroticizam i psihoticizam. Kod ovisnika o drogama, alkoholičara i zatvorenika dokazano je

istraživanjem da imaju više rezultate na skali psihoticizma što karakterizira impulzivno, nesocijalno traženje uzbuđenja (14).

Za opijatski tip ovisnosti su naročito u riziku djeca niskog samopoštovanja, preosjetljiva na stresna događanja tj. djeca s povišenom razinom tjeskobe i depresivnosti, djeca s anksiozno-depresivnim poremećajem, djeca s poremećajem osobnosti (disocijalni, emocionalno nestabilni, granični, narcisoidni) ili djeca sa predispozicijom za psihotični poremećaj (9). Istraživanjima je dokazano da kod djece kod koji su životne okolnosti dovele do uskrate životnih radosti dolazi do pada razine dopaminskih D2 receptora što u kasnijim godinama može dovesti do smanjenog osjećaja užitka i nagrade kroz prirodan način te postoji rizik od traženja ugode na neprirodan način kroz konzumiranje psihoaktivnih supstanci (13).

Jedan od značajnih etioloških faktora u nastanku ovisnosti je utjecaj okruženja u kojem dijete odrasta, prije svega utjecaj konzumenata psihoaktivnih sredstava na vršnjačke skupine koje ne konzumiraju sredstva ali su na bilo koji način prisutni i utječu na njih. Dostupnost ima veliku ulogu u ulasku mladih u svijet droga što potvrđuje velika razlika u broju ovisnika po županijama u Hrvatskoj a povezano je s većom ili manjom dostupnošću pri čemu su ugroženiji mladi u većim gradovima gdje je dostupnost droga veća (1, 9). Institut društvenih znanosti „Ivo Pilar“ objavio je 2016. godine rezultate istraživanja na općoj populaciji koje je provedeno u 2015. g. i dobivaju se rezultati da je prevalencija uzimanja bilo koje droge u posljednjih godinu dana i posljednjih mjesec dana bila najveća u velikim gradovima (15). Bez obzira koji faktori rizika dominiraju u okruženju djece, zdrava obitelj ima presudnu ulogu u zaštiti djece od skretanja u svijet bilo koje ovisnosti. Mehanizam ovisnosti je isti ali razlika u odnosu na druge ovisnosti je u tome što su droge vrlo adiktivne i stvara se ovisnost daleko snažnija u kraćem vremenskom periodu.

2.4. Zaštitni i rizični čimbenici za razvoj ovisnosti

NIDA - Nacionalni institut za istraživanje zlouporabe droga SAD-a 2002. g donosi rezultate dvadeset godišnjeg istraživanja koji su zaštitni, a koji rizični čimbenici za nastanak ovisnosti s ciljem poboljšanja prevencije ovisnosti. Istraživanje potvrđuje činjenicu da je obitelj najvažniji čimbenik u zaštiti djece od skretanja u svijet droga i drugih oblika neprihvatljivog

ponašanja kao što su: nasilje, mladenačka delikvencija, prekid školovanja, rizično seksualno ponašanje, maloljetničke trudnoće (1, 2, 8).

Zaštitni čimbenici:

- Čvrste i pozitivne obiteljske veze.
- Nadzor roditelja nad aktivnostima svoje djece i njihovih vršnjaka.
- Jasna pravila ponašanja koja se dosljedno provode unutar obitelji.
- Uključenost roditelja u život svoje djece.
- Uspjeh u školovanju, čvrste veze s institucijama poput školskih i vjerskih organizacija.
- Usvajanje (prihvaćanje) ustaljenih normi o uporabi droga.

Rizični čimbenici:

- Kaotična obiteljska okolina, posebno ona u kojoj roditelji zlorabe droge ili boluju od duševnih bolesti.
- Neučinkovito roditeljstvo, posebice s djecom teške naravi ili s poremećajima u ponašanju.
- Nedostatak veza roditelj-dijete i nedostatak odgoja.
- Neprikladno, povučeno ili agresivno ponašanje u razredu.
- Neuspjeh u školovanju.
- Loše sposobnosti (vještine) snalaženja u društvu.
- Druženje s vršnjacima koji su skloni devijantnom ponašanju i odobravanja uporabe droga unutar obitelji, posla, škole, vršnjaka i zajednice.

Jačanje zaštitnih čimbenika i smanjivanje rizičnih čimbenika u prevenciji rizičnih ponašanja djece trebao bi biti prioritet svake zajednice i svakog društva.

3. LIJEČENJE OVISNIKA O OPIJATIMA

Liječenje ovisnika o opijatima je za većinu dugotrajan, a za mnoge cjeloživotni proces. Ovisnost je kronična, recidivirajuća progresivna bolest i tijekom liječenja će se izmjenjivati periodi apstinencije i periodi recidiva individualnom dinamikom. Ovisnost sa sobom nosi teške posljedice za ovisnika, njegovu obitelj i zajednicu u kojoj živi, stoga je nužno poštivati tri temeljna načela dobre državne politike tretmana:

1. Otkrivati ovisnike što ranije i u što većem broju uvesti u tretman.
2. Što veći postotak ovisnika treba biti pokriven terapijskim programom.
3. Ovisnike koji uđu u proces liječenja što duže zadržati pod stručnim nadzorom.

Za uspješno provođenje takve politike nužna je suradnja obitelji ovisnika i brojnih institucija koje mogu prepoznati probleme mladih i uključiti izvanbolničke i bolničke programe za liječenje ovisnosti (9).

3.1. DSM – IV kriterij za dijagnostiku ovisnosti

Kao i sve druge bolesti, i bolest ovisnosti ima definiciju, uzrok, razvoj, kliničku sliku i terapiju. Prema DSM-IV kriterijima, dijagnoza bolesti ovisnosti o psihoaktivnim tvarima se postavlja ako se radi o neprilagođenom ponašanju vezanom za konzumiranje psihoaktivnih tvar što vodi u oštećenje organizma ili subjektivne probleme, a prepoznaje se na temelju tri ili više od sljedećih kriterija u jednogodišnjem razdoblju.

1. Tolerancija, određena na temelju jednog od sljedećeg:

a) Potreba za znatno uvećanim količinama psihoaktivne tvari kako bi se postigla opijenost ili željeni učinak.

b) Znatno smanjenje učinka ako se i dalje uzima ista količina psihoaktivne tvari.

2. Karakteristični simptomi sustezanja izazvani prestankom (ili smanjenjem) prethodno znatnog i trajnog uzimanja psihoaktivne tvari. Tvar se često uzima da bi se simptomi olakšali ili izbjegli ili se zbog istog razloga uzimaju druge slične tvari. Može se raditi i o klinički

značajnom stanju uznemirenosti i narušene djelotvornosti na društvenom, poslovnom i drugim područjima, ako se smanji ili prekine uzimanje tvari.

3. Psihoaktivna tvar često se uzima u većim količinama ili tijekom dužeg razdoblja no što je planirano.

4. Prisutna je trajna težnja ili neuspješno nastojanje da se smanji, prekine ili kontrolira uzimanje psihoaktivne tvari.

5. Najveći dio vremena provodi se u aktivnostima vezanim uz nabavljanje, uporabu ili oporavak od učinaka psihoaktivne tvari.

6. Prekidaju se ili reduciraju važne društvene, poslovne ili rekreacijske aktivnosti zlouporabom psihoaktivne tvari.

7. Psihoaktivna tvar nastavlja se uzimati unatoč znanju o postojanju trajnog i ponavljanog fizičkog i psihičkog problema koji je vjerojatno izazvan ili pogoršan njezinom uporabom.
U slučaju da klinička slika još nije razvijena, a postoje štetne posljedice vezane uz višekratno uzimanje tvari, nije razvijen obrazac prisilnog uzimanja tvari i nema tolerancije niti simptoma sustezanja, radi se o posebnoj dijagnostičkoj kategoriji – zlouporaba psihoaktivne tvari.
Zbog visoke adiktivnosti opijati, naročito heroin, izazvati će tešku kliničku sliku fizičke i psihičke ovisnosti nakon samo mjesec dana redovitog uzimanja (8, 9).

