

UNIVERZITET CRNE GORE

FAKULTET POLITIČKIH NAUKA

Smjer: Socijalna politika i socijalni rad

***Socijalna podrška kao faktor unapređenja
kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih
supstanci u Crnoj Gori nakon rehabilitacije i
resocijalizacije***

DOKTORSKA DISERTACIJA

Kandidatkinja:

MSci Ena Grbović

Mentor:

prof. dr Boban Mugoša

Podgorica, 26. mart 2021. godine

PODACI I INFORMACIJE O DOKTORANDU

| | |
|---|---|
| Ime i prezime | Ena Grbović |
| Datum i mjesto rođenja | 08. decembar 1984. godine, Trebinje, Bosna i Hercegovina |
| Naziv završenog postdiplomskog studijskog programa i godina završetka | Magistarske studije na Fakultetu političkih nauka UCG, 2010. godine |

INFORMACIJE O DOKTORSKOJ DISERTACIJI

| | |
|---|---|
| Naziv doktorskih studija | Doktorske studije na Fakultetu političkih nauka, studijski program - Socijalna politika i socijalni rad |
| Naslov teze | Socijalna podrška kao faktor unapređenja kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori nakon rehabilitacije i resocijalizacije |
| Fakultet na kojem je disertacija odbranjena | Fakultet političkih nauka |

UDK, OCJENA I ODBRANA DOKTORSKE DISERTACIJE

| | |
|--|---|
| Datum prijave teze | 19. februar 2014. godine |
| Datum sjednice Senata Univerziteta na kojoj je prihvaćena teza | 04. decembar 2014. godine |
| Komisija za Ocjenu podobnosti Teze i kandidata | prof. dr Boban Mugoša prof. dr Ana Čekerevac prof. dr Velimir Rakočević |
| Mentor | prof. dr Boban Mugoša |
| Komisija za ocjenu doktorske disertacije | prof. dr Boban Mugoša prof. dr Ana Čekerevac prof. dr Velimir Rakočević |
| Komisija za odbranu doktorske disertacije | prof. dr Boban Mugoša prof. dr Ana Čekerevac prof. dr Velimir Rakočević |
| Datum odbrane | 26. mart 2021. godine |
| Datum promocije | |

Želim da se zahvalim bivšim klijentima Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica koji su učestvovali u ovom istraživanju, kao i zaposlenim koji su mi pružili pomogli u organizaciji i sprovođenju istraživanja.

Veliku zahvalnost dugujem svom mentoru, prof. dr Bobanu Mugoši na svim korisnim savjetima, povjerenju, kao i angažmanu u mentorisanju izrade ovog rada. Hvala Vam na razumjevanju. Hvala prof. dr Ani Čekerevac i prof. dr Velimiru Rakočeviću na pažnji i značajnim komentarima koji su doprinijeli kvalitetu rada.

Svim mojim prijateljima zahvaljujem što su sa stpljenjem slušali sve moje nedoumice i strahove i humorom uspjevali da mi daju „vjetar u leđa“ da nastavim dalje. Hvala Milice, Bojana, Željka, Marko, Jelena, Tijana, Petra, Majo.

Tebi M, hvala....

Zahvalna sam mojoj porodici, ocu Mensudu, sestri Jasmini, bratu Dariu, našem Andreju, Jovani i Charlotta Ani.

Posebno hvala mojoj majci Svjetlani na svemu što mi je pružila u životu. Tvoja ljubav, podrška, hrabrost i vjera me čine srećnom.

Naziv doktorskih studija: Socijalna politika i socijalni rad

Naslov disertacije: Socijalna podrška kao faktor unapređenja kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori nakon rehabilitacije i resocijalizacije

Rezime

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci je pojava koja je socijalno-patološka ali koja ima i medicinske, psihijatrijske, psihološke i druge dimenzije. Po pravilu ima hronični i progresivni tok i često izaziva oštećenje tjelesnog i duševnog zdravlja ne samo pojedinca koji konzumira drogu, već uništava i destabilizuje cijelu porodicu, a zatim i društvenu zajednicu.

Ovaj rad za predmet ima ispitivanje postojanja socijalne podrške u Crnoj Gori i njen uticaj na percepciju kvaliteta života klijenata Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica. Cilj rada je procijeniti povezanost socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije, procijeniti povezanost emocionalne podrške sa kvalitetom života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije, procijeniti povezanost socijalne podrške i zdravstvenog statusa bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije. Istraživanja o ulozi socijalne podrške na kvalitet života klijenata se prvi put radi na prostoru Crne Gore, pa se očekuje da će rasvijetliti značaj ove usluge u tretmanu klijenata i njegovo uvođenje nakon napuštanja institucije, i biti putokaz za promociju servisa socijalne podrške u sistemu socijalne zaštite, kao i model za sva daljnja istraživanja socijalne podrške kao važnog servisa u sistemu socijalne zaštite.

Ključne riječi: *socijalna podrška, kvalitet života, oporavak, bivši korisnici psihoaktivnih supstanci*

Title of doctoral studies: Social policy and social work

Title of the dissertation: Social support as a factor in improving the quality of life of former users of psychoactive substances in Montenegro after rehabilitation and resocialization

Abstract

Dependence on psychoactive substances is a phenomenon that is socially-pathological, but also has medical, psychiatric, psychological and other dimensions, with chronic and progressive course and often causes damage to physical and mental health, not only to an individual who consumes drugs, but destroys and destabilizes the entire family, and then to the community. This dissertation deals with the examination of the existence of social support in Montenegro and its impact on the perception of the quality of life of the clients of the Public institution for accommodation, rehabilitation and resocialization of users of psychoactive substances in Podgorica. The aim of the paper is to evaluate the correlation between social support and the quality of life of former users of psychoactive substances after a period of rehabilitation and re-socialization, assess the connection of emotional support with the quality of life of former users of psychoactive substances after a period of rehabilitation and resocialization, assess the correlation of social support and the health status of former users of psychoactive substances after a period rehabilitation and resocialization. Research on the role of social support on the quality of life of clients is first done in the area of Montenegro, so it is expected to highlight the significance of this service in client treatment and its introduction after leaving the institution, and be a guideline for promotion of social support services in the social protection system, as well as a model for all further research into social support as an important service in the social protection system.

Key words: *social support, quality of life, recovery, former users of psychoactive substances*

SADRŽAJ

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Uvod..... | 10 |
| 1.1. | Istorijski osvrt i rasprostranjenost bolesti zavisnosti..... | 12 |
| 1.2. | Definicija bolesti zavisnosti | 26 |
| 1.3. | Kvalitet života | 31 |
| 1.4. | Socijalna podrška | 32 |
| 1.5. | Odnos socijalne podrške i kvaliteta života..... | 32 |
| 2. | Psihosocijalne determinante zloupotrebe droga | 34 |
| 2.1. | Individualne determinante | 38 |
| 2.1.1. | Teorijski koncepti u izučavanju problema zloupotrebe psihoaktivnih supstanci..... | 41 |
| 2.1.2. | Rizično ponašanje | 43 |
| 2.1.3. | Adolescencija | 47 |
| 2.1.4. | Ličnost..... | 48 |
| 2.2. | Grupne determinante | 52 |
| 2.2.1. | Porodica..... | 52 |
| 2.2.2. | Vršnjaci | 66 |
| 2.2.3. | Šira društvena zajednica..... | 69 |
| 3. | Domaća i međunarodna zakonska regulativa - politika suzbijanja zloupotrebe droga..... | 75 |
| 3.1. | Legislativa iz oblasti prava..... | 75 |
| 3.1.1. | Ustav Crne Gore..... | 76 |
| 3.1.2. | Krivični zakonik..... | 76 |
| 3.1.3. | Zakonik o krivičnom postupku | 78 |
| 3.2. | Legislativa iz oblasti socijalne zaštite | 78 |
| 3.2.1. | Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti | 78 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.3. | Legislativa iz oblasti zdravstva | 79 |
| 3.3.1. | Zakon o zdravstvenoj zaštiti..... | 79 |
| 3.3.2. | Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga | 80 |
| 3.3.3. | Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci..... | 82 |
| 3.3.4. | Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva | 82 |
| 3.3.5. | Zakon o pravima pacijenata | 83 |
| 3.4. | Strateška dokumenta..... | 83 |
| 3.4.1. | Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020. godine 83 | |
| 3.5. | Institucionalni okvir | 84 |
| 3.5.1. | Nacionalni savjet za sprečavanje zloupotrebe droga | 84 |
| 3.5.2. | Komisija za droge | 85 |
| 3.5.3. | Ministarstvo rada i socijalnog staranja - Centri za socijalni rad | 85 |
| 3.5.4. | Ministarstvo zdravlja - Odjeljenje za droge | 86 |
| 3.5.5. | Institut za javno zdravlje Crne Gore | 87 |
| 3.6. | Međunarodni dokumenti | 88 |
| 3.6.1. | Jedinstvena konvencija o opojnim drogama (1961) sa Protokolom o izmjeni Jedinstvene konvencije o opojnim drogama (1972) | 88 |
| 3.6.2. | Konvencija o psihotropnim supstancama (1971)..... | 89 |
| 3.6.3. | Konvencija protiv nezakonitog prometa opojnih droga i psihotropnih supstanci (1988)..... | 91 |
| 4. | Prevenција..... | 92 |
| 4.1. | Uloga porodice | 97 |
| 4.2. | Uloga vršnjaka..... | 98 |
| 4.3. | Uloga škole..... | 98 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 4.3.1. | Prevenција zavisnosti od psihoaktivnih suspstanci u predškolskim ustanovama | 102 |
| 4.3.2. | Prevenција zavisnosti od psihoaktivnih suspstanci u osnovnim školama | 102 |
| 4.3.3. | Prevenција zavisnosti od psihoaktivnih suspstanci u srednjim školama | 103 |
| 4.3.4. | Prevenција zavisnosti od psihoaktivnih suspstanci kod studentske populacije..... | 105 |
| 4.4. | Uloga lokalne zajednice | 106 |
| 4.5. | Uloga medija | 106 |
| 5. | Tretman korisnika | 108 |
| 5.1. | Liječenje u zdravstvenom sistemu..... | 111 |
| 5.1.1. | Primarna zdravstvena zaštita..... | 112 |
| 5.1.2. | Sekundarna zdravstvena zaštita..... | 113 |
| 5.1.3. | Tercijarna zdravstvena zaštita | 115 |
| 5.2. | Tretman u socijalnom sektoru - rehabilitacija i reintegracija..... | 115 |
| 5.2.1. | Rehabilitacija..... | 119 |
| 5.2.2. | Resocijalizacija | 126 |
| 6. | Kvalitet života i socijalna podrška | 128 |
| 6.1. | Kvalitet života | 128 |
| 6.2. | Socijalna podrška | 130 |
| 6.2.1. | Modeli | 133 |
| 6.2.2. | Vrste | 134 |
| 6.2.3. | Izvori | 135 |
| 6.3. | Odnos kvaliteta života i socijalne podrške | 139 |
| 7. | Predmet i cijevi istraživanja..... | 142 |
| 8. | Metodologija, ispitanici i dizajn istraživanja..... | 145 |
| 8.1. | Instrumenti istraživanja | 145 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 8.1.1. | Upitnik o sociodemografskim podacima | 146 |
| 8.1.2. | Upitnik kvaliteta života | 146 |
| 8.1.3. | Upitnik socijalne podrške..... | 146 |
| 8.1.4. | Upitnik zdravstvenog statusa | 147 |
| 8.2. | Uzorak i tok istraživanja..... | 147 |
| 8.2.1. | Uzorak | 147 |
| 8.2.2. | Tok istraživanja | 147 |
| 9. | Rezultati | 149 |
| 9.1. | Socio-demografske karakteristike ispitanika..... | 149 |
| 9.2. | Socijalna podrška - struktura i značaj kod bivših korisnika psihoaktivnih supstanci | 160 |
| 9.3. | Kvalitet života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci | 167 |
| 9.4. | Zdravstveni status bivših korisnika psihoaktivnih supstanci | 169 |
| 9.5. | Korelacione karakteristike skala primijenjenih u istraživanju | 172 |
| 10. | Rasprava..... | 174 |
| 11. | Zaključci i preporuke | 201 |
| 12. | Literatura:..... | 206 |
| 13. | Prilozi:..... | 244 |
| 13.1. | Upitnik o sociodemografskim podacima | 244 |
| 13.2. | Multidimenzionalna skala socijalne podrške..... | 257 |
| 13.3. | Upitnik kvaliteta života..... | 259 |
| 13.4. | Upitnik zdravstvenog statusa | 263 |

1. Uvod

Činjenica koja karakteriše posljednje decenije dvadesetog i početak dvadeset i prvog vijeka su dramatični potresi koje porodica doživljava, a čiji su uzroci kompleksni i mnogobrojni (Kovačević, Đukanović, 2009). Ekonomska kriza, rat sa kojim su usko vezane prisilne migracije koje su uzrokovale disfunkcionalnost jednog broja porodica, osiromašenje stanovništva, politička previranja, širenje i jačanje međunarodnog kriminala sa povećanjem proizvodnje i ponude psihoaktivnih supstanci, promjena kvaliteta života i povećani zahtjevi koje moderno društvo stavlja pred čovjeka su uticale na to da određeni postotak stanovništva, a naročito adolescenata, kao spas od nesigurnosti i straha nalaze u različitim psihoaktivnim supstancama (PAS) (Nikolić, 2000: 129-194).

Uzroci rasprostranjenosti zavisnosti leže u devijacijama društva i njihovom reflektovanju na različite društvene grupe (Nikolić, 2000). Kao posljedica sve veće raširenosti zloupotrebe droga javlja se kriza savremenog društva i porodice sa ugrožavanjem temeljnih društvenih vrijednosti i porasta kriminala (UNODC, 2008: 17).

U svijetu su razmjere zavisnosti poprimile epidemijske osobine, naročito u populaciji mladih osoba. Procjenjuje se da je oko 5% ukupne populacije odraslog stanovništva koristilo drogu makar jednom u 2015. godini. Još više zabrinjava činjenica da oko 29.5 miliona korisnika droga, ili 0.6% ukupne svjetske populacije, pati od nekog oblika poremećaja uzrokovanog drogama. To podrazumijeva da njihovo korišćenje droga dovodi do zavisnosti koja zahtjeva neki od oblika tretmana (UNODC, 2017).

Zloupotreba psihoaktivnih supstanci je značajan socijalno-zdravstveni problem koji predstavlja prijetnju po zdravlje i sigurnost cjelokupne populacije a naročito na mlađu populaciju u Crnoj Gori ali i na svjetskom novou i u državama članicama Evropske unije (Strategija Crne Gore za spriječavanje zloupotrebe droga 2013-2020: 19-25).

U Crnoj Gori se bolest zavisnosti pojavila najkasnije u odnosu na države u regionu. Koji je razlog tome, do sada naučna istraživanja nisu dala odgovor na ovo pitanje. Čak i danas, kada se povećava broj zavisnika i dalje nisu rađena istraživanja koja populacija je najviše

ugrožena, kao i koji faktori imaju najznačajniju ulogu za donošenje odluka da se proba naka od psihoaktivnih supstanci. Još uvijek nije poznat ni tačan broj zavisnika (Vlada RCG, 2008; 34-36).

Do otvaranja Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica na Kakaričkoj Gori, u Crnoj Gori nije postojala ustanova koja je specijalizovana za stacionarni tretman zavisnika od droge. Tretman u ustanovi se sastoji iz dvije faze koje traju po godinu dana. U prvoj godini (rezidencijalna faza) u ustanovi se sprovodi individualna, grupna i porodična terapija, kao i aktivnosti u okviru radno-okupacione terapije. Nakon izlaska iz ustanove slijedi drugi dio, tzv. nerezidencijalni tretman. Ova faza predstavlja najrizičniji dio tretmana. Zato je od izuzetnog značaja uključivanje klijenata u programe psihosocijalne podrške i profesionalne rehabilitacije kako bi proces resocijalizacije bio uspješan za klijenta nakon povratka u širu društvenu zajednicu. Zavisnosti od psihoaktivnih supstanci je specifična bolest sa dugotrajnim procesom liječenja. Ipak, bez resocijalizacije, veoma je teško održati apstinenciju (Juventas, CeMI, Open Society foundation, 2013: 30-32).