Psihička ovisnost podrazumijeva stanje unutrašnje prisile za povremenim ili redovitim uzimanjem sredstva ovisnosti radi stvaranja osjećaja ugode ili izbjegavanje nelagode, a znakovi apstinencije su psihičkog karaktera (8).

Fizička ovisnost je stanje prilagodbe organizma (staničnih procesa na sredstvo ovisnosti) koje se manifestira karakterističnim poremećajima fizičke i psihičke prirode pri prekidu ili smanjenju unesene količine psihoaktivne tvari (8).

3.2. Strategija i programi u liječenju ovisnika o psihoaktivnim tvarima

Ovisnost kao kronična recidivirajuća progresivna bolest zahtjeva specijaliziran tretman te dugotrajnu skrb i praćenje jer bolest za velik broj ovisnika traje doživotno, a pomoć i intervencije bi trebale biti sukladne stanju i potrebama pojedinca. To uključuje stalni ambulantni psihoterapijski postupak, povremene bolničke ili izvanbolničke detoksifikacije,

obiteljski postupak, intervencije u kriznim stanjima, odlazak u rehabilitacijske programe, tretman u penalnom sustavu. Strategija liječenja i rehabilitacije treba uvažiti nužnost individualizacije u pristupu kako bi se što većem broju ovisnika ponudili programi koji su njima prihvatljivi. Mjere aktivnog pristupa uključuju mjere što uspješnijeg otkrivanja i uključivanja u liječenje. Recidivizam koji je visok u ovoj populaciji bolesnika je potrebno prihvatiti i motivirati za nastavak liječenja, informirati bolesnika o njihovim pravima za korištenje ustanova zdravstva i socijalne zaštite, a administrativne neriješene situacije ne smiju biti razlog za odbijanje pomoći. Važno je prekinuti transgeneracijsko prenošenje patologije ovisnosti liječenjem roditelja. Interes svakog društva trebao bi biti liječenje što većeg broja ovisnika jer će u protivnom biti teške posljedice za ovisnika, njegovu obitelji i širu društvenu zajednicu (8, 9).

Pored farmakoterapije koja je nužna u procesu liječenja, a u početku često i jedini motiv, za ulazak u proces liječenja nužno je održavanje kontakta između bolesnika i terapijskog tima kako bi bolesnik ostao u liječenju te kroz psihoterapiju i druge intervencije mijenjao ponašanje, spriječio socijalnu izolaciju i osigurao reintegraciju u društvo (8, 9).

Osnovni elementi kompleksnog terapijskog postupka su: farmakoterapija, psihoterapija (najbolje bihevioralno-kognitivna), preodgoj koji osigurava poboljšanje socijalnog ponašanja i smanjenje rizika od posljedica nezakonitog ponašanja, pomoć u traženju smisla i poboljšanje kvalitete života, psihoedukacija, obiteljski postupak, psihosocijalne intervencije koje preveniraju socijalnu izolaciju, omogućuju socijalnu rehabilitaciju i reintegraciju a po potrebi pomoć pri odlasku u komunu, hospitalne intervencije, mjere prevencije širenja zaraznih bolesti, kontrole urina na psihoaktivna sredstva te paralelno liječenje komorbidnih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti (8, 9).

Prvi kontakt ovisnika sa zdravstvenim djelatnicima tima za liječenje ovisnosti ima veliki značaj za početak i ostanak u procesu liječenja, od toga kako mu se obraćamo, osjeća li se prihvaćen, poštovan i siguran (16). Ovisnici se teško odlučuju za liječenje i lako odustaju od te odluke i zato je prvi kontakt sa članovima stručnog tima toliko bitan. Prva osoba za kontakt je najčešće medicinska sestra koja prihvaća ovisnika, obavlja administrativne postupke upisa, psiholog koji ispunjava statistički Pompidou upitnik a zatim liječnik u svom sveobuhvatnom postupku (8, 17). Svako na svojoj razini ostvaruje kontakt sa bolesnikom i svako ima svoje mjesto i djelokrug rada. Mnoga istraživanja dokazuju da su prihvaćanje i povjerenje prioritet bolesnicima u traženju stručne pomoći od osoblja psihijatrijskih timova (18).

Hrvatski model liječenja ovisnika o opijatima ističe važnost aktivne uloge liječnika obiteljske medicine te njihovu stalnu suradnju s timovima u Centrima za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika o opijatima što rezultira smanjenjem potreba za hospitalizacijom kao i prevenciju mortaliteta kod ovisnika. Liječenje ovisnika o opijatima u okviru svakodnevnog rada liječnika obiteljske medicine rezultat je uspjeha zamjenske terapije opioidnim agonistima. Istraživanja pokazuju povoljnije rezultate liječenja ovisnika ako je tretmanski program angažirao liječnika obiteljske medicine te takva organizacija liječenja pridonosi sveobuhvatnoj skrbi, eliminaciji izolacije i stigme, povećanju mogućnosti zapošljavanja te boljem socijalnom funkcioniranju ovisnika (19).

Ambulantni programi pri Centrima za prevenciju i izvanbolničko liječenje i Polikliničkom sustavu klinika i bolnica za psihijatriju temelj su i najčešći oblik liječenja ovisnika uz povremena bolnička liječenja te rehabilitacijski programi u komunama i terapijskim zajednicama. Dinamika dolazaka na kontrolne preglede ovisi o procjeni psihijatra o potrebi ovisnika a vezano je za održavanje apstinencije od ilegalnih droga, kontrolu žudnje, stabilnost psihičkog stanja, obiteljskim odnosima, kvaliteti socijalnih interakcija, zadovoljstvu životom općenito, tjelesnom zdravlju, napretku i kapacitetu za realizaciju zdravijeg stila života. Važan dio pri kontrolnom pregledu odrade ostali članovi stručnog tima: medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi a odnosi se na edukaciju, osnaživanje, motiviranje, savjetovanje, testiranje urina na droge, testiranje na trudnoću, testiranje na infektivne bolesti (HIV, hepatitis B, hepatitis C i sifilis). Izostanak dolazaka na dogovoreni termin kontrolnog pregleda najčešće leži u pogoršanju bolesti, odnosno recidivu te je za cjelokupnu skrb važno imati obitelj u suradnji koja ima uvid u zdravstveno stanje njihovog člana a našeg bolesnika. Za ovisnike stabilne na terapiji i koji ne žele promjene dovoljne su dva do tri kontrolna pregleda u godini dana (8, 9).

3.3 Farmakoterapija u liječenju ovisnika o opijatima

Opijatska ovisnost uključuje psihičko i fizičko stanje bolesnika, stoga je u liječenje nužno uvesti adekvatnu farmakoterapiju kako bi se uspostavila kontrola nad stanjem do kojeg bi dovelo sustezanje od opijata te da bi se s vremenom mogli uključiti i ostali elementi terapijskog postupka koji bi ojačali potencijal bolesnika i doveli do sveukupne promjene u ponašanju i stilu života (8, 9). Prema spoznajama dobivenim na dokazima (eng. evidence

based medicine), farmakoterapija opijatskim agonistima je okosnica i najvažniji element suvremenog medicinskog liječenja ovisnika o opijatima. Od svih mogućnosti koje možemo primijeniti u liječenju, a vezano za kontrolu žudnje za uzimanjem heroina je primjena odgovarajućeg opijatskog agonista (8, 9).

Sredstva koja se vežu na opioidne receptore dijelimo u tri kategorije:

1. Čisti (potpuni) agonisti – metadon, morfij, kodein, heroin, petidin, fentanil djeluju na sve tri vrste receptora (mu, kapa i delta) ali se razlikuju u boji i intenzitetu doživljaja. Međusobno se mogu kombinirati što pojačava djelovanje i rizik od smrti predoziranjem zbog depresije centra za regulaciju disanja (9).

2. Parcijalni opijatski agonisti – pentazocin koji djeluje antagonistički preko kapa receptora, a antagonistički preko mu receptora te buprenorfin koji djeluje samo djelomično agonistički na mu receptore, važno za susprezanje krize i žudnje za heroinom, a antagonistički na kapa opioidne receptore što sprječava pojavu disforije karakterističnu u terapiji metadonom (9).

3. Potpuni opijatski antagonisti – nalokson, kratkodjelujući antagonist koji se koristi kod predoziranih opijatima i naltrekson, dugodjelujući antagonist koji se upotrebljava kao pomoć u održavanju apstinencije kod potpuno detoksificiranih ovisnika o opijatima (9).

U odluci farmakoterapijskih postupaka potrebno je:

- Provesti temeljit dijagnostički postupak za procjenu dijagnostičke slike bolesti, karakteristike osobnosti, ponašanja i socijalne mreže bolesnika.
- Procjena tolerancije na opijate
- Odrediti kratkoročne a po mogućnosti i dugoročne ciljeve tretmana
- Procjena indikacije za izbor lijeka, početnu dozu, vrstu programa i što sigurnije inicijalno uvođenje
- Dati najbolji odgovor na zahtjeve bolesnika o promjeni vrste lijeka ili programa te uključiti bolesnika čime i on preuzima dio odgovornosti
- Izbor lijeka i programa odražava načelo najboljeg liječenja za svakog pojedinog bolesnika

Uključivanjem svih elemenata dolazi se do najoptimalnije odluke za farmakoterapijski postupak (9).

4. OBITELJ I RODITELJSTVO

Obitelj kao osnovna društvena jedinica temelji se na zajedničkom životu užeg kruga krvnih srodnika koja objedinjuje biološko – reproduktivnu, ekonomsku i odgojnu ulogu. Sastoji se od jednog ili dva roditelja i djece te usvojene djece koja nisu u krvnom srodstvu (20). Opća deklaracija o pravima čovjeka u članku 16 sadrži odredbu o pravu punoljetnih muškaraca i žena da sklope brak i time osnuju obitelj, koja se štiti kao temeljna društvena jedinica (20).

Obiteljski zakon u Republici Hrvatskoj propisuje da je brak "zakonom uređena životna zajednica žene i muškarca" (čl. 4.), koji "se sklapa suglasnom izjavom žene i muškarca u građanskom ili vjerskom obliku" (čl. 6.). Uređenje obiteljskih odnosa temelji se na ravnopravnosti žene i muškarca, uzajamnog poštovanja i pomaganja svih članova obitelji, te zaštite dobrobiti i prava djeteta, za što su odgovorna oba roditelja. Obiteljskim pravom se osigurava i zaštita djece bez roditeljske skrbi, te odraslih osoba s duševnim smetnjama (21).

Gledajući kroz povijest, stalne društvene promjene uzrokovale su snažan utjecaj na svim sustavima pa i na obitelji. Stoga je obitelj nužno promatrati kroz prizmu povjesnih razdoblja, društvenih uređenja, političkih sustava, ideologija, zakonodavnog, gospodarskog i kulturnog određenja (22). Rezultat svih uključenih faktora dovodi do promjena u sustavu i funkcioniranju koji se odražava na svakog pojedinca unutar obitelji i na obitelj unutar društvenog konteksta.

4.1. Roditelji i odgoj

Priprema djece za zdrav i odgovoran stil života počinje u obitelji od najranijeg djetinjstva. Kvalitetna i funkcionalna obitelj najvažniji je faktor da bi dijete bilo sretno, zadovoljno i sigurno te usvojilo zdrave obrasce ponašanja i pripremilo se za svijet odraslih (3).

Hrvatski jezični portal kaže da je odgoj svjesno djelovanje na mlado biće u nastojanju da stekne osobine i navike prikladne za društvo (23). Odgojni stil i utjecaj različitih društvenih okolnosti i promjena također imaju svoje mjesto u razvoju ličnosti. Gledano kroz povijest obitelj i odgoj podliježu promjenama koje su karakteristične za okolnosti i vrijeme u kojem se događa, a opće prihvaćena podjela obitelji s obzirom na njenu strukturu se dijeli na

tradicionalnu i suvremenu obitelj (24). Karakteristike tradicionalne obitelji su da ih sačinjavaju otac, majka i djeca te ostali članovi uže i šire obitelji. Osobitosti tog obiteljskog sustava čine sposobnost njegovanja tradicije, prenošenja materijalnog i duhovnog iskustva te ima neograničenu trajnost što učvršćuje i označava obiteljsko zajedništvo. Istraživanja dokazuju da je taj oblik obitelji najzastupljeniji u Europi (25). Suvremena obitelj nastala pod utjecajem društvenih promjena i prioriteta mladih za stvaranje obiteljskih sustava. Stevanović ističe da osnovni okviri suvremene obitelji proizlaze iz institucije monogamnog braka i tipična suvremena obitelj se sastoji od jednog muškarca i jedne žene i različitog broja njihove djece. Pored ovakve strukture obitelj postoje i neke druge strukture koje nose karakter obitelji kao obitelj koja se sastoji od majke i djece ili oca i djece i jednog i drugog roditelja iz ranijih bračnih ili vanbračnih veza roditelja (26). Kao i u svijetu i u našem društvu suvremeni način života donosi promjene koje se odražavaju na roditelje i djecu. Roditelji su u velikoj mjeri usmjereni na karijeru, osiguravanje boljeg standarda života a dio odgoja djece preuzimaju institucije. Obiteljska pravila i granice su pomaknuti, češći razvodi braka a bez potpore šire obiteljske zajednice. U tim okolnostima djeca se moraju prilagođavati na dvije strane života, obiteljskog i institucionalnog (22).

Bez obzira u kojem vremenu živjeli i kakve osobnosti djecu imali, mnogi roditelji su odgojne metode prilagodili vremenu i potrebama svoje djece te odgojili djecu koja se mogu nositi sa zahtjevima što ih je život pred njih stavio. Kvalitetan odnos je temeljna pretpostavka za učinkovit odgoj i uključuje interaktivan odnos koji se temelji na ljubavi, poštovanju, sigurnosti, miru, iskrenosti, strpljivosti, razumijevanju, opraštanju, nježnosti, pravednosti, snazi, autoritetu, energiji, čestitosti, požrtvovnosti, vremenu, znanju, iskustvu, smijehu, iskrenim suzama (2).

4.2. Obitelj i ovisnost

Struka kaže da ovisnici uglavnom dolaze iz disfunkcionalnih obitelji, a posljedice disfunkcionalnosti su najizraženije tijekom adolescentnog razdoblja kada se separacijski proces ubrzava, opstruira ili ometa ovisno o modalitetu disfunkcionalnosti (9). Istraživanja dokazuju da utjecaj stilova obiteljskog odgoja i način na koji adolescenti provode slobodno vrijeme su presudni za rizična ponašanja što uključuje i druge oblike rizičnog ponašanja kao što su nasilje, mladenačka delikvencija, rizično seksualno ponašanje, maloljetničke trudnoće,