Svjetska zdravstvena organizacija definiše „kvalitet života kao široki koncept koji se sastoji od fizičkog zdravlja, psihološkog statusa, materijalne nezavisnost, socijalnih odnosa i podrazumjeva percepciju pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kako u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojima žive, tako i u ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima“ (SZO, 1998). Socijalnu podršku autori često prepoznaju kao prediktor koji najjače doprinosi kvalitetu života (Vuger-Kovačić, 2011).

Unapređenje funkcionalnosti i kvaliteta života osoba koje imaju oštećeno zdravlje može se ostvariti kroz socijalnu podršku, a ne samo kroz postupke kurative. Multidisciplinarni pristup omogućava razvojni pristup u unapređenju zdravlja i kvaliteta života (Marčinko, Vuletić, Šincek, 2011: 73-94).

Radi preglednosti istraživačkog rada on je podijeljen u nekoliko segmenata u kojima su obrađeni nastanak i razvoj narkomanije kao bolesti zavisnosti u svijetu i kod nas, psihosocijalne determinante zloupotrebe droga, domaća i međunarodna regulativa,

prevencija, tretman korisnika, kao i definisanje pojmova kvalitet života i socijalna podrška i njihovog međusobnog odnosa.

Predmet istraživanja je postojanje socijalne podrške u Crnoj Gori i njen uticaj na percepciju kvaliteta života klijenata Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica.

Cilj rada je procijeniti povezanost socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije, procijeniti povezanost emocionalne podrške sa kvalitetom života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije, procijeniti povezanost socijalne podrške i zdravstvenog statusa bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije.

Istraživanja o ulozi socijalne podrške na kvalitet života klijenata se prvi put radi na prostoru Crne Gore, pa se očekuje da će se rasvijetliti značaj ove usluge u tretmanu klijenata i njegovo uvođenje nakon napuštanje institucije, i biti putokaz za promociju servisa socijalne podrške u sistemu socijalne zaštite, kao i model za sva daljnja istraživanja socijalne podrške kao važnog servisa u sistemu socijalne zaštite.

1.1. *Istorijski osvrt i rasprostranjenost bolesti zavisnosti*

Iako je zloupotreba droga postala ozbiljan svjetski zdravstveni problem tek u XX-tom vijeku, drugovanje čovjeka sa drogom počelo je prije više milenijuma (Ratković, 2017: 22).

Kada se govori o bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci postoje različite teorije o njenom nastanku. Ova pojava je stara koliko i društvo, samo se javljala u drugim oblicima i sa drugim posljedicama u zavisnosti od stepena razvoja društva. Pisani tragovi o upotrebi droga postoje još od vremena prije nove ere. U Sumerskim tablicama postojali su zapisi o supstancama koje mjenjaju svijest ljudi. U grobnicama faraona u pećinama Perua su pronađene kuglice opijuma, za koje se kasnije pokazalo da su zapravo kanabis.

U primitivnim plemenima korištena je gljiva Pejotl koja je konzumirana oralno i one koji su je koristili dovodila u stanje transa. Do XIV-tog vijeka supstance su se unosile u organizam bez ikakve prerade oralnim putem, a nakon toga i putem udisanja kroz nos. Sa napretkom tehnologije u oblasti hemije i medicine, došlo je do pronalaska novih supstanci koje se svrstavaju u kategoriju droga. Danas je poznato oko 5000 supstanci koje se nazivaju opojnim drogama prirodnog i sintetičkog porijekla (Golubović, 2005: 8-12).

Masovna upotreba droga počinje u drugoj polovini dvadesetog vijeka (Stimmel, 1992, prema Mugoša, 2009: 121). Poslije drugog svjetskog rata počinje rasprava na svim nivoima (stručni, administrativni, nacionalni i internacionalni) sa ciljem da se usvoje međunarodni dogovori i konvencije i spriječi proizvodnja, trgovina i upotreba droga. Formira se i Komisija za droge Ujedinjenih nacija za praćenje kretanje narkomanije u svijetu i predlaganje mjera prevencije (Nikolić, 2000: 129-194). Pedesetih i šezdesetih godina dvadesetog vijeka je došlo do izrazitog porasta upotrebe droga.

Posljednjih godina rasprostranjenost bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u našoj zemlji poprima epidemijske razmjere, sa stalnim porastom prevalencije. Takođe istraživanja su pokazala da sa sve ranije započinje sa konzumacijom psihoaktivnih supstanci sa jedne strane, dok sa druge strane je prisutna pojava da se povećana konzumacija javlja i kod osoba starijih od 40 i 50 godina (Ramah, 2001). Takođe, empirijska istraživanja pokazuju da postoji kontinuitet u porastu broja osoba koje koriste drogu, da je najčešće prvi kontakt u periodu osnovne škole kao i da je sve niža starosna granica kada se razvija obrazac redovnog korišćenja droge. U skladu sa navedenim dolazi i do porasta krivičnih djela koji su na direktan ili indirektan način povezani sa konzumacijom droga. Porast zloupotrebe droga u Crnoj Gori se hronološki najkasnije javio u odnosu na države okruženja. Posljednju deceniju se naša zemlja ozbiljnije suočava sa ovim javnozdravstvenim i bezbjedonosnim problemom (NVO Društvo za borbu protiv side Crne Gore-Cazas, 2009: 10-13). Kombinovana zloupotreba droga i alkohola se u praksi sve češće dešava, kao i istovremeno konzumiranje različitih vrsta psihoaktivnih supstanci (Dragišić-Labaš, Milić, 2007: 31-43).

Karakteristike „novog talasa“ su i demetropolizacija i decentralizacija ove pojave što podrazumijeva da se ona sve češća u ruralnim sredinama i periferijama naselja, kao i sklonost ka politoksikomaniji (Bjegović, et.al. 1997: 83-84).

Empirijska istraživanja koja su se od 1999. godine sprovodila u Crnoj Gori ukazuju na blag i kontinuiran porast zloupotebe supstanci kod djece i mladih. Najčešće prvi kontakt sa psihoaktivnim supstancama dešava se u periodu osnovne škole, ali uzrast kada počinje sa razvojem obrazca redovnog korišćenja droga se spušta. Prema raspoloživim podacima, posljednjih godina se u Crnoj Gori višestruko povećala ponuda, potražnja kao i raznovrsnost droga (ESPAD 2008).

Zavod za zdravstvenu zaštitu Podgorice 1999. godine sproveo je istraživanje na uzorku od 4054 učenika. Rezultati su pokazali da je psihoaktivne supstance koristilo 0.4% anketiranih učenika osnovnih škola i 6.7% anketiranih učenika srednjih škola.

Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2004. godine sproveo je istraživanje na uzorku od 3964 učenika različitih uzrasta osnovne i srednje škole. Ovo istraživanje je ukazalo na porast upotrebe psihoaktivnih supstanci u odnosu na prethodno 1.8% učenika osnovnih škola i 7.4% učenika srednjih škola imalo je iskustva sa upotrebom psihoaktivnih supstanci.

ESPAD istraživanje iz 2008. godine, koje je po standardizovanoj jedinstvenoj metodologiji prvi put sprovedeno u Crnoj Gori, obuhvatilo je uzorak od 7557 učenika I (prvih) razreda srednjih škola. Rezultati su pokazali da se u porodici često nedovoljno međusobno komunicira, ne shvata i ne prepoznaje što se sa pojedinim članovima, naročito djecom, zaista događa. Roditelji, u najboljoj namjeri biraju popustljivi vaspitni stil uz popuštanje porodičnih pravila i slabljenje nadzora nad djecom. Jasna pravila o tome šta djeca mogu raditi kod kuće roditelji postavljaju ponekad/rijetko ili gotovo nikad kod 40% učenika i to više kod djevojčica (54%) nego kod dječaka. Za ono šta djeca rade van kuće roditelji postavljaju pravila ponekad/rijetko i gotovo nikad kod 33% učenika, među njima je 56% dječaka i 44% djevojčica. Za 16% učenika, a među njima 65% dječaka i 35% djevojčica, roditelji ponekad/rijetko ili gotovo nikad ne znaju sa kim

provode večeri. Udio roditelja koji ponekad/rijetko ili gotovo nikad ne znaju gdje njihova djeca provode večeri je 12%, i među njima je znatno više dječaka (69%), nego djevojčica (31%). Druga komponenta roditeljskog vaspitanja, a to je podrška koju roditelji pružaju djeci, veoma je važna u procesu odrastanja. Na roditeljsku toplinu i pažnju može računati gotovo uvijek i često 90% učenika (52% dječaka i 48% djevojčica). Roditelji će gotovo uvijek i često pružiti emotivnu podršku djeci po iskazu 88% učenika, a među njima 52% dječaka i 48% djevojčica. Povoljniji položaj dječaka u pogledu podrške koju imaju u porodičnoj sredini nešto je drugačije izražen u odnosu na prijatelje. Dok je 52% djevojčica izjavilo da od najboljeg prijatelja ili prijateljice gotovo uvijek i često lako može dobiti toplinu i pažnju, isto se odnosi na 48% dječaka. Tako i 51% djevojčica izjavljuje da će im najbolji prijatelj ili prijateljica gotovo uvijek/često pružiti emotivnu podršku, a isto izjavljuje 49% dječaka.

Do šesnaeste godine, 8% učenika su uzimali trankvilizere ili sedative po savjetu doktora, dok je 3% učenika trankvilizere ili sedative koristilo samoinicijativno. Većina učenika je svoje prvo iskustvo sa ovim medikamentima imala u uzrastu od 15 godina. Alkohol u kombinaciji sa tabletama je pilo 3% učenika, dok je 4% ispitanih učenika probalo inhalante makar jednom u životu. Najveći broj korisnika inhalante su prvi put probali na uzrastu od 14 i 15 godina. Što se tiče upotrebe kanabisa, 4% učenika je koristilo marihuanu/hašiš bar jednom u životu, i to najčešće u petnaestoj godini života. Čak 17% učenika imalo je nekada u životu mogućnost da proba marihuanu ili hašiš, a da to nisu uradili. Najveći broj je prvi put probao ekstazi sa 15 godina. Amfetamine je koristilo nekada u životu 1% učenika, i većina je to prvi put uradila u 14-toj godini života. Do uzrasta od 16 godina čak 6% učenika koji su učestvovali u istraživanju koristilo je droge kao što su kokain, halucinogeni, krek, heroin, "magične gljive", GHB, anaboličke steroide ili pak droge kao što su heroin, kokain i amfetamini intravenskom aplikacijom (ESPAD, 2008).

ESPAD istraživanje je drugi put sprovedeno 2011. godine i uzorkom su obuhvaćeni učenici prvog i drugog razreda 4 tipa srednjih škola: gimnazije, srednje stručne škole, srednje umjetničke škole i srednje mješovite škole (koje objedinjuju gimnaziju isrednju stručnu školu). Okvirom za izbor uzorka obuhvaćeno 136 odjeljenja prvog razreda sa

4191 učenika, i 136 odjeljenja drugog razreda sa 4085 učenika (ukupno 272 odjeljenja sa 8276 učenika). Prosječna starost ispitanika bila je 15.8 godina.

Istraživanja i podaci iz prakse su pokazala da mladi u Crnoj Gori mnoge droge i dalje smatraju "lakim" (marihuanu, tablete, inhalante, ekstazi). Među mladima je sve prisutniji trend "normalizacije" upotrebe psihoaktivnih supstanci, uključujući i droge, kao i pogrešno vjerovanje da se gotovo nemoguće dobro provesti i zabaviti bez alkohola ili supstanci poput marihuane, ekstazija, amfetamina, inhalanata što predstavlja polaznu osnovu za razvoj bolesti zavisnosti.

Učenici su u upitniku procjenjivali stepen zadovoljstva svojim odnosom sa ocem, sa majkom i sa prijateljima i generalno su najviše zadovoljni svojim odnosom sa majkom: 93% učenika se izjasnilo kao "zadovoljan", odnosno "veoma zadovoljan". 4% učenika odgovorilo je sa "ni zadovoljan, ni nezadovoljan", a 3% ih nije zadovoljno odnosom sa majkom. Odnosom sa ocem je zadovoljno ili veoma zadovoljno 87% učenika, 5% ih nije ni zadovoljno, ni nezadovoljno odnose sa ocem, dok ih 5% nije zadovoljno. Odnosom sa prijateljima zadovoljno je 94% učenika, 4% ih je "ni zadovoljno, ni nezadovoljno", a 2% nezadovoljno. Skoro dvije trećine učenika (64%) izjavilo je da njihovi roditelji skoro uvijek ili često postavljaju jasna pravila o tome šta mogu raditi kod kuće. Više od četvrtina učenika (29%) izjavila je da roditelji to čine ponekad ili rijetko. 8% učenika izjavilo je da njihovi roditelji nikad ne postavljaju jasna pravila o tome šta mogu raditi kod kuće. Više od dvije trećine učenika (68%) smatra da roditelji postavljaju jasna pravila o tome šta mogu raditi van kuće, dok ih četvrtina smatra da roditelji to čine ponekad ili rijetko, a 7% da ne čine skoro nikad. Većina učenika, 89% izjavilo je i da roditelji skoro uvijek ili često znaju gdje su uveče, 9% da roditelji to znaju ponekad ili rijetko, a 3% da roditelji to skoro nikad ne znaju. Od roditelja većina učenika (90%) može skoro uvijek ili često da dobije emocionalnu podršku, 8% ih to može ponekad ili rijetko, a jedan od pedeset učenika (2%) skoro nikad. Toplinu i pažnju od roditelja dobije 91% učenika, ponekad ili rijetko 7%, a jedan od pedeset učenika skoro nikad. Ukupno 84% učenika zadovoljno je finansijskom situacijom svoje porodice (43% učenika "veoma zadovoljno", 41% "zadovoljno").

Kada je u pitanju percepcija učenika o tome da li mogu da nabave kanabis istraživanje je pokazalo da 23% dječaka i 15% djevojčica smatra da bi to mogli da urade „prilično/izuzetno lako“ ukoliko bi to željeli; 10% dječaka i 8% djevojčica smatra da su amfetamini lako dostupni dok 13% dječaka i 10% djevojčica takav stav ima za ekstazi. Dostupnost trankvilizera ili sedativa je izraženija među djevojčicama (27%) nego međudječacima (20% dječaka).

Neku od ilegalnih droga (kanabis, amfetamin, kokain, krek, ekstazi, LSD ili druge halucinogene, heroin i GHB) probalo je 7% učenika do 16-te godine. Postoji značajna razlika po polu, 11% dječaka i 4% djevojčica. Trankvilizere ili sedative po preporuci doktora koristilo je 7% učenika, što je podatak koji zabrinjava. Neznatna je razlika između dječaka (7%) i djevojčica (8%). Bez ljekarskog recepta trankvilizere ili sedative je koristilo 5% učenika, s tim što djevojčice navode upotrebu sredstava za smirenje u većem obimu (5%) u odnosu na dječake (4%). Učenici su pitani i o razlozima za uzimanje droge, motivacione faktore koji mlade navode na uzimanja droge. Oni koji su probali drogu, kao razlog navode u najvećem broju slučajeva želju da se „podignu“ 2%, da zaborave na probleme drugih po 1%, dosadu 0.7%, dok se 1.3% učenika ne sjeća razloga zašto su uzeli drogu ili pak imaju drugačije razloge od navedenih.

Redovno pušenje kanabisa kao visoko rizično procjenjuje više od dvije trećine učenika (70% učenika, među njima 77% djevojčica, 63% dječaka), dok 18% učenika ne zna da li redovno pušenje kanabisa nosi rizik. Da pušenje kanabisa nosi „blagi“ ili „umjereni“ rizik, smatra 8% učenika. Jedan od dvadeset učenika (5%, među njima 2% djevojčica i 8% dječaka) smatra da nema rizika od redovnog pušenja kanabisa. U odnosu na sve ilegalne droge inhalanti se najčešće koriste, 6% učenika probalo je inhalante nekad u životu (5% djevojčica, 7% dječaka), a u prethodnih 12 mjeseci 3% učenika (2% djevojčica, 4% dječaka).

Evidentno je da je uzrast od 14 - 15 (završetak osnovne i početak srednje škole) veoma kritičan za eksperimentisanje sa psihoaktivnim supstancama i da su baš tada probali neku od supstanci.

Rezultati o životnoj prevalenci upotrebe ekstazija pokazali su da su rezultati u Crnoj Gori jednaki ESPAD prosjeku (3%). Kada su u pitanju druge droge osim navedenih - amfetamini, kokain, krek, LSD ili drugi halucinogeni, heroin, GHB, dobijeni rezultati o životnoj prevalenci u Crnoj Gori su vrlo blizu prosjeka za sve ESPAD zemlje: amfetamini u Crnoj Gori 2%, ESPAD prosjek 3%; kokain, krek, LSD ili drugi halucinogeni u Crnoj Gori po 1%, na nivou ESPAD prosjeka po 2%; dok je životna prevalenca upotrebe heroina i GHB jednaka i u Crnoj Gori i u ESPAD zemljama, po 1%. Premda su navedene brojke, posmatrane u kontekstu evropskog prosjeka, relativno niske treba imati na umu da je upotreba psihoaktivnih supstanci u evropskim zemljama mnogo ranije doživjela ekspanziju nego što je to bio slučaj u Crnoj Gori. Dok se tek krajem devedesetih kod nas identifikovao problem upotrebe psihoaktivnih supstanci, a naročito droga kod mladih i uopšte, u mnogim evropskim zemljama su se već sedamdesetih godina prošlog vijeka sprovodila školska istraživanja o upotrebi droga, budući da je ovaj problem bio prilično prisutan u populaciji mladih. Nakon dugotrajnog trenda porasta upotrebe psihoaktivnih supstanci, mnoge evropske zemlje sada doživljavaju stagnaciju, dok se kod nas, sudeći po svim iskustvima i indikatorima, i dalje očekuje trend rasta.

Procjena štetnosti konzumiranja različitih psihoaktivnih supstanci je relativno objektivna: 58% smatra da je rizik od povremene upotrebe kanabisa velik (63% djevojčica, 52% dječaka), od redovne upotrebe kanabisa rizik je velik smatra 70% učenika (77% djevojčica, 63% dječaka); upotreba ekstazija jednom ili dva puta predstavlja veliki rizik za 50% učenika, a 68% smatra da redovna upotreba predstavlja veliki rizik; amfetamini upotrijebljeni jednom ili dva puta nose velik rizik za 48% učenika, dok je rizik od njihove redovne upotrebe veliki za 66% učenika.

Podaci iz istraživanja ukazuju da između 18 i 25% djece ne znaju da li postoji rizik od upotrebe droga, što navodi na potrebu razvijanja odgovarajućih strategija koje će omogućiti djeci da povećaju kvantum znanja o riziku i štetnim posljedicama upotrebe psihoaktivnih supstanci.

Upoređenjem odgovora učenika u Crnoj Gori i na nivou ESPAD prosjeka na pitanje o riziku povezanom sa upotrebom različitih supstanci, dobijen je intresantan obrazac.

Učenici u Crnoj Gori su, u odnosu na njihove vršnjake u Evropi, češće percipirali rizik povezan sa povremenom upotrebom supstanci kao visok, nego onaj povezan sa redovnom upotrebom. Tako za probanje kanabisa jednom ili dva puta, značajno više učenika u Crnoj Gori u odnosu na njihove evropske vršnjake je odgovorilo da to nosi veliki rizik 57% naspram 35%. Takođe, za povremeno pušenje kanabisa, 60% učenika u Crnoj Gori naspram 42% njihovih vršnjaka u Evropi smatra da nosi veliki rizik. Međutim, kada je u pitanju redovno pušenje kanabisa, nešto manje učenika u Crnoj Gori u odnosu na njihove evropske vršnjake smatra da je ovo visoko rizična aktivnosti 70% naspram 72%. Iako probanje ekstazija jednom do dva puta češće procjenjuju kao visoko rizično ponašanje nego njihovi vršnjaci u Evropi (50% naspram 39%), učenici u Crnoj Gori rjeđe smatraju da je redovno uzimanje ekstazija visoko rizično (68% naspram 73%).

U odnosu na rezultate ESPAD istraživanja u drugim zemljama i Crnoj Gori životna prevalenca upotrebe marihuane, hašiša ili skanka (kanabisa), upotrebe bilo koje ilegalne droge izuzev kanabisa, životna prevalenca upotrebe trankvilizera i sedativa bez ljekarskog recepta, inhalanata, Crna Gora spada u nisko prevalentne države. Životna prevalenca upotrebe produkata kanabisa (marihuane, hašiša ili skanka) u Crnoj Gori iznosi 5%, a na nivou evropskog prosjeka 17%. Životna prevalenca upotrebe bilo koje ilegalne droge izuzev kanabisa u Crnoj Gori iznosi 5%, a na nivou evropskog prosjeka 6%. Životna prevalenca upotrebe trankvilizera i sedativa bez ljekarskog recepta u Crnoj Gori iznosi 5%, a na nivou ESPAD prosjeka 6%. Životna prevalenca upotrebe inhalanata u Crnoj Gori je 6%, a na nivou ESPAD prosjeka 9% (ESPAD, 2011).

U Crnoj Gori je 2015. godine treći put sprovedeno ESPAD istraživanje u populaciji učenika koji u godini istraživanja navršavaju 16 godina na nacionalno reprezentativnom uzorku od 7636 učenika prvog i drugog razreda iz 40 srednjih škola u 20 opština u Crnoj Gori.

Odnosom sa majkom zadovoljno je 93% učenika, 3% učenika nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni odnosom sa majkom, a u istom procentu nisu zadovoljni odnosom sa majkom. Odnosom sa ocem je zadovoljno ili veoma zadovoljno 89% učenika, 4% ih nije ni zadovoljno ni nezadovoljno, dok 5% nije zadovoljno odnosem sa ocem. Odnosom sa

prijateljima zadovoljno je 92% učenika, 6% ih nije ni zadovoljno ni nezadovoljno, a 3% nije zadovoljno odnosom sa prijateljima. Interesantno je da je najveći procenat učenika ocjenom najvećeg zadovoljstva ocijenilo svoj odnos sa majkom 79%, manji procenat je ovom kategorijom ocijenio odnos sa ocem 72%, a najmanji odnos sa prijateljima 66%.

Više od polovine učenika (56%) izjavilo je da njihovi roditelji skoro uvijek ili često postavljaju jasna pravila o tome šta mogu raditi kod kuće. Kod jedne petine ispitanika (20%) roditelji to čine ponekad, a kod jedne četvrtine (24%) rijetko ili skoro nikad. Za skoro dvije trećine učenika (63%), roditelji gotovo uvijek ili često postavljaju jasna pravila o tome šta mogu raditi van kuće. Kod 17% učenika roditelji to čine ponekad, a rijetko ili skoro nikad kod petine učenika (21%).

Roditelji skoro uvijek ili često znaju sa kim su kad uveče izađu kod 87% učenika, 7% smatra da roditelji to znaju ponekad, dok kod 6% učenika roditelji rijetko ili skoro nikad ne znaju sa kim su prilikom večernjih izlazaka. Takođe, većina učenika (88%) navela je da im roditelji skoro uvijek ili često znaju gdje su uveče, kod 6% učenika roditelji ponekad znaju gdje su uveče, i kod 6% učenika roditelji to znaju rijetko ili skoro nikad.

Većina učenika ima roditelje koji skoro uvijek ili često pružaju toplinu i pažnju (90%), 6% roditelja to čini ponekad, a 4% rijetko ili skoro nikad. Emotivnu podršku od strane roditelja skoro uvijek ili često dobija većina učenika 88%, dok ih 6% od roditelja dobija emotivnu podršku ponekad, a isti procenat učenika rijetko ili skoro nikad. Skoro uvijek ili često mogu lako da dobiju novac od roditelja 74% učenika, dok ih 16% navodi da to mogu ponekad. Svaki deseti učenik rijetko ili skoro nikad ne dobija novac od roditelja.

Od najboljeg prijatelja ili prijateljice mogu skoro uvijek ili često da dobiju pažnju i brigu 81% učenika, a 82% emotivnu podršku. Po 11% učenika od najboljeg prijatelja/ice toplinu, pažnju i emotivnu podršku mogu da dobiju ponekad, a 9% rijetko ili skoro nikad.

Oko tri četvrtine učenika (74%) odgovorilo je da roditelji uvijek znaju gdje provode subotu veče, dok 15% učenika smatra da roditelji to dosta često znaju. Svaki deseti

učenik ima roditelje koji tek “ponekad znaju” ili “obično ne znaju” gdje provode subotu veče.

U ispitivanom uzorku pokazalo se da svaki četvrti, odnosno peti učenik na uzrastu od 16 godina nema jasno definisana roditeljska pravila o tome šta je poželjno i dopušteno da radi kod kuće i van kuće, dok svaki deseti učenik ne govori roditeljima gdje provodi uobičajeno veče za noćne izlaske (ESPAD, 2015).

U Crnoj Gori posljednjih decenija sprovedeno je više istraživanja koja su bila usmjerena na mjerenje subjektivnog kvaliteta života, odnosno zadovoljstva, sreće, zdravstvenih ponašanja itd. Međutim, ispitanici u tim studijama su bili pripadnici različitih populacionih grupa, a istraživanja su sprovedena različitim metodologijama i mjernim instrumentima, zbog čega rezultati nisu u potpunosti komparabilni (Đurišić, Golubović, Mugoša, 2017).

Iako problem konzumiranja droga u Crnoj Gori nije prisutan kao što je to u EU i u državama iz okruženja, trend konstantnog rasta je prisutan i prema dosadašnjim pokazateljima nastaviće sa rastom u narednom periodu (Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2008).

Na osnovu rezultata Istraživanja sa domaćinstvima (LSMS) iz 2012. godine manje od 5% odrasle populacije Crne Gore je ikada probalo neku drogu, s tim da je ovaj procenat bio znatno veći na jugu zemlje. Što se tiče uticaja psihoaktivnih supstanci na zdravlje, pokazalo se da je samo 3.6% odraslih smatralo da upotreba ovih supstanci nije štetna po zdravlje; manje od 2% da male količine ne škode zdravlju, dok je 4% bilo mišljenja da marihuana ne izaziva zavisnost. U istraživanju iz 2008. godine nije istraživana upotreba psihoaktivnih supstanci među odraslom populacijom (Bjeloglav et. al. 2013; Ipsos Strategic Marketing, 2012).

Institut za javno zdravlje Crne Gore 2017. godine sproveo je “Istraživanje o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore“. Opšti cilj istraživanja je bio da se stekne osnov za pouzdanu procjenu percepcije kvaliteta života

kod stanovnika Crne Gore, njihovih globalnih životnih stilova i zdravstvenih rizika povezanih sa upotrebom psihoaktivnih supstanci - legalnih i ilegalnih droga. Jedan od specifičnih ciljeva istraživanja bio je procijenjena prevalenca i obrasci upotrebe novih psihoaktivnih supstanci u opštoj populaciji stanovnika Crne Gore starosti 15 do 64 godina i posebno kod mladih odraslih starosti 15 do 34 godina i mladih starosti od 15 do 24 godina kao i prevalenca i obrasci upotrebe raznih ilegalnih droga, poput kanabisa, ekstazija, amfetamina, heroina, kokaina, halucinogenih droga u opštoj populaciji stanovnika Crne Gore starosti od 15 do 64 godina, i posebno kod mladih odraslih starosti od 15 do 34 godina i mladih starosti od 15 do 24 godina, istraže stavovi opšte populacije prema upotrebi droga i korisnicima droga i istraže percepcija rizika od upotrebe kao i dostupnosti različitih psihoaktivnih supstanci u opštoj populaciji stanovnika Crne Gore, upoznaju socio-demografske karakteristike i obrasci upotrebe droga kod korisnika, poput starosti prilikom prve upotrebe droga, učestalosti upotrebe, načinu nabavke droge.

Ispitanici su bili stanovnici Crne Gore starosti od 15 do 64 godina koji žive u privatnim domaćinstvima. Istraživanje je reprezentativno za cijelu zemlju, a rezultati predstavljaju statistički pouzdane procjene doživljaja sopstvenog zadovoljstva životom i sigurnošću u životu i u zajednici u kojoj žive, percepcije sopstvenog zdravlja i budućnosti, prevalence upotrebe legalnih i ilegalnih droga u opštoj populaciji u Crnoj Gori.

Prosječna ocjena svih odraslih ispitanika o tome koliko su zadovoljni svojim životnim standardom na skali od 0 do 10 iznosi 6, i to je najniža prosječna ocjena u odnosu na sve druge varijable u ovoj kategoriji. Procjena stepena zadovoljstva sopstvenim zdravljem ima srednju vrijednost 7.8. Prosječna vrijednost odgovora odraslih ispitanika u odnosu na zadovoljstvo onim što postižu u životu na skali od 0 do 10 iznosi 7.3. Odnosi sa bližnjima ocijenjeni su najvišim prosječnim stepenom zadovoljstva u odnosu na druge kategorije 8.9 u prosjeku. Na varijabli osjećanje sopstvene fizičke sigurnosti prosječna ocjena odraslih ispitanika iznosi 8.1 što je jednako kao i prosječna ocjena na varijabli pripadnost okolini u kojoj žive. Prosječna ocjena zadovoljstva osjećanjem sigurnosti u budućnosti je 6.9 a zadovoljstvom životom u cjelini 7.9. Očekivano, kod mladih odraslih (starosti 15 do 34 godina) sve kategorije imaju visočiju prosječnu ocjenu. Najvisočije

prosječne ocjene zadovoljstva različitim kategorijama kvaliteta života dali su najmlađi ispitanici, odnosno oni starosti od 15 do 24 godina.

Ispitanici su ocjenjivali svoje opšte zdravstveno stanje kategorijama “vrlo dobro”, “dobro”, “osrednje”, “loše” i “vrlo loše”. Očekivano, procjena zdravstvenog stanja se pogoršava sa godinama starosti. U populaciji svih odraslih, starosti 15 do 64 godine, manje od polovine (45.1%) smatra da je vrlo dobrog zdravstvenog stanja. Skoro svaki treći ispitanik svoje zdravstveno stanje procjenjuje kao “dobro”, a 17.8% kao “osrednje”. Lošeg zdravstvenog stanja je, po sopstvenoj procjeni 3.7% odraslih ispitanika. Jedan od sto odraslih ispitanika svoje zdravstveno stanje procjenjuje kao “vrlo loše”.

Pitanje u istraživanju kojim se procjenjuje doživljaj kvaliteta života odnosi se na intenzitet ličnog doživljaja sreće. Prosječna ocjena osjećaja sopstvene sreće kod odraslih ispitanika na skali od 1 do 10 iznosi 7.9; kod mladih odraslih ispitanika 8.3 a kod mladih starosti do 24 godine 8.5.

U upitnik su uvrštena dva pitanja koja imaju za cilj eskploraciju percepcije sigurnosti života u zajednici u kojoj ispitanici žive. Na petostepenoj skali, ispitanici su prvo procjenjivali da li navedene osobe predstavljaju problem u njihovom komšiluku - osobe pod uticajem alkohola, osobe koje koriste droge, preprodavci droga, grupe mladih ili neko drugi.

Interesantno je da se percepcija problema koji navedene osobe, odnosno grupe osoba predstavljaju u zajednici gotovo ne razlikuje u populaciji svih odraslih, mladih odraslih i odraslih ispitanika, osim kada su u pitanju preprodavci droga. Tako 11.5% odraslih ispitanika, 12.7% mladih odraslih i 12.1% mladih smatra da osobe pod uticajem alkohola predstavljaju problem u njihovom komšiluku. Osobe koje koriste droge predstavljaju problem prema percepciji 13.3% odraslih, 13.5% mladih odraslih i 12.6% mladih. Dileri droge predstavljaju problem u zajednici po mišljenju 12.2% odraslih ispitanika, 8.2% mladih odraslih i 8.5% mladih.