prekid školovanja a ne samo ovisnost (27). Ako se djeci ne osigura na prirodan način osjećaj sreće, zadovoljstva i uživanja a što u najvećoj mjeri omogućava kvalitetan obiteljski život, mladi će to isto tražiti na umjetan način i u velikom su riziku traženja tih potreba u drogama i ovisničkom društvu (9). Modaliteti disfunkcionalnosti svaki na svoj način doprinosi ugroženosti djece i mogućem skretanju prema rizičnim ponašanjima. Razorene obitelji ili obitelji sa teškom patologijom odnosa stvaraju ozračje iz kojeg mlada osoba želi što ranije izaći, a nema mogućnosti niti zrelost da se u vanjskom okruženju zaštiti od svih situacija i sredstava opasnih za njih. Rezultat autoritarnog odgojnog pristupa kao disfunkcionalnog odgojnog modaliteta su mladi niskog samopoštovanja i samopouzdanja bez izgrađene autonomije sa teškoćama u donošenju odluka što u adolescentno razdoblje može rezultirati sukobima s roditeljima, prkosom i buntovnim ponašanjem i na kraju ulaskom u ovisnički stil života. U rizik također dovodi mladu osobu preliberalni odgojni pristup čija je karakteristika roditeljstvo bez postavljenih granica i nedostatak autoriteta gdje je sve dopušteno što može rezultirati preranom i prenaglom separacijom i ulazak u rizično ponašanje. Neprilagođen odgojni pristup djece s psihičkim poteškoćama bilo da se radi o motorički hiperaktivnoj djeci, djeci s naznakama za razvoj anksioznog ili depresivnog poremećaja, djeci s naznakama za razvoj poremećaj osobnosti u velikom su riziku za ulazak u svijet droga koje će im u početku koristiti kao vid samoliječenja ali će ih ubrzo dovesti do tipičnog ovisničkog stila života. Najmanji rizik od skretanja u ovisnost imaju mladi bez psihičkih poteškoća odgajani u funkcionalnoj obitelji autoritativnim odgojnim stilom u toplom obiteljskom okruženju punom ljubavi, prihvaćanja i sigurnosti sa jasno određenim granicama (1, 2, 3, 9).

5. MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LIJEČENJU OVISNIKA

Istraživanja su dokazala da su ovisnici jedni od najzahtjevnijih u populaciji bolesnika te je stoga poželjan multidisciplinarni pristup u radu s tom zahtjevnom populacijom bolesnika. Multidisciplinarni tim u zaštiti duševnog zdravlja obuhvaća tim stručnjaka pojedinih profesionalnih grupacija, a čine ga liječnici, medicinske sestre, klinički psiholozi, socijalni radnici, defektolozi i radni terapeuti (28). Nakon uspostave psihobiološke funkcionalnosti mozga farmakoterapijom što je kod opijatskih ovisnika preduvjet za mogućnost uključivanja u psihoterapijske postupke, uključuju se članovi multidisciplinarnog tima svako u okviru svojih kompetencija u rješavanju problema bolesnika sa zajedničkim ciljem postizanja stabilizacije i boljeg zdravlja (9). Medicinske sestre u radu s ovisnicima i njihovim obiteljima imaju izuzetno veliku ulogu jer su u neposrednom kontaktu s bolesnicima, sudionici su svih zbivanja i stanja kroz koje bolesnici prolaze te raspolažu sa podacima vezanim za trenutno zdravstveno stanje, obiteljske prilike, rizična ponašanja, infektivne bolesti, probleme sa zakonom, radni status, obrazovanje i sve ostale podatke koju su važni za proces liječenja. Hrvatska komora medicinskih sestara 2003. godine donosi Zakon koji kaže da je djelokrug rada i područje odgovornosti više medicinske sestre za bolnički sustav edukacija bolesnika i obitelji bolesnika u smislu održavanja stanja i sprečavanja komplikacija bolesti iz područja zdravstvene njege (osobna higijena, prehrana, promjena životnih navika itd.), a u sustavu primarne zdravstvene zaštite da educira i motivira pojedinca i obitelj na promjene životnih navika u svrhu sprečavanja bolesti i unapređenja zdravlja te provodi individualni i grupni zdravstveni odgoj što je u radu medicinskih sestara za područje ovisnosti primarno (29).

Uključivanje članova obitelji u liječenje je nužno kako bi se omogućio paralelni proces promjena ponašanja i roditelja i ovisnika jer je ovisnost bolest cijele obitelji i svim članovima je potrebna pomoć za ostvarivanje stabilnijeg obiteljskog okruženja koje doprinosi postizanju boljih rezultata liječenja ovisnika i stabilnijih odnosa u obitelji (9). Važno je uspostaviti kvalitetan terapijskog odnosa između bolesnika i članova stručnog tima koji osigurava bolju suradnju i bolje rezultate terapijskog postupka. Dobivanje podataka o obiteljskim odnosima, socijalnoj mreži, radnom funkcioniranju, navikama, funkcionalnosti na što više polja od velikog su značaja kako bi se proces liječenja prilagodio individualnim potrebama bolesnika s krajnjim rezultatom odrastanja, promjena u ponašanju, bolje funkcionalnosti i nadasve boljih

obiteljskih odnosa bez čega ne možemo očekivati stabilnost i trajniju apstinenciju. Priroda bolesti opijatskih ovisnika je takva da postignuće apstinencije treba intenzivno njegovati uz dobivanje stalne potpore članova multidisciplinarnog tima koji su uključeni u proces liječenja (9). Hrvatski model liječenja opijatskih ovisnika je integrativan i obuhvaća cijeli spektar elemenata u terapijskom postupku: farmakoterapiju, psihoterapiju, psihoedukaciju, obiteljski postupak, psihosocijalne intervencije, prevencija širenja virusnih bolesti, kontrole urina radi provjere apstinencije i uzimanja ordinirane terapije, te paralelno liječenje komorbitetnih psihičkih poremećaja i somatskih bolesti (19).

Vrlo važan od nabrojenih elemenata je obiteljski postupak pošto preko sedamdeset posto ovisnika živi u primarnoj ili sekundarnoj obitelji i ako u tom segmentu odnosi ne funkcioniraju, suživot u obitelji će biti disfunkcionalan za svakog člana a time i teško ostvariva apstinencija od droga što je preduvjet za ostvarivanje kvalitetnog obiteljskog života. Obiteljski postupak provode svi članovi multidisciplinarnog tima: psihijatri, liječnici obiteljske medicine, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici individualno sa svakom obitelji ili kroz grupni rad sa članovima obitelji ali bez ovisnika. Ovisno o potrebama, odabire se modalitet obiteljskog postupka koji je prilagođen potrebama ovisnika i njegove obitelji te u vremenskim intervalima koji su prihvatljivi članovima obitelji.

5.1 Obiteljska terapija

Povijest psihoterapijskog tretmana u psihijatriji započinje početkom 19. stoljeća. Iako se nije bavio obiteljskom terapijom, Sigmund Freud (1856. – 1939.) smatra psihičke traume u ranom razdoblju života uzrokom mnogih psihičkih bolesti. Pedesetih godina 19. stoljeća se uviđa utjecaj obiteljskih odnosa na određene simptome psihičkih poremećaja i potrebu rješavanja problema usmjeriti ne samo na bolesnika već na obitelj kao cjelinu (30). Nakon Drugog svjetskog rata obiteljska se terapija počinje razvijati kao poseban oblik psihoterapijskog tretmana svih članova obitelji zbog simptoma koje je razvio samo jedan član obitelji. Obiteljska terapija je začeta u SAD-u a prvi koji naglašavaju njezinu važnost su Christian Midelfort i Nathan Ackerman. Jedan od prvih priznatih obiteljskih terapeuta je Theodore Lidz, a bavio se proučavanjem obitelji psihotičnih bolesnika. Jay Haley, kojeg mnogi smatraju ocem obiteljske terapije, je isticao da ako želimo popraviti disfunkcionalnost obiteljskih odnosa, obitelj treba promijeniti odnose među članovima. Nakon razvoja i uspona

u SAD-u, obiteljska terapija pronalazi značajno mjesto u Europi te se početkom 60-ih počinje provoditi u većini europskih zemalja. Sedamdesetih godina se više ne provodi samo sa obiteljima psihotičnih bolesnika već se primjenjuje na svim područjima poremećenih međuljudskih odnosa. Počeci obiteljske terapije u Hrvatskoj vezani su za dr. Nedu Bućan koja svoj rad počinje nakon povratka iz SAD-a gdje je boravila na višegodišnjoj studiji. Značajna imena iz tog razdoblja na polju obiteljske terapije su dr. Aleksandar Maletić, prof. dr. Staniša Nikolić, dr.Vesna Vidović i dr. Pavao Brajša (30). Danas psihoterapija obitelji obuhvaća brojne pristupe i tehnike utemeljene na različitim teorijskim osnovama i predstavlja otvoreno i dinamično područje psihoterapije (31). Obiteljska terapija kroz rad s članovima obitelji ima za cilj jačanje osobnih mogućnosti svakog člana, poboljšanje kvalitete međuljudskih odnosa te stvaranje skladnog i čvrstog obiteljskog sustava (32).