Najveći procenat stanovnika Crne Gore, u sve tri starosne kategorije osjeća se nesigurno kada na ulici sretne osobu za koja im izgleda kao korisnik droga 56.3% odraslih, 55.2% mladih odraslih i 58.1% mladih.

U uzorku svih odraslih starosti od 15 do 64 godina, prevalenca upotrebe bilo koje ilegalne droge je sljedeća:

- 8.7% odraslih je tokom svog života koristilo ilegalne droge;
- 5.4% odraslih je koristilo ilegalne droge u prethodnih godinu dana i
- 2.3% odraslih koristilo je ilegalne droge u prethodnih mjesec dana.

Prevalenca upotrebe ilegalnih droga je najveća u uzorku mladih odraslih, starosti 15 do 34 godine, gdje je:

- 14.3% ikada koristilo ilegalne droge;
- 11.2% koristilo ilegalne droge u prethodnih godinu dana i
- 4.5% koristilo ilegalne droge u prethodnih mjesec dana.

Očekivano, nešto niža prevalenca upotrebe ilegalnih droga je istraživanjem nađena među mladima starosti 15 do 24 godina, od kojih je:

- 13.8% koristilo ilegalne droge ikad u životu i
- 10.4% koristilo neku ilegalnu drogu u prethodnih godinu dana
- 3.7% koristilo ilegalne droge u prethodnih mjesec dana.

Više odraslih muškaraca nego žena koristilo je bilo koju ilegalnu drogu u sva tri posmatrana perioda - ikad u životu, u prethodnih godinu dana i u prethodnih mjesec dana:

- ikad u životu 9.4% muškaraca naspram 7.9% žena;
- u prethodnih godinu dana 6.0% muškaraca i 4.7% žena i
- u prethodnih mjesec dana 2.5% muškaraca naspram 2% žena.

Među mladim odraslima muškarci takođe prevladavaju u upotrebi bilo koje ilegalne droge:

- 15.5% muškaraca i 13.0% žena koristilo je ilegalne droge ikad u životu,
- 12.5% muškaraca i 9.7% žena koristilo je ilegalne droge u prethodnih godinu dana
- 4.6% muškaraca naspram 4.3% žena koristilo je ilegalne droge u prethodnih mjesec dana.

Najveća razlika između dva pola u prevalenci uzimanja ilegalnih droga evidentna je u populacije mladih:

- 16.0% mladića je koristilo neku ilegalnu drogu tokom svog života, za razliku od 11.4% djevojaka;
- U prethodnih godinu dana 12.0% mladića koristilo je ilegalne droge, u poređenju sa 8.5% djevojaka;
- 3.9% mladih muškaraca koristilo je ilegalne droge u prethodnih mjesec dana u odnosu na 3.4% djevojaka.

Posmatrano u odnosu na nivo obrazovanja, proporcija korisnika bilo koje droge ikad u životu je najveća među onima koji su završili postdiplomski studij (24.7%), višu školu ili bachelor (12.2%) i univerzitet (11.5%). Jedan od deset ispitanika bez formalnog obrazovanja ili sa nezavršenom osnovnom školom koristio je ilegalne droge tokom života. Sa drugog aspekta posmatrano, kao udio osoba svakog obrazovnog nivoa koje su koristile neku ilegalnu drogu tokom života u opštoj populaciji stanovnika Crne Gore najveći je procenat onih koji su završili trogodišnju i četvorogodišnju srednju školu - 5%, dok je preostalih 3.7% korisnika ilegalnih droga u Crnoj Gori završilo sledeće nivoe obrazovanja: višu školu ili fakultet 2.7%, postdiplomsko obrazovanje 0.2%, osnovnu školu ili manje 0.8%.

Analiza rasprostranjenosti upotrebe bilo koje droge prema nivou urbanizacije pokazuje da je prevalenca upotrebe bilo koje droge u toku života i u toku prethodne godine više

nego dvostruko veća u urbanim područjima, dok je rasprostranjenost upotrebe bilo koje droge prošlog mjeseca gotovo dvostruko veća. Za ilegalne droge, srednja starost prve upotrebe je oko 18 do 19 godina.

Očekivano, probanje heroina jednom ili dva puta kao ponašanje sa velikim rizikom doživljava najveći broj ispitanika u sve tri starosne grupe. Ipak, manje se tako posmatra među mladim odraslima (91.9%) i mladima (91.1%) nego kod svih odraslih (93.5%). Neki smatraju da probanje heroina jednom ili dva puta nije rizično - 0.2% odraslih i 0.3% mladih odraslih, dok niko od mladih ne misli tako. Dosta značajan procenat 6.3% odraslih, 7.8% mladih odraslih i 8.9% mladih smatra da probanje heroina jednom ili dvaput nosi mali ili umjereni rizik.

Percepcija lakoće pristupa drogama razlikuje se između supstanci, ali procenat ispitanika koji misle da bi bilo "prilično lako" ili "lako" dobiti neku od droga skoro nikada nije manji od jednog u četiri ispitanika. Izgleda da je trankvilizere i/ili sedative najlakše nabaviti, u sve tri starosne grupe skoro dvije trećine ispitanika smatraju da je te supstance prilično lako ili lako nabaviti. Kanabis je percipiran kao lako dostupan od strane polovine mladih odraslih i mladih, kao i više od trećine (38%) odraslih. Ekstazi, amfetamini, kokain i heroin smatra lako dostupnim skoro jedan od pet odraslih i jedan od četiri mlade odrasle i mlade osobe. Dostupnost LSD-a se percipira najnižom ali ipak prilično visokom, 16.6% odraslih i petina mladih odraslih i mladih smatraju da je ovaj halucinogen lako nabaviti (Đurišić, Golubović, Mugoša, 2017).

1.2. Definicija bolesti zavisnosti

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci je bolest sa više dimenzija (medicinskom, psihijatrijskom, psihološkom), hroničnim i progresivnim tokom. Pored oštećenja tjelesnog i duševnog zdravlja, obično izaziva i neuobičajne forme socijalnog ponašanja (Nikolić, 2000: 129-194).

SZO na osnovu svojih preporuka navodi da „problemi psihofizičkog zdravlja i socijalnog funkcionisanja koje nastaju kao posljedica zloupotrebe psihoaktivnih supstanci se

klasifikuju kroz stanja akutne intoksikacije, sindrom zloupotrebe i zavisnosti, sindrom prekida (apstinencije) i psihofizičke posljedice nastale dužom upotrebom psihoaktivnih supstanci“. Akutna intoksikacija je posljedica unošenja psihoaktivne supstance, a manifestuje se „smetnjama svijesti i poremećajima opažanja, kognicije, osjećanja, ponašanja i negativnom reakcijom ili posljedicama u socijalnoj sredini, koja traje u zavisnosti od farmakodinamskih i farmakokinetičkih osobina supstance“ (WHO, 1992).

Obrazac ponašanja koji nastaje kao posljedica zloupotrebe psihoaktivnih supstanci najčešće je socijalno neprihvatljiv, i ima posljedice na društveni plan ali dovodi do niza socio - ekonomskih problema (Milić, 2000: 49-53).

Da bi se postavila dijagnoza zavisnosti od psihoaktivnih supstanci na osnovu međunarodne klasifikacije bolesti MKB-10 potrebno je da od šest, budu zadovoljena makar tri kriterijuma od sljedećih:

1. „žudnja za uzimanjem supstance;
2. gubitak kontrole ponašanja u odnosu na supstancu (koji nastaju kao posljedica pokušaja da se kontrolirše ili makar smanji njeno konzumiranje);
3. apstinencijalni sindrom kao posljedica prekida;
4. tolerancija na efekte supstance (potreba za značajnim povećanjem doze);
5. zapostavljanje drugih aktivnosti koje su važne za životno funkcionisanje
6. korišćenje supstance iako postoje štetne posljedice“ (WHO, The ICD 10, 1992)“.

Slične dijagnostičke kriterijume predlaže američka DSM IV klasifikacija i zavisnost definiše kao upotrebu supstanci koji dovodi do klinički značajnih poremećaja i manifestuje se kroz najmanje tri znaka u posljednjih 12 mjeseci:

- „Tolerancija (potreba za značajnim povećanjem količine droge u cilju postizanja intoksikacije ili željenih efekata kao i slabljenje efekata kontinuiranom upotrebom iste količine);
- Apstinencijalni sindrom;

- Konzumiranje veće količine droge ili u dužem vremenskom periodu nego što je planirano;
- Želja ili bezuspješni pokušaji prestanka konzumiranja droge;
- Svakodnevno najveći dio vremena posvećen je na obezbjeđivanju ili na oporavak od efekta koji droga ima na organizam;
- Važne društvene i druge aktivnosti redukovane su ili potpuno zanemarene zbog upotrebe droga i
- Uprkos psihičkim i fizičkim problemima koji nastaju kao posljedica zloupotrebe droga, ona se i dalje kontinuirano konzumira“ (American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994).

Supstance se međusobno razlikuju po svojoj sposobnosti izazivanja prijetnog raspoloženja. Termin „reinforcement“ (pojačanje) podrazumjeva sposobnost supstance da izazove želju za ponovnom konzumacijom (O'Brien, 2001: 621-642). Vjerovatnoća da će ona biti zloupotrebljena je veća ukoliko je ta sposobnost supstance veća (Bloom, 2001: 293-320).

U odnosu na to kako djeluju na centralni nervni sistem dijelimo ih na:

- „Sredstva koja djeluju umirujuće - psihodepresori (opijati, heroin, morfin, kodein, metadon, različite tablete za smirenje);
- Sredstva koja stimulišu mozak - psihostimulatori (amfetamin, kokain) i
- Sredstva koja daju iskrivljenu sliku o doživljaju stvarnosti (LSD, meskalin, psilocibin)“ (Lasić, 2013: 13-24).

Prema O'Brienu fizička zavisnost je rezultat adaptacije organizma koja je posljedica odgovora organizma na ponovnu upotrebu supstance (O'Brien, 2001: 621-642). Definiše se kao „stanje organizma koje je posljedica prilagođavanja na drogu, uz potrebu povećavanja doze koja bi imala isto dejstvo na koje je na početku izazivala manja doza dok je posljedica odsustva konzumacije apstinencijalna kriza“. Fizička zavisnost se manifestuje kako vegetativnim sindromom tako i somatomotornim simptomima (Moro, Frančišković et.al., 2011).

Psihička zavisnost se odnosi na osjećaj zadovoljstva i želju za ponovnom uzimanjem supstanci u cilju postizanja prijatnog osjećaja koji predstavlja snažan faktor za hroničnom konzumacijom psihoaktivnih supstanci (Moro, Francišković et.al., 2011). Kod zavisnika je česta psihička zavisnost o stilu života koji podrazumjeva zlopotrebu droga (Paučić-Krinčić, Prpić, 2003: 191-196).

Tolerancija podrazumjeva stanje organizma koje nastaje kao posljedica dugotrajnog uzimanja psihoaktivnih supstanci. U ovom periodu kod zavisnika je prisutna potreba za povećanjem doze kako bi se omogućilo održavanje dobrog funkcionisanja. Sredstva koja imaju slična svojstva i način djelovanja za posljedicu imaju kombinovanu (ukrštenu) toleranciju (Milovanović, Sakoman, Mičić, Dimitrijević, 2004: 190-192).

Zavisnost od psihoaktivnih supstanci je bolesti zavisnosti multifaktorijalne etiopatogeneze (Dimitrijević, 2007: 116). U savremenom društvu mladi odrastaju u uslovima koje karakterišu snažne promjene i krize koje su karakteristika društava u tranziciji. Očekivane, normalne razvojne krize u periodu puberteta i adolescencije koje se, optimalo, završavaju izgradnjom i učvršćivanjem identiteta u našim uslovima povezane su krizom samog društva i rješavaju se u društvenom okviru koji je prilično nestabilan i nesiguran (Vukićević, 2010). Pod rizičnim faktorima za nastanak i razvoj zavisnosti od droga smatraju se oni koji povećavaju ili su povezani sa vjerovatnoćom da će doći do konzumiranja psihoaktivnih supstanci (Ljubotina, Galić, 2002: 207-232). Po teorijskim tumačenjima uzroka zavisnosti po principu učenja razlikujemo tri modela:

- „Model redukcije tenzije je jedan od najpoznatijih modela i podrazumjeva da tenziju koju stvara npr. naporan dan psihoaktivna supstanca svojim efektima može olakšati;
- Model prevencije pogoršanja usmjeren je ka povezanosti između konzumiranja supstanci i specifičnih okidača u sredini. Opisan je tako što uzimanje supstanci veže za specifične neprijatne okolnosti u životnom okruženju. Kada se vezivanje dogodi, svako naredno dešavanje dovoljno je da se izazove potreba za konzumiranjem, sada već određene supstance i

➤ Model oblikovanja ponašanja podrazumjeva modeliranje ponašanja posmatranjem onih koji konzumiranjem supstanci imaju u tome neke beneficije. Ovaj model primjenjiv je kod djece i mladih koji posmatraju i oponašaju osobe koje konzumiraju drogu“ (Udruženje za prevenciju ovisnosti i smanjenje štete LINK, 2006: 60).

Tok narkomanije zavisi od najmanje 4 faktora:

1. „Vrste droge;
2. Konstitucionalne reaktivne spremnosti;
3. Diferenciranosti i snage ličnosti i
4. Psihičkog stanja u trenutku uzimanja droge“ (Kovačević, Đukanović, 2009: 80).

Faktori rizika za nastanak i razvoj zavisnosti se definišu kao „nepovoljan pritisak na psihološki i socijalni razvoj djeteta/adolescenta“ (Nastasić, 2004: 186-196). U zavisnosti od uzrasta, svaki od njih ima različiti uticaj i posljedice. Pod faktorima rizika podrazumjevamo:

- „Ličnost koju karakteriše povučeno, stidljivo ili agresivno, destruktivno, obmanjujuće ponašanje, neuspjeh u školi, siromašne socijalne vještine, druženje i prijateljstvo sa vršnjacima delinkventnog i antisocijalnog ponašanja (Milovanović, Sakoman, Mičić, Dimitrijević, 2004: 190-192). Neke osobine koje djeca imaju u ranom djetinjstvu pokazale su se prediktivnim za zavisničko ponašanje. Autori navode da su to kod djevojčica: „nezrelo ponašanje u stresnim situacijama, emocionalna nestabilnost, ignorisanje moralnih normi, plačljivost, loše prepoznavanje emocionalnih stanja drugih osoba, dok se kod dječaka javljaju: nezrelo ponašanje u stresnim situacijama, težak oporavak od stresa, nedostatak planiranja, otvoreno pokazivanje negativnih osjećaja, slaba kooperativnost i nedostatak inhibicija“ (Block, Block, Keyes, 1988: 336-355);

- Porodica u kojoj se javljaju česti konflikti, bolesti zavisnosti kod roditelja, nedostatak bliskosti između roditelja i djeteta, neadekvatni vaspitni stilovi u porodici (Milovanović, Sakoman, Mičić, Dimitrijević, 2004: 190-192). Od svih faktora porodica

se u literaturi naglašava kao najznačajnija, jer predstavlja prizmu kroz koju djeluje većina ostalih faktora (Itković, 1995: 575-586). Autori navode kao značajne kritične sljedeće faktore: „manjak bliskosti između roditelja i djece, nedostatak discipline, nedosljednost u vaspitanju djece, zavisnost kod članova porodice kao i sukobe među roditeljima“ (Ljubotina, Galić, 2002: 207-232) i

- Društvena zajednica takođe je faktor rizika s obzirom da je značajan izvor socijalizacije (Telalović, 2013: 11). Odobravanje zloupotrebe droga od strane škole ili medija, nepostojanje koncizne politike kažnjavanja upotrebe droge u školi, među vršnjacima ili u široj društvenoj zajednici se smatraju za značajne prediktore zloupotrebe droga u adolescentnom periodu“ (Milovanović, Sakoman, Mičić, Dimitrijević, 2004: 190-192).

1.3. Kvalitet života

U zapadnim zemljama reforma sistema socijalne zaštite rezultirala je naglašavanjem kvaliteta života kao pokazatelja zadovoljstvom uslugama (Ilić, Milić, Arandelović, 2010: 52-60).

Kvalitet života se danas smatra idealom moderne medicine sa aspekta bio-psiho-socijalnog stanovišta (Stewart, Verboncoeur, McLellan, Gillis, Rush, Mills, 2001: 465-70) i označava željeni ishod servisnih usluga u redovnim i specijalnim potrebama u oblasti obrazovanja, zaštite kao i socijalnih usluga (Ager, 2002: 369-76).

Svjetska zdravstvena organizacija definiše „kvalitet života kao percepciju pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojem živi, a u skladu sa svojim očekivanjima, standardima i interesovanjima“ (WHO, 1998).

Kako je ovo koncept koji je višedimenzionalan i podrazumjeva fizičke, mentalne, emocionalne, socijalne i bihevioralne komponente (Janse et.al, 2004: 653-61), definicije variraju u odnosu na interese i ciljeve istraživanja pa u literaturi ne postoji konsenzus po tom pitanju (Joković et.al, 2017: 90-94).

1.4. *Socijalna podrška*

Socijalna podrška je višedimenzionalni konstrukt koji se može posmatrati sa više različitih nivoa (Sarason, Sarason, 2009: 113-120) i odnosi se na percipiranu brigu, poštovanje ili pomoć koju osoba prima od drugih ljudi ili grupa (Sarafino, 2002). Najčešće podrazumijeva organizovano socijalno međudjelovanje usmjereno na međusobno pružanje pomoći većeg broja osoba (Janković, 2008) i uključuje fizičku, instrumentalnu, emocionalnu i psihološku pomoć, promjenu stavova, dijeljenje resursa i informacija (Boyd, 2002: 208-215). Socijalna podrška ima značajnu ulogu kao zaštitni faktor od stresa (Judge, 2001: 263-268; Pal et.al, 2002: 295-300) naročito u kriznim situacijama (Janković, 2008).

Socijalna podrška je širok pojam i podrazumijeva različite oblike ponašanja ljudi u socijalnoj okolini koji imaju efekat podrške (Hengelson, 2003: 25-31) i utiče povoljno na pojedinca u kriznim i stresnim događajima u životu (Kljaić, 2005: 449).

Socijalna podrška je zasnovana na socijalnoj zavisnosti u zadovoljenju potreba kroz interakcije s drugim ljudima. Jedna od osnovnih potreba svakog čovjeka je potreba da bude dio grupe i da ga članovi iste prihvataju. Ukoliko ona nije zadovoljena nepovoljne posljedice se događaju u različitim područjima života (Baumeister, Leary, 1995: 497-529).

Prema autorima Leutaru i Oršuliću socijalna podrška predstavlja značajan konstrukt za socijalnu integraciju pojedinca u društvo. Oni su stava da podrška koju pojedinac dobija od šire društvene zajednice možeda ima najznačajniju ulogu u životima ljudi u odnosu na to kako oni percipiraju suportivnu ulogu od strane zajednice (Leutar, Oršulić, 2015: 153-176).

1.5. *Odnos socijalne podrške i kvaliteta života*

U razumijevanju odnosa socijalne podrške i kvaliteta života značajna je Teorija samoodređenja, u okviru koje se razlikuje sljedeće osnovne psihološke potrebe – „potreba

za autonomijom, kompetentnošću i povezanošću“. Ova teorija se zasniva na ideji da se kvalitet života smanjuje ukoliko gore navedene potrebe nisu zadovoljene (Deci, Ryan, 2000: 227-268).

Model glavnih efekata i model ublažavanja stresa se bave odnosom socijalne podrške i kvaliteta života. Glavna premisa Hipoteze glavnih efekata je da socijalna podrška doprinosi poboljšavanju kvaliteta života. Ukoliko pojedinac doživljava da ima socijalnu podršku, percipiraće bolje kvalitet svog života. Nezavisno od toga kakav je nivo stresa u životu, po navedenoj hipotezi socijalna podrška biće direktno proporcionalna kvalitetu života. Po Hipotezi ublažavanja stresa socijalna podrška omogućava pojedincu da se lakše nosi sa stresom, što utiče na kvalitet života. Takođe, autori koji podržavaju ovu teoriju smatraju da je ovo naročito značajno kod pojedinaca koji u svom životu percipiraju visok nivo stresa, i da kod njih je veći kvalitet života ukoliko imaju veću socijalnu podršku. (Cohen, Wills, 1985: 310-358).

Hipoteza usklađivanja je specifikacija modela ublažavanja stresa i zasniva se na ideji da je za drugačije vrste stresa potrebna drugačija vrsta podrške. Ova teorija se zasniva na Lazarusovoj teoriji stresa i naglašava značaj socijalne podrške u situacijama kada je potrebno procijeniti opasnost u stresnim situacijama (Lakey, Cohen, 2000: 29-52).

Kako bi se unaprijedio kvalitet života kod ljudi koji svoje zdravlje percipiraju kao oštećeno, značajnu ulogu ima socijalna podrška. Multidisciplinarni pristup je od značaja u oblasti unapređenja zdravlja i kvaliteta života (Marčinko, Vuletić, Šincek, 2011: 73-94).

2. Psihosocijalne determinante zloupotrebe droga

Korišćenje psihoaktivnih supstanci je jako složena pojava. Današnja kultura i civilizacija pred mlade ljude, koje muče njihovi problemi, postavljaju visoke zahtjeve. Stoga nije ni lako odgovoriti na pitanje šta je zapravo primarni uzrok započinjanja korišćenja psihoaktivnih supstanci. Autori koji izučavaju ovu problematiku najčešće navode da se radi o nizu različitih činilaca: socioloških, porodičnih, psiholoških. Danas je droga jako dostupna mladim ljudima, a za uzrast adolescencije karakteristična je i želja za eksperimentisanjem što dodatno doprinosi povećanju stope konzumiranja droga u toj populaciji.

Zavisnost od droge je multifaktorski pojava koja je uslovljena sa mnogo činilaca u određenom prostorno - vremenskom kontinuumu, pa se u literaturi ne koriste termini uzročno-posledična povezanosti već manja ili veća vjerovatnoća uticaja faktora na pojavu zavisnosti. Rizični faktori zloupotrebe droga su sva uvjerenja i ponašanja koja povećavaju vjerovatnoću za nastanak i razvoj zavisnosti od droge (Patton, 1995: 283-93). Istraživanja pokazuju da je pojava zavisnosti od psihoaktivnih supstanci posljedica različitih bio-psiholoških i socioloških faktora (Klarin, 2002: 805-822).

Brojni faktori rizika koji utiču na pojavu uzimanja droga (Jessor, 1993: 117-26). Rezultati većine istraživanja upućuju na odlučujući uticaj „nepovoljnih činilaca uže (porodica, škola, vršnjaci) i šire (društveni sistem, kultura, sredstva masovnog informisanja) socijalne sredine, na upotrebu psihoaktivnih supstanci na adolescentskom uzrastu“ (Barnes et.al, 2009: 1-15; Cuffe et.al, 2005: 121-129; Jessor, Jessor, 1977; Marić, 2011).

Backović navodi dvije značajne psihosocijalne determinante zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i to: „individualne i grupne faktore rizika iz okruženja“ (Backović et.al, 2007: 331-336). Pod individualnim faktorima podrazumijevamo „pojedince sa njegovim genetskim potencijalima, kognitivne, emocionalne i voljne aspekte ličnosti kao i aspekte ponašanja“. Adolescencija je jedan od kritičnih perioda u razvoju identiteta te u ovom

periodu uticaji negativnih faktora mogu imati negativne posljedice na razvoj ličnosti (Newcomb, Bentler, 1989: 242-8; Hawkins, Catelano, Miller, 1992: 64-105). Konzumacija droga direktno utiče na kogniciju i odražava se na područje obrazovanja, sticanja znanja (Friedman, Bransfield, Kreisher, 1994: 325-36), usvajanje socijalnih vještina i interpersonalnih odnosa čime utiče na stvaranje maladaptivnih oblika socijalnog funkcionisanja (Glantz, Pickens, 1991: 1-14). Rani i trajni problem u ponašanju, buntovnost, početak korištenja u ranoj dobi, genetski faktori (Newcomb, Michael, 1994: 403-416) „neprikladno, povučeno ili agresivno ponašanje u razredu“, loše vještine snalaženja u društvu utiču na psihosocijalnu ranjivost, pa se kod mlađih i psihički nestabilnih osoba zavisnost razvija brzo (Sakoman, 2009).

Istraživanja su pokazala da traženje uzbuđenja i impulsivnost kao dvije crte ličnosti pokazuju korelaciju sa konzumiranjem droga. Traženje uzbuđenja podrazumjeva spremnost za preuzimanje visokog rizika, učestvovanje u rizičnim sportovima, potragu za novim i uzbudljivim iskustvima i izbjegavanje predvidljivih situacija (Stefanović-Stanojević, Vidanović, Anđelković, 2010: 71-92). Ukoliko adolescent koji ima ove karakteristike ličnosti započne sa konzumiranjem droga u ranoj dobi postoji velika vjerovatnoća da će nastaviti konzumiranje istih u odrasloj dobi. Traženje uzbuđenja predstavlja predisponirajući faktor za počinjanje korišćenja droga u ranom uzrastu. Impulsivnost uključuje brze promjene ponašanja bez obzira na posljedice istog. Istraživanja pokazuju da se impulsivnost smatra rizičnim faktorom koji doprinosi kontinuitetu razvoja upotrebe, a kasnije zavisnosti o drogama (Butorac, 2010: 79-98). Istraživanja koja su rađena su pokazala da osobe koje imaju već dijagnostikovan neki od psihijatrijskih poremećaja („šizofrenija, bipolarni poremećaj, afektivni poremećaj, depresija, anksioznost i poremećaja ličnosti“) takođe imaju povećan rizik da razviju zavisnički poremećaj tokom života (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Koncept zavisnosti polazi od činjenice da se bolest zavisnosti ne razvija samo pod uticajem individualnih osobina, već da tome značajno doprinose mreža socijalnih odnosa i socijalni kontekst u kojem žive (Brlas, Gorjanec, 2015: 21-36).

Oetting i Beauvais (1986: 17-22) su pokušali da daju odgovor na pitanje zašto u okolnostima lake dostupnosti psihoaktivnih supstanci neki neki samo probaju ili pak ni ne žele da probaju dok neki nastave sa konzumiranjem. Navedeni autori smatraju da je to zbog djelovanja više faktora među kojima navode: socijalizaciju, demografske varijable, psihološke karakteristike, stavove kao i bihevioralne aspekte u odnosu na korišćenje psihoaktivnih supstanci. Osim ovih, neki autori naglašavaju značaj genetskih faktora koji pružaju objašnjenje za četvrtinu zavisnika (Leavitt, 1995; prema Ljubotina, Galić, 2002: 207-232), zatim sistem vrijednosti koji se kroz literaturu pokazao kao značajan faktor za različita rizična ponašanja mladih (Franc, Šakić, Ivičić, 2002: 239-263).

Prognostički faktori zloupotrebe droga autori nalaze i različitim oblastima: psihologije, u području biomedicinskih nauka, psihijatriji. Međutim, jako je teško definisati i razdvojiti koji faktori imaju najznačajniju ulogu za inicijalno konzumiranje psihoaktivnih supstanci (Butorac, 2010: 79-98).

Haotična porodična okolina u kojoj roditelji konzumiraju neku od psihoaktivnih supstanci, nedostatak veze roditelj-dijete, druženje sa vršnjacima koji su skloni devijantnom ponašanju, neuspjeh u školi, odobravanje upotrebe droge unutar porodice, škole, vršnjaka i zajednice (Sakoman, 2009: 193-204), svađe i razvod, odbačenost od prijatelja (Newcomb, 1994: 403-416) čine primarne psihosocijalne determinante (Backović et.al, 2007: 331-336). U periodu adolescencije od krucijalnog značaja je pritisak vršnjaka. Jer adolescencija podrazumijeva želju mladih ljudi da se uklope u grupu kojoj pripadaju te često započinju sa ekseperimentisanjem i konzumiranjem psihoaktivnih supstanci, što su i pokazala istraživanja (Ćorić, 2006: 38-50).

Sekundarne determinante podrazumjevaju socijalne standarde koji podstiču upotrebu, dostupnost, zakone koji nemaju jasnu politiku kažnjavanja (Newcomb, Michael, 1994: 403-416). Urbane karakteristike mjesta stanovanja, niski socioekonomski status (Butorac, Rogar, 2002: 119-139), ponuda i laka dostupnost droga, funkcionisanje pravne države, moralno stanje društva i afirmisani sistem vrijednosti takođe su se pokazale kao izuzetno značajne za razvoj zavisnosti (Sakoman, 2009: 193-204). Mediji imaju značajan

uticaj na adolescente, jer utiču na formiranje slike osoba koje konzumiraju droge. Kroz podsticanje zdravih vrijednosti porodičnog života i stilova života oni mogu imati i pozitivnu ulogu (Ćorić, 2006: 38-50).

U etiopatogenezi zavisnosti od psihoaktivnih supstanci društveni činioci su od velikog značaja. Kulturni i društveni stavovi mogu djelovati podsticajno ili da suzbiju njenu upotrebu striktnom politikom kontrole droga (Ratković, 2017: 22). Prema Američkom institutu za prevenciju i istraživanja zavisnosti od droga (NIDA), faktori rizika za upotrebu droga su:

1. „Faktori visokog rizika, problemi u porodici:

- neuspješno vaspitanje, posebno kod djece sa teškim temperamentom i poremećajem ponašanja;
- haotično stanje u kući, posebno ako roditelji koriste drogu, nekontrolisano piju alkohol ili pate od nekog drugog mentalnog poremećaja i
- nedostatak vaspitanja (roditelji se ne angažuju u vaspitanju djece);

2. Drugi rizici, koji se nalaze u školi, među poznanicima u široj društvenoj zajednici:

- neusklađeno ponašanje u razredu;
- neuspjeh u školi;
- slabost u društvenom prilagođavanju i komunikaciji;
- pripadanje devijantnim grupama, delikventima i
- stav o prihvatanju i odobravanju upotrebe droge u školi, među poznanicima, i u društvu;

3. Faktori koji djeluju protektivno, zaštitnički:

- dobri i snažni porodični odnosi;
- adekvatan roditeljski nadzor;
- uspjeh u školskim obavezama;

- društvena aktivnost u školi, sportu, kulturi, ili religioznim organizacijama i
- dobra informisanost i prihvatanje konvencionalnih stavova o upotrebi droge“.

(Ratković, 2017: 22).

Dobna granica kada se započinje sa eksperimentisanjem i konzumacijom droga se stalno spušta i sada je došla na nivo mlađe mlađe tinejdžerske dobi (Radović, 2004: 5).

Franić Tukić (2001: 69-75) posebno naglašava značaj primarne prevencije koja podrazumjeva zaštitu zdrave populacije i učenje moralnom i prihvatljivom ponašanju kroz vaspitne stilove koja predstavljaju značajne faktore za spriječavanje bolesti zavisnosti.

2.1. Individualne determinante

Sklonost razvoju zavisničkog ponašanja, predodređena je „stavom, kognitivnim procesima i očekivanjima, kao i naučenim vještinama odbijanja i izbjegavanja ponuđenih droga“ (Butorac, Rogar, 2002: 119-139).

„Foundation for a Drug - Free World“ navodi neke od razloga koji su signifikantni za početak konzumiranja droga: „bijeg od napetost i opuštanje, osnaživanje u svakom smislu, bunt prema nekome ili nečemu i eksperimentiranje“ (Brlas, Gorjanec, 2015: 21-36). Ukoliko mladi ljudi ne vide perspektivu, nezadovoljni su sobom i/ili društvom u kome žive, mogu biti pod većim rizikom prihvatanja droge kao životne alternative (Unković, Majdak, 2010: 47). Različiti životni problemi sa kojima se susreću, osjećanja dosade, inferiornosti, nedovoljna informisanost, pritisak od strane društva, želja da se pripada društvenoj zajednici mogu da budu inicijalna kapisla za počinjanjem konzumiranja psihoaktivnih supstanci (Knotek, Maloić, 2000: 118).