Programi obiteljske terapije:

1. Bračna terapija

2. Obiteljska terapija – rad s cijelom obitelji

3. Višestruko udarno liječenje – rad s pojedinim članovima obitelji

4. Grupna višeobiteljska terapija – rad s većim brojem obitelji istovremeno

Grupna višeobiteljska terapija omogućuje obiteljima dobivanje uvida u problem kojeg imaju, pruža pomoć pri rješavanju individualnih i obiteljskih poremećaja, educira članove obitelji o potrebi promjena odnosa unutar cijele obitelji i motivira obitelj da ustraju u stvaranju i održavanju novih, uspješnijih i kvalitetnijih odnosa. Prvi je izbor u radu s obiteljima opijatskih ovisnika (32). Zbog izrazito narušenih obiteljskih odnosa nužno je educirati i ojačati obitelj, a to su najčešće roditelji ili partneri ovisnika, kao i ovisnike u izabranom programu te dovesti do stabilnijeg odnosa sve članove obitelji.

5.2. Rad s obiteljima opijatskih ovisnika

Statistički podaci govore da roditelji za drogiranje svoje djece saznaju u prosjeku nakon tri godine od početka drogiranja (4). To je vremenski period u kojem je u većoj ili manjoj mjeri narušeno psihičko i fizičko zdravlje ovisnika i značajno narušeni obiteljski odnosi. Uključivanje u obiteljsku terapiju članovi obitelji opijatskih ovisnika dobivaju stručnu

pomoć, podršku i edukaciju vezano za bolest ovisnosti i mogućnosti liječenja i rehabilitaciju ovisnika.

Roditeljima ovisnika se izuzetno teško nositi s bolešću njihove djece pa stoga često traže pomoć raznih ustanova očekujući brzo rješenje problema. Proces osvješćivanja roditelja je spor te prolaze kao i njihova djeca niz faza tijekom liječenja. Da bi bio učinkovit, rad s roditeljima bi trebao biti kontinuiran i dugotrajan. U početnoj fazi liječenja poželjno je 8 do 10 seansi da bi razumjeli bolest ovisnosti i kako bi prihvatili realan rezultat liječenja. Potrebno je osigurati raznolike programe kako bi se roditelje osnažilo i ojačalo za usvajanje potrebnih vještina za nošenje s ovisničkom problematikom i za pružanje zdrave potpore, a da sami ostanu funkcionalni (33). Također im je potrebna pomoć da nauče usmjeravati energiju na rješavanje problema koje jesu pod njihovim utjecajem, da dobiju što više informacija što činiti u problematičnim situacijama i kako ne odmoći ako već ne mogu pomoći (34). Ovisno o modalitetu obiteljske disfunkcionalnost izabrat će se model i cilj obiteljske terapije koja je za određenu obitelj najprihvatljivija, a opcije su: obiteljska terapija sa cijelom obitelji, obiteljska terapija sa pojedinim članovima obitelji te grupni rad sa više obitelji. Osnažiti obitelj, pružiti edukaciju o bolesti, mogućnostima za liječenje, te ojačati preostale kapacitete cilj je obiteljske terapije. Osjećaj krivnje, propusta, krivih odluka, slabog nadzora djece, strah od reakcija okoline neki su od elemenata s kojima se obitelji teško nose te je potrebno usmjeriti rad i na to područje.

5.3. Uloga medicinske sestre u radu s ovisnicima i njihovom obiteljima

Teoretičarka sestrinstva Virginia Henderson definira najkorišteniju, međunarodnu definiciju, prihvaćenu od ICN-a još 1960. godine koja kaže da je rad medicinske sestre pomoć pojedincu bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnost (35). Medicinske sestre kao nositelji zdravstvene njege sudjeluju u skrbi za bolesnike, procjeni i stvaranju međuljudskih odnosa sa bolesnikom ali i njegovom obitelji a sve u okviru svojih kompetencija koje su u skladu s razinom obrazovanja (36). Cilj je pružanje sigurne i učinkovite, na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege koja se bazira

na kliničkoj prosudbi potreba za pojedinca, obitelj ili zajednicu, a vezano je za aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme/životne procese sa ciljem postignuća koji su zadani (37) .

U knjizi Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Slava Šepec navodi kompetencije a one uključuju (38):

- Znanje, razumijevanje, prosudba
- Osobne karakteristike, stavovi, razvijenost međuljudskih odnosa
- Vještine: kognitivne, tehničke, psihomotorne, komunikacijske

Najznačajniji dio rada medicinskih sestara je neposredni kontakt s bolesnicima stoga komunikacijske vještine imaju važno mjesto, a u radu sa psihijatrijskim bolesnicima osnovni su „alat“ rada i bez adekvatne komunikacije ne može se postići kvalitetna skrb za bolesnika. Ta je uloga naročito istaknuta u radu s opijatskim ovisnicima koje karakteriziraju izrazita impulzivnost, manipulativnost, i probijanju svih prepreka u dolasku do željenog cilja a što je rezultat djelovanja droga, oštećenja do kojeg je dovelo dugogodišnje konzumiranje droga, poremećaja osobnosti ili kombinacija svega. Bilo da se radi o izvanbolničkim ili bolničkim programima u radu s ovisnicima su komunikacijske vještine moćno sredstvo za rad članova tima, sredstvo kojim se ovisnika dobiva u suradnju bez posljedica do kojih bi mogla dovesti neprimjerena komunikacija. Pošto su medicinske sestre prve u prihvaćanju bolesnika, način komunikacije je često ključan za sve što će se dalje odvijati. Očekivanje bolesnika da bude prihvaćen, poštovan i siguran njegovo je pravo i početak gradnje pozitivnog terapijskog odnosa koji osigurava ulazak u terapijski proces jer je duboko u sebi svjestan da bez stručne pomoći ne može ostvariti stabilizaciju i ići prema oporavku. Narušeno tjelesno i psihičko zdravlje, komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima dodatno komplicira i onako teško stanje te od stručnog tima iziskuje dodatne napore, strpljenje, razumijevanje i stručnost kako bi ovisnik ušao i ostao u procesu liječenja. Rad s članovima obitelji opijatskih ovisnika je također izuzetno složen proces kojim će se pokušati obiteljska disfunkcionalnost dovesti u red. Uključivanje obitelji visnika koji se tome protive etički nije dopušteno bez njihovog pristanka jer se radi o punoljetnim osobama, ali se može kroz terapijski odnos raditi na prihvaćanju sugestije za uključivanje obitelji u liječenje (9). U istraživanju provedenom 2014. godine u KBC „Sestre Milosrdnice“ u kojem je sudjelovao 71 bolesnik dolazimo do podataka da 80, 3 % ovisnika živi u primarnoj ili sekundarnoj obitelji, a 59, 2 % bolesnika dolazi na hospitalizaciju bez pratnje člana obitelji, iako je pri dogovoru za bolničko liječenje data uputa o dolasku sa članom obitelji u pratnji (39). Rezultati tog istraživanja okvirna su slika

uključenosti članova obitelji u liječenje opijatskih ovisnika. Intervju koji provodi medicinska sestra na prijemu na bolničko liječenje sa ovisnikom i članovima obitelji ako su u pratnji, važan je za procjenu obiteljskih odnosa i uključivanje članova obitelji u obiteljsku terapiju koja se održava jednom tjedno a provode ju psiholog i/ili medicinska sestra. Moguće je odabrati i rad sa članovima jedne obitelji ako je procjena terapeuta da taj modalitet rada ima više svrhe. Obiteljski terapeut ima mjesto kao „vanjski" pridruženi član obitelji, koji sudjeluje u radu a da na nepristran i objektivan način prati , analizira i procjenjuje odnose u obitelji i potiče promjene s ciljem boljih odnosa i funkcionalnosti obitelji (9).