Od eksperimentisanja sa drogom do razvoja bolesti zavisnosti razlikujemo četiri faze. Obično mladi ljudi iz radoznalosti prvi put probaju neku od psihoaktivnih supstanci. Pojedini samo probaju, dok određen broj nastavi sa konzumiranjem, odnosno prelaze u fazu redovnog konzumiranja koji je obično u društvu. Tada još uvijek kod mladih ljudi

ne postoji svijest o posljedicama takvog ponašanja. Sljedeća faza podrazumjeva konzumiranje psihoaktivnih supstanci u cilju normalnog funkcionisanja. Tada dolazimo do četvrte odnosno faze zavisnost sa svim svojim posljedicama. Ova faza podrazumijeva svakodnevno konzumiranje psihoaktivnih supstanci kako bi se omogućilo normalno funkcionisanje i apstinencijalne krize koje su dio procesa odvikavanja (Shwebel, 1995: 46).

Obrasci adolescentskog konzumiranja droga na osnovu navedenog su:

- „Eksperimentalni koji podrazumjeva konzumiranje psihoaktivnih supstanci u kratkom trajanju, nakon čega se prestaje sa takvim ponašanjem;
- Socijalno - rekreacijski obrazac podrazumjeva konzumiranje psihoaktivnih supstanci najčešće u okviru vršnjačke grupe, i obično se završava u okviru obrazaca samokontrolisanog ponašanja;
- Spoljno - situacijski obrazac se obično dešava u periodima pojedinih stresnih situacija, kada pojedinac konzumira neku od psihoaktivnih supstanci kako bi prevazišao stres. Ukoliko se ovakvo iskustvo pokaže kao nešto što „pomaže“ u tom trenutku, pojedinac će vrlo vjerovatno nastaviti da se u sličnim situacijama slično ponaša;
- Ukoliko prethodni obrazac ponašanja postane dio svakodnevnice to dovodi do narednog obrasca - kompulsivne zloupotrebe psihoaktivnih supstanci odnosno zavisnosti“ (Brlas, 2011: 78).

Veliki broj autora se bavi pitanjem zbog čega mladi ljudi uopšte počinju sa konzumiranjem psihoaktivnih supstanci. Najčešće se počinje sa marihuanom koja izaziva olakšanje od napetosti, i bijeg od svakodnevnih problema. Vremenom se javlja prijatna ravnodušnost sa blagom euforijom, i osjećanjem važnosti i pripadanja grupi u kojoj se obično i počinje sa konzumacijom. Adolescenti koji počinju sa konzumiranjem imaju „naglašene nesvjesne konflikte u kojima prevlađuje potreba za osamostaljenjem, prevaga potrebe za pasivno-zavisnim odnosom kao i pojačana kriza identiteta, oštećenja u oblasti socijalnog ponašanja (emocionalne otuđenosti, ravnodušnosti prema drugima a zaokupiranosti sobom tj. pojačani narcizam)“ (Jerotić, 2008: 105-110).

Za formiranje ličnosti od velikog je značaja kako svaki pojedinac reaguje na uticaje koje dolaze iz okoline. Prvi ozbiljniji nedostaci u strukturi ličnosti mogu se uočiti ranom djetinjstvu kao što su: „neprilagođenost, nepoštovanje roditeljskih očekivanja, neposlušnosti, prkosnih i problematičnih ponašanja, odbacivanje od vršnjaka, loš uspjeh u školi, loša kontrola agresije i impulsivno reagovanje, mali kapaciteti za podnošenje neispunjenih želja i stresa, što uzrokuje frustraciju. Takođe su naglašeni pasivnost i odustajanje prilikom javljanja i najmanjih problema, donošenje odluka bez mnogo razmišljanja, impulsivno, poteškoće u prihvatanju opšteprihvaćenih društvenih normi i potrebu da se ponašaju suprotno važećim standardima kako bi se osjećali da su posebni i izdvojili od društva“ (Kovačević, Đukanović, 2009: 58-70).

Konzumiranje psihoaktivnih supstanci nerjetko može da bude posljedica mlade osobe da pokaže da je sposobna da donosi sama svoje odluke. Međutim, dešavaju se i situacije kada je konzumacija psihoaktivnih supstanci u vezi sa kvalitetom života porodice i vaspitnih stilova (Jović, 2005: 57-60).

Autori koji su pripadnici biološki orjentisani psihijatrima smatraju da su biološki faktori i genetski kod od značajnog uticaja na razvoj zavisničkog ponašanja. Zastupnici ovakvih teorija smatraju da su „sve hemijske reakcije i anatomija mozga određene zapisom u DNK-u i da životna iskustva modifikuju anatomiju (međusobne neuronske veze) i hemiju (neurotransmiteri i njihovi receptori) mozga“ (Teesson et al. 2005: 309-315; Maremmi et al. 2007: 6-31).

Medicinski pristup polazi od stava da je poremećaj u strukturi ličnosti glavni etiološki činilac u nastanku zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Brojne studije koje govore u prilog različitih komorbidnih poremećaja ličnosti kod zavisnika (od 25% do 91%) sa „dominacijom emocionalno nestabilnog, disocijalnog, histeričnog te da temperament, kao dio ličnosti, može biti taj činilac“ (Kosten, Rounsaville, Kleber, 1982: 572-581; Skodol, Oldham, Gallagher, 1999: 99-122).

Konzumiranje droga koje nastaje kao posljedica psihopatoloških poremećaja je „simptom afektivnih poremećaja, poremećaja ličnosti, anksioznih poremećaja ili težih

duševnih oboljenja, ili je uslovljeno ili naučeno ponašanje odnosno navika (habitucija) jer se u početku pri uzimanju droge povećava produktivnost i popravljiva raspoloženje“ (Ratković, 2017: 22).

Adolescenti danas konzumiraju droge sve češće, u većoj količini i većim intenzitetom i sa sve težim poremećajima koji su u vezi sa konzumiranjem različitih supstanci, što predstavlja trend u svijetu (Wu, Pilowsky, Wechsberg, Schlenger, 2004: 61-83).

2.1.1. Teorijski koncepti u izučavanju problema zloupotrebe psihoaktivnih supstanci

U literaturi ne postoji jedan model koji se odnosi na etiologiju i razvoj zavisnosti. Oetting i Beauvais (1986: 17-22) razlikuju sedam teorija:

1. Medicinski model polazi od činjenice da zdravi ljudi koriste psihoaktivne supstance, dok izloženost drogi vodi do fiziološke zavisnosti. Kako bi se ostvario efekat koji neka od psihoaktivnih supstanci izaziva, dolazi do pojave tolerancije tj. potrebe za uzimanjem veće količine da bi se postigao isti efekat. Kao posljedica smanjenja ili prestanka konzumiranja javlja se apstinencijalna kriza, što uzrokuje ponovno uzimanje droge. Kako se razvoj fizičke zavisnosti ne javlja kod konzumiranja svih vrsta droga, ova teorija ne objašnjava u potpunosti fenomen zloupotrebe droga. Ovaj model takođe „pretpostavlja postojanje hereditarne predispozicije za zavisnost u vidu poremećaja metaboličkog funkcionisanja organizma, kao osnove za razvoj zavisnosti o opijatima“;

2. Teorija vrata se zasniva na pretpostavci da se prelazi sa „lakše na teže droge“ ali ne daje objašnjenje zašto se to dešava;

3. Socijalne teorije polaze od toga da na razvoj zavisnosti utiču sljedeće socijalne determinante: „rasa, godine, socioekonomski status, zaposlenje, obrazovanje, mjesto boravka, proces socijalizacije i socijalne norme“;

4. Psihološke teorije se zasnivaju na osobinama ličnosti koje su najznačajnije za razvoj zavisnosti;

5. Politička teorija zavisnost posmatra kao „produkt konflikta između samokontrole i spoljne prinude“. Predstavnici ove teorije smatraju da svako svjesno donosi odluke da li će početi sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci;

6. Zastupnici Teorije životnog stila smatraju među mladim ljudima postoje određene grupe koje ukoliko imaju određene karakteristike počće sa konzumiranjem psihoaktivnih supstanci. U ovu grupu se ubraja i „Teorija vršnjačkog miljea“ prema kojoj vršnjaci imaju najznačajniju ulogu u razvoju bolesti zavisnosti i

7. Psihosocijalne teorije za faktore koji doprinose razvoju bolesti zavisnosti smatraju karakteristike ličnosti kao i socijalnu okolinu pojedinca (Oetting, Beauvais, 1986: 17-22).

Pored navedenih, značajna je i Teorija socijalnog učenja koja zloupotrebu psihoaktivnih supstanci „definiše kao funkcionalno ponašanje koje je proizvod interakcije ličnih faktora i faktora socijalne sredine“. Predstavnici ove teorije smatraju da su porodica i društvo ti koji u značajnoj mjeri utiču na definisanje modela ponašanja (Bandura, 1977: 191-215). Okolnosti koje utiču na socijalne vještine kao i značaj društvene zajednice imaju poseban značaj (Bandura, 1977: 191-215; Weisheit, 1983: 72-81).

Biopsihosocijalni model zloupotrebu psihoaktivnih supstanci definiše kao „proizvod nedovoljno razvijenih socijalnih vještina za ovladavanje različitim stresovima“. Autori koji podržavaju ovu teoriju su smatraju da se psihoaktivne supstance koriste u cilju ublažavanja negativnih ili kako bi se izazvale pozitivne emocije. Predstavnici ovog modela smatraju da konzumiranje psihoaktivnih supstanci nastaje kao proizvod „nedovoljno razvijenih socijalnih vještina za ovladavanje različitim stresovima“ i da postoje alternative ovakvog načina ponašanja koje mogu pomoći u tom procesu kao što su: „generička reagovanja koja pomažu ovladavanje raznovrsnim stresorima i reagovanja koja koriste u odolijevanju iskušenju korišćenja psihoaktivnih supstanci“.

Model psihosocijalnog stresa je alternativni pristup proučavanju zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i „integriše tradicionalni značaj individualnih i porodično-sistemskih varijabli i kompetenciju u savladavanju socijalnih teškoća kod adolescenata“ (Albee, 1982: 1043–50).

Jedan od najznačajnijih teorijskih modela koji se bave „fenomenom rizičnih i maladaptivnih obrazaca ponašanja na adolescentskom uzrastu jeste Džesorova teorija problematičnog ponašanja“ (Jessor et.al, 1991; Jessor, Jessor, 1977). Rizična ponašanja su sva ona koja nisu u okviru normi društvene sredine i kao posljedicu imaju neke od zdravstvenih rizika u koja ubrajamo korišćenje psihoaktivnih supstanci. Problematično ponašanje ima značajnu ulogu u psihosocijalnom razvoju adolescenata. Teorija problematičnog ponašanja se zasniva na premisi da rizična i problematična ponašanja imaju istu „socijalnu ili psihosocijalnu razvojnu ulogu“ kod onih mladih ljudi kod kojima nisu dostupni zdravi oblici ponašanja u periodu razvoja (Champion et.al., 2004: 321–8). Autori Jessor i Jessor (1977) smatraju da se na osnovu sklonosti ka rizičnom ponašanju može predvidjeti zluopotreba psihoaktivnih supstanci. Rizično ponašanje je posljedica međusobne povezanosti tri sistema: „ponašanja, ličnosti i percepcije socijalnog okruženja“ povezana je sa percepcijom socijalne sredine kao eventualnim odobravanjem takvih formi ponašanja od strane roditelja, vršnjaka kao i odnosa „kompatibilnosti očekivanja koja imaju roditelji i vršnjaci“ (Frith, 1996: 532–3).

2.1.2. Rizično ponašanje

Rizično ponašanje je svako koje nije u okviru prihvaćenih normi društvene sredine i za sobom kao posljedicu ima značajne zdravstvene rizike (Champion, et.al., 2004: 321-8). Obzirom da je u praksi rijetko da mlada osoba manifestuje samo jedan oblik rizičnog ponašanja, nemoguće je nabrojati sve oblike manifestacije istih (Livazović, 2011: 36).

Uprkos adekvatnom vaspitanju, kod neke djece se vrlo teško ili gotovo nikako ne uspijeva izgraditi „zrela, odgovorna i dobro strukturirana ličnost“. Zato je značajno prepoznati simptome rizičnog ponašanja još u najranijem djetinjstvu kako bi se obezbjedila adekvatna stručna pomoć i prilagodio vaspitni pristup (Griffin et.al, 2003: 1-7). Konzumiranje psihoaktivnih supstanci kod rizične djece sekundarno povećava rizik od kasnijeg razvoja težih mentalnih poremećaja (Brook et.al, 2002: 1039-44). Kod 40-60% zavisnika prisutan je psihijatrijski komorbiditet (Leshner, 1999: 3-4; Volkow, 2007:2; Brook et.al, 2002: 1039-44).

Na osnovu ekspresije ponašanja, razlikuje se nekoliko podtipova rizične djece:

- „Motorički hiperaktivna, neobuzdano znatiželjna, pretjerano samopouzdana, druželjubiva, sklona riziku, zabavi“. Kod ove djece se često javlja manjak svijesti o posljedicama ovakvog ponašanja;
- Djeca koja uvijek žele da su u centru pažnje roditelja, „ostaju emocionalno nezrela, prkosna, izražavaju svoju samovolju, ističu svoje “ja”, koja ne prihvataju obaveze i uvijek vrše pritisak na roditelje da im ispunjavaju sve želje“. Ova djeca nemaju osjećaj odgovornosti za svoje postupke i za posljedice istih nalaze krivca u drugima. Obično su ova djeca emocionalno nezrela;
- Povučena i preosjetljiva djeca, sa izuzetno izraženim osjećajem odgovornosti, obično imaju nizak nivo samopouzdanja;
- Agresivna djeca, koja su u ranom djetinjstvu neposlušna, sklona laganju i suprostavljanju svim autoritetima. Obično se kod ovakvih tipova djece u kasnijem životu dijagnostikuje antisocijalni poremećaj ličnosti i
- Ona djeca koja imaju promjene raspoloženja, kod kojih su reakcije nepredvidive, teško uspostavljaju socijalne kontakte. Kod ovakvih tipova djece, kasnije se dijagnostikuju psihotični poremećaji i poremećaji raspoloženja“ (Sakoman, 2009: 193-204).

Zloković i Vrcelj (2010: 197-213) smatraju je veliki problem modernog društva sve veći broj poremećaja u ponašanju kod mladih te da su mladi ljudi danas izloženi mnogim rizicima koji utiču na njihov razvoj i zdravlje. Danas su mladi ljudi skloniji da još u ranom uzrastu počinju sa isprobavanjem psihoaktivnih supstanci, skloniji su skitničarenju, nasiljniji prema sebi i svojim vršnjacima. Slično navodi i Livazović (2011: 36) koji smatra da različiti znakovi u djetinjstvu mogu da budu karakteristični za prepoznavanje problematičnog ponašanja. Ovaj autor navodi više takvih vrsta u ponašanju kao što su: agresija prema životinjama, rano počinjanje konzumiranja psihooaktivnih supstanci, sklonost krađama ili laganju, loši odnosi sa vršnjacima i sl.

Livazović (2011: 36) i Mikas (2012: 83-101) poremećaje u ponašanju dijele na internalizovane i eksternalizovane. U internalizovane probleme spadaju anksioznost,

depresivnost, zabrinutost, reakcije panike, plašljivost, rastresenost, zaboravnost, povučenost, potištenost, nezainteresovanost. O takvim problemima govori se u slučajevima kada pati samo dijete, npr. anksiozno dijete koje muče strahovi ili krivica, a da se pri tome dobro ponaša (Wenar, 2003). Internalizovani (anksioznost i depresija) i eksternalizovani (agresivnost i kršenje pravila) problemi su visoko prevalentni među mladima i rezultat su deficita u regulaciji negativnih emocija (Macuka, Smojver-Ažić, 2012: 27-43). Eksternalizovani problemi manifestuju se kroz odnos sa okolinom i ispoljavaju se kroz agresivno, delinkventno ponašanje, psovanje, prkos, inat, laganje, bježanje od kuće, promiskuitetno ponašanje, konzumaciju droge i alkohol (Wenar, 2003). Usljed takvog ponašanja, mlada osoba je u sukobu sa roditeljima, nastavnicima i zakonom. Internalizovani problemi u adolescenciji su češći kod djevojčica, dok su eksternalizovani karakteristični za dječake (Macuka, Smojver-Ažić, 2012: 27-43).