5.4. Primjena načela djelotvornog tretmana u radu s obiteljima ovisnika

Časopis NIDA opisuje 13 načela djelotvornog tretmana ovisnosti o drogama a nastao je kao rezultat dvadeset godišnjih znanstvenih istraživanja na polju ovisnosti (40). Članove obitelji bi bilo poželjno kroz obiteljsku terapiju upoznati s načelima učinkovitog tretmana. Stjecanje više znanja o bolesti i načinu liječenja djelovat će terapijski i rezultirati s više prihvaćanja i pomoći ovisniku u procesu liječenja te pružiti mogućnost za gradnju boljih odnosa te ih naučiti živjeti s problemom ovisnosti koji za mnoge roditelje može vrlo dugo trajati.

1. Niti jedan pojedinačan oblik tretmana nije primjeren svim osobama. Uvjete tretmana, tip intervencije i pristup liječenju potrebno je prilagoditi individualnim potrebama i kapacitetu bolesnika. Roditelji često imaju nerealna očekivanja vezana za način i rezultate liječenja i žele brzo rješenje. Uloga je obiteljskog terapeuta objasniti dugotrajnost procesa liječenja, razlog odabranog tretmana i što se njime može postići.

2. Nužno je da tretman bude lako dostupan. Ovisnici su zbog raznih razloga neodlučni u pogledu dolaska na liječenje, stoga je važno omogućiti im tretman liječenja tada kada su spremni i pokažu barem neki interes. I niska razina odluke je ponekad dovoljna jer ostali dio odrade članovi stručnog tima i obitelj.

3. Djelotvoran tretman prati višestruke probleme ovisnika (ne samo uzimanje droga). Liječenje ovisnika obuhvaća zbrinjavanje sveukupne problematike koja prati svakog ovisnika, od uzimanje droga, probleme tjelesnog i psihičkog zdravlja pa do socijalnih, profesionalnih i legalnih probleme što je za roditelje značajno jer ne znaju kako pomoći a često i nisu upoznati sa pravim stanjem i problemima.

4. Tretman treba biti fleksibilan. Promjene stanja, raspoloženja, odluka i mišljenja je značajna karakteristika ovisnika pa stoga treba procjenjivati i mijenjati tretman prema stanju i potrebama te izabrati realnu opciju koja je prihvatljiva bolesniku obzirom na moguće postignuće u liječenju.

5. Primjereno trajanje tretmana je od iznimne važnosti za njegovu djelotvornost. Vrijeme koje je potrebno za početak poboljšanja stanja za većinu bolesnika je oko tri mjeseca, s time da dulji vremenski period uglavnom daje bolje rezultate. Veliku ulogu u tome ima pripremljenost bolesnika za tretman i sukladno tome realnost postavljenog cilja ali i mogućnosti trajanja liječenja pojedinih programa. U slučaju da izabrani program svojim trajanjem nije doveo do stabilizacije, postji mogučnost nastavka liječenja u ustanovi sa dužim trajanjem liječenja koji će bolesniku pružiti mogućnost postizanja stabilnijeg zdravlja ako prihvati preporuku, a uključuje dogovor i direktni premještaj.

6. Individualno i/ili grupno savjetovanje kao i druge bihevioralne terapije su ključne komponente djelotvornog tretmana ovisnika. Bihevioralna terapija ima važno mjesto u u osnaživanju bolesnika te usvajanju zdravih obrazaca življenja, učenja vještina kako se oduprijeti uzimanju droga, kako birati i stvarati zdravo socijalno okruženje, usvajanje vještina uspješnog rješavanja problema, osnaživanje samokontrole, izbjegavanje ljudi, mjesta i situacije koje ih dovode u rizična ponašanja.

7. Medikamentozno liječenje predstavlja važan element tretmana za mnoge bolesnike. Medikamentozna terapija za ovisnike ima ključnu ulogu u prekidanju konzumiranja ilegalnih sredstava, odmaku od ovisničkog društva te važan uvijet da mogu sudjelovati u psihoterapijskom tretmanu. Štiti ovisnika od recidiva jer drži žudnju pod kontrolom. Za ovaj dio učinkovitog tretmana je važno da ovisnik ima kontrolu nad uzimanjem terapije i da uzima samo propisanu terapiju što ovisnici teško postižu. Roditelji često ne prihvaćaju uzimanja opijatske terapije jer ju poistovjećuju s drogama te je zadatak terapeuta pojasniti razliku i rizike u koje ovisnik bez terapije ulazi te važnost stručne procjene kad je vrijeme za opciju bez terapije.

8. Kod ovisnika (ili drugih osoba koje zlorabe droge), s koegzistentnim duševnim poremećajima, treba na integralan način tretirati oba poremećaja. Kod ovisnika je često prisutan komorbiditet s drugim psihičkim poremećajima što dodatno otežava i komplicira lijećenje. Važno je istovremeno tretirati oba poremećaja i roditeljima upoznati sa stanjem njihovog djeteta.

9. Medicinska detoksifikacija je tek prva etapa tretmana ovisnika. Zbrinjavanje i rješavanje akutnih i fizičkih simptoma sustezanja u medicinskoj detoksifikaciji je prekratkog trajanja da bi mogla utjecati dugoročno na uzimanje droga. Dovodi bolesnika do bistrijeg uma te bi donošenje odluke za mogući daljnji tretman moglo biti učinkovitije. U prvoj hospitalizaciji i ovisnici i roditelji najčešće imaju nerealna očekivanja i očekuju da će do kraja bolničkog programa biti izliječeni i problem s drogama riješen. Zadatak terapeuta je priptemiti i bolesnika i obitelj da liječenje tek sada počinje.

10. Kako bi bio djelotvoran, tretman ne mora neizbježno biti voljan. Ovisnici teško donose odluke za liječenje te pritisak obitelji, liječnika, suda, policije, tu odluku mogu ubrzati, a time i mogučnost za početak liječenja. Bez obzira na razlog, ulazak u tretman je poželjan i pruža mogućnost za prestanak konzumiranja psihoktivnih tvari.

11. Tijekom tretmana obavezan je neprekidan nadzor mogućeg uzimanja droga. U bolničkom programu kontrola urina na droge i alkohol obavezan je dio tretmana barem jednom tjedno i svaki put kad stručni tim procjeni potrebu za tim. Grupiranje bolesnika, nemiri i razmirice, konflikti, samo su neke od zbivanja u grupi ovisnika kad je potrebna kontrola urina jer iza toga najčešće stoji planiranje nabavke ili prisutnost nedozvoljenih sredstava među bolesnicima. Ovisnici se teško nose sa apstinencijskom krizom i ako im je bilo koje sredstvo dostupno, većina će sredstvo i uzeti. Kontrole urina i nakon bolničkog programa su sastavni dio svakog kontrolnog pregleda kako bi se dobio uvid u konzumiranje ilegalnih sredstava ali i kontrola uzimanja terapije.

12. Programi tretmana trebaju pribaviti podatke o HIV/AIDS infekciji, B i C hepatitisu, tuberkulozi i ostalim zaraznim bolestima. Edukacija ovisnika o prevenciji zaraznih bolesti je važan dio tretmana koji provode liječnici i medicinske sestre. Pošto su ovisnici rizična skupina potrebno je barem jednom godišnje provoditi testiranje na zarazne bolesti iz kapilarne krvi jer savjetovanja da sami odlaze na testiranja najčešće nisu realizirana. Također nakon svakog rizičnog ponašanja koje za posljedicu može imati infekciju je potrebno testiranje. Strah i strepnja od pozitivnog nalaza dovodi ovisnika do izbjegavanja suočavanja sa nalazom što izaziva nemir koj opet smiruju drogama. Važno je dobiti pristanak za testiranje i sukladno nalazu dogovoriti daljnje postupke.