Agresija predstavlja složen konstrukt i svaki njen aspekt doprionosi razvoju rizičnog ponašanja. Prema Palmer i Begum (2006: 446-457) agresivno ponašanje ima svoje tri dimenzije:

- „agresija sadrži različite bihevioralne ekspresije (npr. verbalna nasuprot fizičkoj agresiji) afektivnu i kognitivnu komponentu (npr. ljutnja nasuprot hostilnosti);
- u ponašanju kroz koje se interpersonalna agresija može manifestovati razlikujemo otvorenu i prikrivenu agresiju koja ima indirektan karakter i uključuje neka od sljedećih ponašanja: širenje laži o drugima, ogovaranje i sl;
- dalje se pravi distinkcija između reaktivne (ponašanja koja se javljaju kao reakcija na nešto što se često percipira kao neposredna prijetnja i često je impulsivna i povezana sa osjećanjima frustracije, ljutnje) i proaktivne agresije (koja je usmjerena prema nekom cilju i nije isprovocirana i koja se smatra da je naučena socijalna strategija za postizanje različitih ciljeva)“.

Agresivnost predstavlja jedan od „uobičajenih problema socijalizacije i često je povezana sa prihvatanjem djeteta u vršnjačkoj grupi“ (Brajša-Žganec, 2003: 25). Zato je često da su djeca koja imaju slabije razvijene socijalne vještine i agresivnija su upravo ona djeca koja su odbačena (Vasta, 1997: 464). Dvije teorije objašnjavaju zašto djeca iskazuju

agresivnost, teorija deficita i teorija suficita. Prema teoriji deficita „djeca su agresivna jer im nešto nedostaje i agresijom se služe kako bi ostvarili svoje ciljeve“. Teorija suficita tvrdi da su „djeca agresivna jer se ne znaju nositi sa visokim nivoom bijesa, pa je takvu djecu potrebno naučiti kako da kontrolišu agresivne porive“ (Katz, McClellan, 1999: 22-23).

Prema Bouillet, Uzelac (2007: 190-197) za djecu koja su tiha, mirnija, koja imaju osjećaj nepovjerenja prema drugima kaže se da su povučena djeca. A zapravo, sve ovo je posljedica toga da takva djeca nemaju zadovoljene potrebe u odnosu na osjećaj pripadnosti i ljubavi. Usamljenost nastaje zbog „nemogućnosti uspostavljanja socijalnih odnosa, nezadovoljstva postojećim odnosima što, kao krajnji rezultat, ima nezadovoljstvo i razočaranje“ (Klarin, 2002: 249-258).

Vasta i saradnici (2004: 464) kao tipičnu reakciju stidljive djece navode „izbjegavanje interakcije u nepoznatim situacijama i smanjivanje ukupnog nivoa aktivnosti“. Vršnjaci obično takvu djecu smatraju stidljivima budući da manje govore i manje su aktivna od druge djece (Vasta et.al, 2004: 464). S obzirom da „ne uspijevaju da ostvare zadovoljavajuće interakcije sa vršnjacima, stidljiva djeca su često odbačena od vršnjaka, što utiče na socijalnu kompetentnost u odrasloj dobi“. Nizak nivo interakcije ograničava učenje socijalnih umijeća što vodi još dubljoj povučenosti. Kao mjeru intervencije Katz i McClellan navode povezivanje „nepopularne i socijalno povučene djece sa popularnijom djecom visokog nivoa interakcije kako bi se stvorila prilika za socijalnu interakciju“ (Katz, McClellan, 1999: 22-23).

Vulić-Prtorić (2006: 171-193) anksioznost definiše kao stanje kod koga su prisutni nemir i napetost i često i fiziološke promjene kao što su: lupanje srca, rast krvnog pritiska, napetost tijela. Anksiozna djeca se stide svojih strahova pa glume da su dobra (Novak, Bašić, 2008: 473-498). Anksioznost je češća kod djevojčica nego kod dječaka (Macuka, Smojver - Ažić, 2012: 27-43).

Bouillet, Uzelac (2007: 190-197) osjećanje bez nade koji dominira osjećanjima pojedinca naziva depresijom. Depresija ne predstavlja samo uobičajnu tugu već

predstavlja ozbiljan psihički poremećaj koji utiče na svakodnevno ponašanje djece. Ona ometa djecu u svakodnevnom funkcionisanju kako u porodici tako i u socijalnoj okolini. Takođe „onemogućava mladima da savladaju kritične razvojne zadatke, narušava razvoj identiteta, a povezana je i sa trajnom anksioznošću, lošim školskim uspjehom i upotrebom droga“ (Berk, 2008: 400).

Pojedine studije su potvrdile stav da je konzumiranje različitih psihoaktivnih supstanci kod mladih međusobno povezano (McCabe, Knight, Teter, Wechsler, 2005: 96-106; McCabe, Teter, Boyd, 2004: 1095-116) te da zloupotreba supstanci kod mladih ljudi može da bude njihov pokušaj da se „izliječe“ od nekih psihički trauma (Kilpatrick, et.al., 1997: 834-47).

2.1.3. Adolescencija

Pojava zavisnosti je problem koji se najčešće vezuje za mlade ljude. Adolescencija je period u psihosocijalnom razvoju djeteta kada se sve promjene koje im se dešavaju doživljavaju jako intenzivno (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014). Adolescenti su skloni da definišu svoj sistem vrijednosti, koji se obično razlikuje od sistema vrijednosti koji je društveno prihvatljiv (Torre, 2001: 190-191). Mlada osoba u periodu adolescencije priprema se za prelaz iz djetinjstva u odraslu dob. U ranoj adolescenciji karakteristično je „razmišljanje o značenju života, prolaznosti vremena i prirodi smrti“ (Rudan, 2004: 36-39). Društvo u kom adolescenti danas žive naglašava značaj individualizma, egoizma, isticanja sebe i svojih potreba što kao posljedicu može da ima dezorijentisanost i osjećaj da su „prepušteni sami sebi, što u njima stvara sumnju i dezorijentaciju“ (Ninčević, 2009: 119-141).

Prema psihoanalitičkim teorijama adolescencija je „krizno razdoblje u psihičkom razvoju čovjeka naročito za djecu koja u ranim fazama nisu imala ogovarajuću brigu roditelja što negativno utiče na povoljan emocionalni razvoj“ (Nikolić, 1985: 261-269).

Adolescencija je „vrijeme velikih nepoznanica, koje se dešavaju i roditeljima adolescenata“. Iako roditeljska uloga u tom periodu slabi i drugačije se doživljava, jako je značajna (Livazović, 2014: 21).

Za adolescentsku dob je karakteristično da djeca više ne idealizuju roditelje, shvataju da i oni imaju mane (Rudan, 2004: 36-39; Berk, 2008: 367-368). Ali ipak njihovo mišljenje nastavlja da bude prilično važno (Radovanović, Glavak, 2003: 1123-1139). Car sa saradnicima (2013: 141-75) navode da je porodica ta koja utiče na to da li će mlada osoba biti spremna da popusti vršnjačkom pritisku. Ako je porodica adolescenta nezainteresovana, u njoj ne postoji konzistentnost u vaspitnom procesu, ne postoji podrška, sve to će mlada osoba tražiti u vršnjačkoj grupi i svjedoci smo da su da su takve slike sve češće.

Zloković i Vrcelj (2010: 197-213) navode da veliki broj problema nastaje kao posljedica ignorisanja i neadekvatne zaštite u porodici. Tu najvažniju ulogu imaju vaspitni stil roditelja, pa mentalno zdravlje adolescenta u velikoj mjeri zavisi od kvaliteta njegovog odnosa sa roditeljima. Obzirom da je adolescentski period izuzetno buran, realno je očekivati da će u porodici doći do različitih sukoba, ali prema Berku (2008: 367-368) „blaži sukobi adolescentima olakšavaju stvaranje identiteta i autonomije na način da im porodica pomaže u izražavanju i tolerisanju nesuglasica“. Ali kako će doći do rješavanja ovih sukoba zavisi od toga kakav roditeljski stil u porodici je zastupljen. Različiti autori su stava da je čvrst nadzor od strane roditelja sa jedne strane, i osjećaj topline i prihvatanja koju roditelji pružaju djeci imaju za posljedicu da mlada osoba razvije samopouzdanje, saopoštovanje i spremnost na društveno prihvatljiv život i rad (Livazović, 2011: 36; Berk, 2008: 367-368). Zato je nužno dodatno proučavati pozadinu porodice (Greblo, 2005: 263).

2.1.4. Ličnost

Teorije koje se bave zavisnošću od droga i uzrocima nastanka su centrirane oko promjenljivih socijalnih sistema, interakcionih ponašanja i varijabli ličnosti.

- „Socijalne teorije shvataju zloupotrebu droge kao odgovor na pritiske koji potiču iz socijalnih promjena u savremenom društvu. Autori koji zastupaju ovu teoriju smatraju da se masovnija zloupotreba droge dešava u periodima kriza koje su povezane sa ekonomskim i socijalnim razvojem društvene zajednice, periodima nestabilosti, neizvjesnosti, kolapsa moralnih normi“;
- „Interakcione teorije polaze od premise da su okolnosti pod kojima se uzima droga u direktnoj vezi sa druženjem sa osobama koji su zavisnici. Ova teorija uključuje podršku od grupa istomišljenika da je konzumacija droge dio očekivanog ponašanja i dio procesa prilagođavanja grupi. Novi član početni otpor prema drogi zamjenjuje ambivalencijom koji zamjenjuje osjećaj krivice koji kasnije potpuno iščezava. Zavisnik u inicijalnoj fazi zanemaruje negativne posljedice svog ponašanja koji je nastao pod uticajem droge i potencira pozitivna iskustva koja doživljava“;
- „Teorije ličnosti u svoj centar interesovanja stavljaju psihološke potrebe. Ova teorija polazi od stava da ljudi sa osjećajem intenzivne nesigurnosti imaju emocionalne probleme i neurotske konflikte koji ih okreću drogama kako bi smanjili anksioznosti i zadovoljili samodestruktivne želje“.

Međutim ni jedna od ovih teorija se ne mogu posmatrati pojedinačno jer zavisnost od droga predstavlja „široku lepezu poremećaja koja je posljedica djelovanja različitih varijabli“ (Petrović, 2003: 263-269).

Ispitivanja pokazuju da „rizična ponašanja vezana za upotrebu psihoaktivnih supstanci u značajnoj mjeri predviđaju anksioznost, disforičnost-depresivnost, kao i bespomoćnost, beznadežnost i emocionalni distress, pri čemu su razlozi koje mladi pripisuju upotrebi psihoaktivnih sredstava često pokazatelji teškoća emocionalne prirode“ (Dragišić-Labaš, Milić, 2007: 31-43).

Istraživanja su ukazala na značajnu povezanost između „zavisnosti od droge i faktora socijalne devijacije“ (Taylor, Lang, 2006: 495-511). Kod većina heroinskih zavisnika (89.8%) koji su na tretmanu, antisocijalni poremećaj ličnosti je prisutan kod 33.5% (Kokkevi., et.al., 1998: 841-853).

Zavisnici se često opisuju kao „egocentrične, neodgovorne osobe“, koje krše norme kako bi zadovoljile svoje potrebe. U literaturi se opisuju i kao „apatične, nemotivisane osobe, koje ne pronalaze zadovoljstvo ni u jednoj životnoj sferi osim u zloupotrebi supstanci“. U istraživanju koje su sproveli Fisher i saradnici (Fisher et al., 1998, prema Pouyamanesh, 2011: 51-57) na zavisnicima u tretmanu, pokazano je da zavisnike karakteriše izražena melanholija i niska odgovornost. Autori smatraju da upravo ove osobine igraju značajnu ulogu u održavanju zavisnosti i učestalim recidivima nakon tretmana. Istraživanje koje je sproveo Petrović (1989) pokazalo je da osobe koje su zavisne od psihoaktivnih supstanci karakteriše depresivnost, anksioznost, impulsivnost, nesocijalnost i nekooperativnost. Heroinski zavisnici su „generalno mirniji i povučeni u odnosu na ostale korisnike droga, osim u situaciji kada su osujećeni u nabavci tj. uzimanju droge te tada mogu biti skloni agresivnim ispadima“ (Petrović, 1989 prema Dujmović, Čolović, 2012: 357-374).

Dinamika nastanka zavisnosti je kompleks interakcije a ne prost fenomen. Socijalni, ekonomski i kulturni faktori su od izuzetnog značaja za razvijanje navika. Interakcija ličnost - sredina je snažan faktor koji dovodi do početka konzumacije droga. Neurotične ličnosti teže da izbjegnu stvarnost i pobjegnu od svojih problema dok psihopatske ličnosti konzumirajući drogu daju oduška sado-mazohističkim pulzijama i ponašaju se agresivno i antisocijalno. Psihotičnim ličnostima droga služi da ublaže sopstvene patnje (Rakočević, 2003: 78).

Mnogi autori smatraju da postoji klasična podjela ličnosti:

1. „Ličnost koja prethodno nije pokazivala izmjene ali su zbog emotivnih patnji uzimali medikamente koje su nastavili da konzumiraju i kada im medikamentozna terapija više nije bila potrebna;
2. Ličnosti sa neurotskom strukturom;
3. Devijantne, neprilagođene ličnosti i
4. Ličnosti sa latentnim ili anifestnim psihotičnim ispoljavanjem“ (Rakočević, 2003: 78).

Neki autori zastupaju mišljenje da „kod zavisnika ima vrlo malo psihopatologije izuzev poremećaja ličnosti u užem smislu“ (Pfeffer, Ruble, 1946: 665-672). Drugi autori zastupaju stav da je kod svih zavisnika prisutna izražena psihopatologija (Wurmser, 1982: 393).

Crte ličnosti poput „traženja uzbuđenja, traženja novih iskustava, impulsivnosti, ograničavanja i nekonvencionalnosti visoko su slični pokazatelji opšteg konstrukta dezinhibicije“. Conway i saradnici (2003: 65-75) smatraju da je „ponašajna dezinhibicija najvažnija dimenzija ličnosti povezana sa upotrebom droga. Dezinhibijske crte ličnosti pokazale su se kao značajni prediktori za zluopotrebu droga kako kod adolescenata tako i kod odrasle populacije. Ova crta ličnosti je takođe značajan prognostički faktor za iskušavanja droge u ranijoj dobi, za istovremeno uzimanje više droga, za kasniji hronični/teški oblik zavisnosti, ponašajni i antisocijalni poremećaj ličnosti, kao i za nasilje, rizična ponašanja vezana za HIV, psihijatrijske simptome, poremećaje raspoloženja i rano napuštanje škole“ (Ball, 2005: 84-102). Indikatori ponašajne dezinhibicije su crte ličnosti poput „traženja uzbuđenja ili novih iskustava te impulsivnosti“ (Conway et.al, 2003: 65-75).

Poimanje očekivanja povezano je sa ishodom očekivanja (Christiansen et.al, 1989: 93-99), percipiranim funkcijama (Jessor, Jessor, 1977), sa subjektivnim razlozima za uzimanje droga (White, Bates, 1993: 187-209). Promjenljive povezane sa očekivanjem su konzistentno identifikovane kao izraženi prediktori zloupotrebe droga i posledica proizašlih iz te upotrebe. Uopšteno, pozitivna očekivanja od učinka droga povezana su sa povećanim uzimanjem droga, kao i sa posljedičnim problemima. Zato su očekivanja uobičajeni put u zloupotrebu droga na kojem obelježja ličnosti pojačavaju svoj uticaj (Williams, Clark, 1998: 371-378).

Neki istraživači ističu psihopatiju kao zajedničku karakteristiku zavisnika. Prema ovom gledanju, „oni su nezreli, zahtjevaju "brzo zadovoljenje" svojih potreba, nedostaje im moralni osjećaj krivice i iskorišćavaju druge ljude“ (Jaffe, Petersen, Hodgson, 1986).