13. Oporavak od ovisnosti može biti dugotrajan proces. Kao i druge kronične bolesti i u ovisnosti se izmjenjuju periodi apstinencija i recidiva što zahtjeva višestruke epizode

liječenja. Redoviti dolasci na kontrolne preglede, potpora obitelji, sudjelovanje u potpornim programima samopomoći neki su od elemenata koji pomažu u održavanju apstinencije.

Usvajanje i prihvaćenje 13 načela učinkovitog tretmana ovisnosti o drogama ima veliki značaj za obitelji ovisnika za usvajanje znanja o bolesti, važnosti liječenja a time stjecanje uvjeta za daljnji rast na individualnom i obiteljskom polju.

5.5. Grupna radionica za obiteljsku terapiju

Poželjno je da grupnu radionicu za članove obitelji opijatskih ovisnika radi član stručnog tima koji ima iskustvo u radu s ovisnicima, edukacije iz područja ovisnosti i koji je upoznat sa psihopatologijom te složene bolesti kojom zbog oštećenja mozga i stila života dominira poremećaj ponašanja razumljiv profesionalcima u toj užoj specijalnosti. U radu s obiteljima bitna je edukacija o naravi ovisnosti kao bolesti, poremećaju ponašanja, mogućim očekivanjima a istodobno ostaviti nadu za mogući oporavak, što je stvar umijeća, osobnosti i profesionalnosti grupnog terapeuta (9). Kao što kaže prof.dr.sc. Eduard Klain, psihijatar i psihoanalitičar, kako voditelj grupe – grupni terapeut može biti čovjek koji voli ljude, koji voli komunicirati u grupama, koji je spreman pomoći drugome, a da odmah ne traži nešto zauzvrat. Uz izdržljivost dugotrajne edukacije mora imati volje i želje da mnogo toga nauči, ponajprije o sebi a zatim i o drugim ljudima (41).

Grupna radionica za rad s više obitelji može biti izuzetno korisna za sve članove jer se povezuju s drugim obiteljima koji imaju isti problem čime osjećaj stigme, krivnje, izoliranosti, i svega što prati obitelji opijatskih ovisnika može biti podnošljivija.

Grupni rad za članove obitelji omogućava (42):

- Edukaciju o bolesti
- Prihvaćanje bolest svoga člana
- Prihvaćanje da je liječenje proces koji traje godinama
- Prihvaćanje da je recidiv dio bolesti ovisnika
- Nauče da je u slučaju recidiva potrebno odmah potražiti stručnu pomoć
- Nauče imati kontrolu nad svojim ponašanjem i kad se događaju loše stvari
- Razumiju da stalno vraćanje u prošlost izaziva sukobe

- Nauče vještine komuniciranja a time i izbjegavati konflikte s ovisnikom
- Nauče da je važnije kako nešto reći nego što reći
- Postavljaju nužne granice ovisniku unutar obitelji
- Znaju što jest, a što nije pod njihovim utjecajem
- Nauče kako biti uz dijete, ali ne vezan
- Mogu procijeniti što je realan cilj za svoga člana
- Prestaju težiti za idealnim ciljem
- Lakše prihvaćaju farmakoterapiju
- Dobivaju stručnu pomoć i podršku za sebe
- Preuzmu odgovornost za svoj život
- Nauče činiti dobro za sebe bez osjećaja krivnje

Rad na usvajanju novih obrazaca ponašanja za članove obitelji nije uvjek jednostavno niti su rezultati za sve članove obitelji isti. Ustrajani rad na sebi, upornost i potrebna dužina terapijskog procesa za većinu članova obitelji čini promjene, osnažuje ih da budu zdrava uporišta svome bolesnom članu, a to je najčešće njihovo dijete (9). Postoje ponašanja ovisnika koje roditelji ne moraju prihvatiti a odnosi se na ponašanja koja kontinuirano ugrožavaju temeljna ljudska prava roditelja, kada zloupotrebljavaju i manipuliraju njihovom ljubavi, svojim ponašanjem ugrožavaju ostale članove obitelji ili su svi dosadašnji pokušaji liječenja bez ikakvih rezultata. U takvim situacijama roditelji imaju pravo prekinuti potporu i zajednički život ali ta odluka mora biti isključivo njihova (43).

6. ZAKLJUČAK

Ovisnost kao kronična, recidivirajuća bolest ostavlja teške posljedice na svim razinama funkcioniranja ovisnika. Posljedice osjećaju obitelj kao i cjelokupno socijalno okruženje u kojem ovisnik živi jer stil života često uključuje kriminogeno ponašanje, širenje zaraznih bolesti te neodgovorno ponašanje koje ugrožava osobe u njihovoj okolini. Stoga prevencija ovisnosti treba biti visoko na ljestvici prioriteta svakoga društva kao i rano otkrivanje te liječenje ovisnika koji u ovisnosti već jesu. Istraživanje provedeno 2015. godine u 21 županiji u Hrvatskoj na uzorku od gotovo 5 000 ispitanika temeljni je i opći indikator raširenosti uporabe sredstava ovisnosti među stanovništvom. Rezultati pokazuju da je u periodu od posljednjih godinu dana svaka peta osoba u dobi između 15. i 24. godine uzimala kanabis, kao i da je najveća prevalencija uzimanja „novih droga“ također u toj dobnoj skupini ispitanika (15). Navedeno razdoblje kod mladih karakterizira nekontrolirana znatiželja, jak utjecaj društva, potreba dokazivanja a mnogi nemaju zrelost niti su pripremljeni da bi se mogli zaštititi od rizičnih faktora za razvoj ovisničkog ponašanja. Istraživanja također dokazuju da je kanabis prvo ilegalno sredstvo kod 80% opijatskih ovisnika nakon čega slijedi konzumacija i drugih ilegalnih sredstava i potvrđuje činjenicu da za adolescente nema „lakih“ droga. Kako podaci ZZJZ navode, roditelji se suočavaju s činjenicom da im se dijete drogira, u prosjeku, tri godine od početka drogiranja. Od prve uzete droge pa do uključivanja ovisnika u liječenje prođe nekoliko godina pri čemu narušavanje fizičkog, mentalnog i socijalnog zdravlja progredira (4). Sve to dodatno narušava međuljudske odnose unutar obitelji koji su za mnoge i prije droga bili disfunkcionalni. U tome veliku ulogu ima i sam ovisnik koji manipulira kako bi što duže odgodio otkrivanje činjeničnog stanja što zbog straha od dodatnog narušavanja obiteljskih odnosa ako se sazna, što od nespremnosti da prekine s upotrebom psihoaktivnih tvari i posljedično apstinencijske krize. Cijeli proces odluke o otkrivanju problema u obitelji kao i početak liječenja dodatno otežava stigma i socijalna izolacija koja prati ovisnike, i njegovu obitelj. U toj problematici veliku ulogu imaju Centri za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika gdje dolazak nije uvjetovan administrativnim predradnjama te osigurava diskreciju za ovisnika i članove obitelji na samom početku tretmana, a po potrebi pruža pomoć u provedbi osiguravanja zdravstvene zaštite koji neki ovisnici nemaju regulirano. Hrvatski model liječenja ovisnika uključuje mnoge elemente od kojih treba naglasiti važnost farmakoterapije bez čega ne bi bili mogući ostali elementi tretmana. Bolnički i izvanbolnički programi za liječenje ovisnosti te liječnici opće/obiteljske medicine čine sustav suvremenog,

lako dostupnog i kvalitetnog medicinskog tretmana opijatskih ovisnika a liječenje opijatskim agonistima smanjuju brojne štetne posljedice za ovisnika, njegovu obitelj i društvo.

7. ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici doc.dr.sc. Veniji Cerovečki Nekić na vodstvu i pomoći pri izradi ovog diplomskog rada.

Hvala svima koji su mi na bilo koji način pomogli tijekom studija i u izradi ovog diplomskog rada.

Hvala mojoj obitelji.

8. LITERATURA

1. Sakoman S. Školski programi prevencije ovisnosti. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje; 2009.

2. Sakoman S. Uloga obitelji u razvoju ovisničkog ponašanja. Zagreb: Medicus; 2009. Vol.18 br. 2 str. 149 – 268.

3. Sakoman S. Obitelj i prevencija ovisnosti. Zagreb: SysPrint ; 2002.

4. Katalinić D, Huskić A. Izvješće o osobama liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2015. godoni. Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2016.

5 Povijest psihoaktivnih droga (pristupljeno 22.03.2017). https://hr.wikipedia.org/wiki/Psihoaktivne_droge

6. Povijest ljudskog drogiranja je bogata i spektakularna. (pristupljeno 22.03.2017. Dostupno na: http://www.telegram.hr/zivot/povijest-ljudskog-drogiranja-je-dosta-bogata-i-spektakularna-napravili-smo-mali-pregled-biljki-s-kojima-je-sve-pocelo/

7. Daudel C.Svjetski atlas droga.Pariz:P.U.F., 1996 str. 272.

8. Sakoman S. Društvo bez droge? Hrvatska nacionalna strategija (treće dopunjeno izdanje). Zagreb: Copyright. Institut društvenih znanosti Ivo Pilar; 2008.

9. Sakoman S. Liječenje opijatskih ovisnika, Priručnik. Zagreb: Referentni centar MZ za ovisnosti o drogama KBC Sestre milosrdnice, Klinika za psihijatriju; 2012.

10. Europski centar za pračenje droga i ovisnosti o drogama.(pristupljeno 01.04.2017.). Dostupno na: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_hr

11.Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Priopćenje iz EU agencijeza droge u Lisabonu.(pristupljeno 01.04.2017.). Dostupno na: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2625/Highlights_EDR2016_HR_Final.pdf

12. Vlada Republike Hrvatske, Nacionalni akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2015. do 2017.godine. Zagreb;2015.

13. Morgan D i sur. Social dominance in monkeys: Dopamin D2 receptors and cocaine self-administration. Nature Neuroscience; 2002.

14. Karlović D, Glavina Jelaš I. Teorije ličnosti i genetička istraživanja. Zagreb: Naklada Slap; 2016.

15. Glavak Tkalić R., Miletić G-M, Maričić J. Uporaba sredstava ovisnosti u hrvatskom društvu: Istraživanje na općoj populaciji. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar i Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske; 2016.

16.Frančišković T, Moro Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.

17. Brlas S.Terminološki opisni rječnik ovisnosti. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije; 2011.

18.Galić K. i sur. Što je meni važno?!Očekivanja bolesnika od psihijatrijskog tima. 21. Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara/tehničara HUMS-a; 2015.

19.Tiljak H. Neralić I, Cerovečki Nekić V. Mogučnosti u liječenju ovisnika o opijatima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i obiteljskoj medicini. Acta Clinica Croatica, Glasilo Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Tisak – Printed by ABF Group. Zagreb; 2012. 295-301.

20. Wikipedia: Obitelj. (Pristupljeno 17.06.2017.). Dostupno na: https://hr.wikipedia.org/wiki/Obitelj

21. Zakon. Hr. Pročišćeni tekstovi zakona. Obiteljski zakon NN 103/15. (Pristupljeno 17.06.2017.). Dostupno na : https://www.zakon.hr/z/88/Obiteljski-zakon

22. . Ljubetić, M. Obitelj u povijesnom i suvremenom kontekstu; 2006.(Pristupljeno 17.06.2017.). Dostupno na: http://www.ffst.unist.hr/images/50013806/Ljubetic_022006.pdf

23. . Hrvatski jezični portal. (Pristupljeno 17.06.2017.). Dostupno na: http://hjp.novi-liber.hr/

24. Rosić V, Zloković J. Prilozi obiteljskoj pedagogiji. Rijeka: Graftrade; 2002.

25. Nimec D. (2010). Obnovljeni život: (Ne) mogućnost tradicijske obitelji u suvremenom društvu. (Pristupljeno 17.06.2017.). Dostupno na: http://hrcak.srce.hr/file/76005 .

25. Tropšek A. Obiteljski odgoj nekad i sada. Diplomski rad Sveučilište Jurja Dobrile u Puli. Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti; 2015.

26. Stevanović M. Obiteljska pedagogija. Varaždinske Toplice: Tonimir; 2000.

27. Raboteg Š.Z Sakoman S , Brajša-Žganec A. Stilovi obiteljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih, Društvena istraživanja. Zagreb; 2002.

28. Taller V i sur. Psihijatrija – suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb: Naklada CSCAA; 2004.

29. HKMS – Zakon o sestrinstvu. Djelokrug rada i područje odgovornosti medicinske sestre/medicinskog tehničara vezano za razinu stečenog stupnja obrazovanja. Zagreb; 2003.

30. Povijesni osvrt na razvoj obiteljske terapije. (Pristupljeno 31.07.2017.). Dostupno na: http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Obitelj%20%20podrsk%20ment%20zdrav%20pojed%20-%20pog.pdf .

31. Obiteljska sistemska psihoterapija. (Pristupljeno 31.07.2017.). Dostupno na: http://dugan.hr/prilozi-o-psihoterapiji/obiteljska-sistemska-psihoterapija/ .

32.Golik-Gruber V. Institucionalno liječenje alkoholizma. Zbornik radova. Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje. Zagrebačka županija.

33. Galoić Cigit B. Ovisnici – Ako ih ne možeš uvjeriti, zbuni ih. Priručnik za sve koji sudjeluju u liječenju. Zagreb: Copyright; 2016.

34. Galoić Cigit B. Valja sve to preživjeti – za roditelje i druge članove obitelji ovisnika na liječenju. Zagreb: Copyright; 2017.

35. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege, HUSE i HUMS. Zagreb; 1994.

36.Blažević D. Komunikacija u sestrinstvu, Zbornik radova Psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara HUMS-a. Pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske; 2015.

37. Sestrinske dijagnoze 2. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb; 2013.

38. Šepec S. Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Zagreb: HKMS; 2011.

39. De Lai Lj, Božinović, Gelo J. Procjena pripremljenosti opijatskih ovisnika za detoksifikacijski program. 21.Dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara HUMS-a; 2015.

40. NIDA -Thirteen principles of effective drug addiction treatment. NID-a Notes;15,15. 1999.

41. Klain E, Gregurek R. I sur. Grupna psihoterapija- za medicinske sestre i tehničare. Medicinska naklada: Zagreb; 2007.

9. ŽIVOTOPIS

Rođena 4.1.1961. godine u Punikvama, Ivanec. Udana, majka dvojice sinova.

Formalno obrazovanje:

- 2015. – Upisala Sveučilišni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.
- 2004. – diplomirala na Studiju sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu i stekla naziv Prvostupnica sestrinstva.
- 1980. – Škola za medicinske sestre , Varaždin.

Radno iskustvo:

- Zaposlena na Klinici za psihijatriju, KBC Sestre milosrdnice od 1.11.1980. godine.
- Med.sestra u zdravstvenoj njezi od 1980. – 1995. godine
- Zamjenica glavne sestre u Jedinici pojačanog nadzora od 1995. – 1997.godine.
- Glavna sestra Odjela za ovisnosti od 1997 – 2012. godine.
- Glavna sestra Zavoda za alkoholizam i druge ovisnosti od 2012. – 2015. godine.
- Glavna sestra Klinike za psihijatriju od 14.10.2015. godine.

Aktivnosti:

Aktivni sam član Psihijatrijskog društva Hrvatske udruge medicinskih sestara i tehničara. Autor sam brojnih radova iz područja psihijatrijskog sestrinstva objavljenih u Zbornicima psihijatrijskog društva HUMS-a. Aktivno sudjelujem kao predavač na kongresima psihijatrijskog društva i u trajnoj edukaciji Klinike i KBC-a. Sudjelovala sam u nekoliko kliničkih studija. Dvadesetak sam godina mentor studentima Studija sestrinstva Zdravstvenog veleučilišta te aktivno sudjelujem u provedbi vježbi za učenike Škole za medicinske sestre i Škole za primalje.