Postoje određene opšte premorbidne karakteristike koje mogu da ukažu na moguću zloupotrebu droga: „agresivnost, netolerantost, slabo prilagođavanje, anksioznost, nepovjerenje u sebe, gubitak samopouzdanja, osjećaj manje vrijednosti, nesposobnost vezivanja za partnere, nestrpljivost, anksioznost, podvodljivost“ su samo od neke koje navodi Jerotić (2008: 105-110).

Najčešće spominjani psihološki činioci su „loša kontrola impulsa, niska tolerancija na frustracije, pasivne strategije prevladavanja stresa i neprijatnih osećanja, dominacija principa zadovoljstva, naučeni model suočavanja sa stresom, nisko samopoštovanje, samomedikacija primarnih mentalnih poremećaja, odbrana i adaptacija u procesu prilagođavanja, želja za iskustvima intenzivne prijetnosti, poboljšanje kognitivnih i socijalnih performansi“ (Khantzian, 1997: 231-44).

Miliša i Proroković (2000: 170-180) su u svom istraživanju došli do zaključka da „postoje statistički značajne razlike kod adolescenata zavisnika u odnosu na nezavisnike u smislu hijerarhije radnih vrijednosti, zadovoljstvom različitim aspektima kvaliteta života, kao i manje zadovoljstvo kvalitetom dosadašnjeg života u odnosu na porijeklo porodice, druženja sa vršnjacima i kvaliteta dosadašnjeg života“.

2.2 Grupne determinante

2.2.1 Porodica

Globalni trendovi utiču na sistem vrijednosti porodice dovodeći do njene nestabilnosti, što uzrokuje poremećaje u ostvarivanju njene osnovne uloge u kvalitetnom vaspitanju djeteta. Nesiguran porodični sistem može dovesti do dezintegracije mladih, što vodi do razvoja bolesti zavisnosti (Glavak, et.al., 2003: 199-206). Tradicionalni obrasci funkcionisanja porodice su sve rjeđi i „povećava se zaposlenost žena, brak gubi svoje značenje i sve veći broj ljudi živi u vanbračnim zajednicama, povećava se trend razvoda braka, nasilja u porodici, alkoholizma i mnogih drugih negativnih pojava koje mogu, na izuzetno snažan i poguban način, djelovati na psiho - socijalni razvoj djeteta“ (Flaker, 2004). Porodica se pokazala kao jedan od najbitnijih faktora za razvoj zavisničkog ponašanja (Sakoman, Brajša-Žganec, Glavak, 2002: 291-310).

Sociolozi porodicu definišu kao „socijalnu grupu čiji je zadatak da poveže društvo i pojedinca“ (Janković, 1994: 277-282). Sociološka istraživanja su pokazala da „postoji niz porodičnih faktora koji imaju značajnu ulogu u pojavi zavisnosti o drogama i drugih poremećaja ponašanja. Među njima su najznačajniji oni koji se odnose na porodičnu strukturu (bračni status porodice i druga socio-demografska obilježja porodice) kao i oni koji na direktan ili indirektan način utiču na porodicu“ (Čudina-Obradović, Obradović, 2002: 45-68).

Američki sociolog Talkot Parsons (prema Haralambos, Holborn, 2002: 509) razlikuje „primarnu (u okviru porodice) i sekundarnu (uticaj vršnjaka, škole i šire društvene zajednice) socijalizaciju“. Parsons je stava da je „funkcija porodice u socijalizaciji vaspitno-obrazovna, odnosno izgradnja stabilne ličnosti koja je spremna iskazati individualnost a da pri tome ne narušava društvene norme, ne zalazi u devijantnost i živi u duhu razvoja globalnog društva“. Gore navedeno podržava stavove autora da su društvo i porodica u međusobnoj interakciji koja utiče kako na ponašanje pojedinca tako i na formiranje cjelokupnog društva (Glavak, Kuterovac - Jagodić, Sakoman, 2003: 199-206).

U modernom dobu koji karakteriše transformacija društva i porodice, izuzetno je teško biti roditelj. Ali je za roditelje značajno da budu svjesni činjenice da porodično okruženje predstavlja i rizični i protektivni faktor razvoja zavisnosti kod djece (Sakoman et.al, 2002). Porodica je kontekst u kojem se razvijaju sposobnosti djeteta da kvalitetno funkcioniše u svijetu oko sebe. Proces vaspitanja ima presudnu ulogu na učenje samokontrole, donošenje kvalitetnih životnih odluka koje uključuju i preuzimanje odgovornosti te sposobnost predviđanja nepovoljnih ishoda (Sakoman, 2009). Roditeljstvo utiče na „razvoj i promjenu života odraslih pojedinaca“. Rođenjem djeteta mijenjaju se „ponašanje i aktivnosti roditelja, uz javljanje pozitivnih i negativnih emocija i iskustava: osjećaj neizmjerne sreće, ponosa, samoostvarenja, potvrde identiteta i integriteta, uspjeha, ali i pojavu umora, napora, stresa, a ponekad i osjećaj zarobljenosti, gubitka mogućnosti za samoostvarenjem u nekim drugim područjima“. Dijete mijenja mišljenje, osjećanje i ponašanje roditelja, sliku o sebi i sliku koju o njima ima okolina. Subjektivno doživljaj roditeljstva značajna je promjena u cjelokupnom identitetu

pojedince. Zato roditelji imaju važnu ulogu u razvoju djeteta (Bornstein et.al, 1998, prema Čudina- Obradović, Obradović, 2003: 45-68).

Glavna uloga roditelja za koju se moraju pripremiti je zaštita fizičkog i psihičkog zdravlja djeteta ali i jedna od onih za koju se najmanje pripremaju (Itković, 1995: 575-586). Porodična sredina je ima najvažniju ulogu za prevenciju različitih kako emocionalnih i mentalnih, tako i problema u ponašanju (Ferić- Šlehan, 2008: 15-26). Ali takođe može na brojne načine biti i „bazični uzrok sklonosti prema konzumiranju psihoaktivnih supstanci“. Stavovi i ponašanja roditelja vezani za konzumaciju droga su značajni faktori za pojavu zavisnosti kod djece. „Nedosljednost u vaspitanju, konflikti, nedovoljna privrženost roditelja i djece samo su neke od karakteristika porodičnog okruženja koje mogu značajno uticati na pojavu zavisničkog ponašanja“ (Brook, et.al., 1990: 111-267). Važno je znati da je sve ono što roditelji rade, odnosno ne rade vaspitni proces. I zato, ukoliko su motivisani za nešto, djetetu su model ponašanja i uzor uz kojeg će ono razvijati svoju motivaciju i interesovanja (Filipović, 2005).

Nacionalni institut za istraživanje zloupotrebe droga SAD-a ustanovio je definiše najznačajnije zaštitne faktore u okviru porodice:

- „čvrste porodične veze;
- nadzor nad aktivnostima djece od strane roditelja;
- jasno otvrđena pravila ponašanja koja se dosljedno sprovode;
- uključenost roditelja u život njihove djece;
- uspjeh u školi;
- jake veze sa vaspitno obrazovnim institucijama (škola) i
- usvajanje ustaljenih normi o vezi sa konzumiranjem psihoaktivnih supstanci“.

Kao rizični faktori u porodici izdvajaju se:

- „nedovoljna briga od strane majke kao i manjak privrženosti majci;
- neadekvatni stavovi roditelja prema zloupotrebi psihoaktivnih supstanci;
- neadekvatan odnos roditelj-dijete;

- nepoštovanje roditelja;
- neadekvatni odnosi između roditeljima, i loši odnosi unutar porodice;
- nizak socio-ekonomski status porodice;
- manjak bliskosti između roditelja i djeteta/djece;
- nedostatak discipline ili nedosljednost u vaspitanju djece;
- upotreba sredstava zavisnosti od strane roditelja ili ostalih članova porodice;
- sukobi među roditeljima;
- slab nadzor roditelja nad djecom;
- slaba privrženost između roditelja i djece;
- zanemarivanje od strane roditelja;
- nedosljednost ili teško kažnjavanje djece od strane roditelja;
- nedostatak potpore u porodici;
- neadekvatna očekivanja roditelja prema djeci;
- nedosljednost roditelja u stavovima prema sredstvima zavisnosti;
- nerealna očekivanja od strane roditelja i
- komunikacija sa djetetom koja uključuje okrivljavanje, nepriznavanje uspjeha“

(Mihić, Musić, Bašić, 2013: 51).

Istraživanja pokazuju da su rizici za pojavu zavisnosti u porodici sledeći:

1. „Patologija u porodici, česte svađe i asocijalna ponašanja članova;
2. Hladno-permisivni stil vaspitanja djeteta;
3. Nekvalitetna komunikacija koja udaljuje djecu od roditelja i
4. Nestrukturirano provođenje slobodnog vremena. Vanškolske aktivnosti

predstavljaju protektivan faktor u razvoj u zavisnosti“ (Ajduković, 1990: 47-54; Itković, 1995: 575-586; Raboteg - Šarić, Sakoman, Brajša-Žganec, 2002: 239-263).

U okviru psihopatoloških problema, socijalna podrška se pokazala kao značajan zaštitni faktor (Hale, Hannum, Espelage, 2005: 276-284; Kurtović, 2013: 189-200). Merianos, Nabors, Vidourek i King (2013: 27-34) i Cohen i Wills (1985: 310-358) razlikuju nekoliko tipova socijalne podrške: „podršku samopoštovanju, informacijsku, socijalnu i

instrumentalnu podršku“. Najveća podrška dolazi od porodice, čak i u situacijama kada to član porodice i ne zahtjeva. To je jedan od razloga zašto porodica ima značajnu ulogu u cijelom procesu liječenja i rehabilitacije kod zavisnosti od psihoaktivnih supstanci (Wasserman, Stewart, Delucchi, 2001; prema Riehmman, et.al., 2008: 85–104).

Vaspitni stilovi

Vaspitni stil roditelja predstavlja „osnovu na kojoj se stvara konkretna interakcija između roditelja i djeteta i primjenjuju određeni vaspitni postupci. On predstavlja konstelaciju roditeljevih stavova prema djetetu, koja određuje emocionalnu klimu u kojoj se odvijaju konkretni oblici roditeljskog ponašanja“ (Keresteš, 2002). Kod funkcionalne porodice roditelji „prilagođavaju vaspitni pristup u odnosu na ekspresiju ponašanja, individualnim specifičnostima i potrebama a uz poštovanje ličnosti djeteta“. Roditelji su u takvim porodicama posvećeni događajima iz života svoje djece i posvećuju im dovoljno kvalitetnog vremena za vaspitanje. Ovakvu porodicu karakteriše topla atmosfera gdje se djeca osjećaju sigurno i uspostavljena je osjećajna vezanost roditelja i djece. Jasno su definisana pravila ponašanja i roditelji se ponašaju dosljedno u skladu sa autoritetom koji su izgradili. Djeca se u funkcionalnim porodicama osamostaljuju, odrastaju uz razumjevanje i nadzor, a u periodu adolescencije uče samostalno da donose odluke i da prihvataju svoje obaveze, budu odgovorni i izgrade kvalitetan sistem vrijednosti o tome koje su komponente u životu najznačajnije (zdravlje, moralnost, rad, ljubav, znanje). Roditelji kroz lični primjer grade „stav djeci da uzimanje sredstava zavisnosti negativno utiče na kvalitet i dužinu života, zdravlje i odrastanje u periodu adolescencije“. U funkcionalnim porodicama „roditelji su zadovoljni svojim životom i na taj način pomažu djeci da uspostave viziju sopstvenog života“ (Sakoman, 2009: 193-204).

Iako svaka porodica ima svoje posebnosti, razlikujemo četiri modaliteta u odnosu na porodičnu disfunkciju:

1. Vaspitni pristup koji nije prilagođen u odnosu na individualne potrebe djeteta;
2. Vaspitni stil koji nije prilagođen djeci kod koje je već prisutno neki od oblika rizičnog ponašanja;

3. Nepostojanje vaspitanja odnosno izlaganja djece nekoj od patnji zbog narušene porodične strukture („psihopatologija roditelja, zlostavljanje ili zanemarivanje djece, razvod braka“) i

4. Neprilagođavanje vaspitnog stila ranom razvoju djeteta (Sakoman, 2009: 193-204.).

Za vaspitni pristup je značajno da bude prilagođen u zavisnosti koja faza razvoja djeteta je u pitanju kao i kakve su individualne potrebe. Nije rijetko da se porodice teško snalaze u prilagođavanju vaspitnog pristupa posebnim potrebama u odnosu na period odrastanja svoje djece. Naročito je ovo karakteristika porodica sa djecom u periodu adolescencije, što za posljedicu ima da roditelji ubrzaju ili otežavaju i pokušavaju usporiti separacijski proces. Kako adolescentski period karakteriše potreba za slobodom, to može dovesti do otežane komunikacije roditelja sa tinejdžerima ili čak do potpunog prekida iste. U tim situacijama roditelji više nisu u mogućnosti da sprovode nadzor nad procesom odrastanja i osamostaljivanja djece što predstavlja faktor rizika za nepoželjne obrasce ponašanja. Izazov roditeljstva u tom periodu je kako na najbolji način savladati sljedeće vještine: sa jedne strane da definišu granice i imaju jasna pravila u vezi nadzorom nad ponašanjem djeteta a sa druge strane da stvore atmosferu kako bi dijete imao podsticajnu sredinu unutar i van porodice kako bi izrastao u socijalno zrelu ličnost spremnu da završi proces separacije. Izuzetno jaka kontrola može da uspori proces sazrijevanja što kod mladih ljudi može da izazove frustracije i konflikte sa roditeljima. Dublje produbljivanje konflikata može da dovede do prekida komunikacije i slabljenja, čak i potpunog prekida veze roditelj-dijete što za posljedicu može imati kršenje granica koje su dogovorene i gubitkom kontrole od strane roditelja (Sakoman, 2009: 193-204).

Problemi sa drogom se dešavaju i u porodicama u kojima vlada red i gdje su roditelji u velikoj mjeri posvećeni bavljenju djecom, ali ih ne usmjeravaju ka osamostaljenju. Češće su situacije da se majke teško prilagođavaju brzom procesu odrastanja djece. Prezaštitnički odnos roditelja prema tinejdžerima gdje im ne povećavaju prostor slobode i granice, drže pod kontrolom i štite od spoljnih uticaja, rezultira pojavom sve ozbiljnijih tenzija. Za uspješno vaspitanje značajna je ljubav koja se transformiše zajedno sa odrastanjem djece i koja olakšava i podstiče proces osamostaljenja. Ukoliko roditelji

guše dijete u periodu odrastanja i separacije prejakom kontrolom, posesivnom ljubavi, prezaštitničkim odnosom i željom da više vremena provodi sa njima nego sa vršnjacima, onemogućava mu proces socijalizacije (Sakoman, 2009: 193-204).

Kod ovakvih tipova porodice „roditelji nesvjesno zarobljavaju djecu hiperprotektivnom, opsesivnom-posesivnom, nezdravom ljubavi“. Obično ovakvi tipovi roditelja imaju konstantan strah da će se djetetu nešto loše desiti ukoliko ih ne budu dovoljno pazili. Na ovaj način roditelji nesvjesno grade odnos simbioze. Djeca ovakve roditelje ne doživljavaju kao autoritet koji definiše granice, što negativno utiče na njihov psihički razvoj, ponašanje i osamostaljenje. Kod ovakvih porodica roditelji djecu ne nauče radu, odgovornosti i redu. Podređivanje željama i zahtjevima kao posljedicu ima propuštanje roditelja da djecu nauče redu, radu i odgovornosti, što za posljedicu ima odrastanje sa velikim brojem rizika uz nepostojanje potrebne zrelosti jer im roditelji nisu obezbjedili zrelu podršku. Ukoliko takva djeca provode svoje slobodno vrijeme sa vršnjacima kod kojih postoji neki od formi rizičnog ponašanja, i sama počinju preuzimati taj obrazac. (Sakoman, 2009: 193-204).

Autoritarno ili autokratsko vaspitanje podrazumijeva „čvrstu ruku gdje je dijete objekt u svakom obliku komunikacije, koji ne osigurava samostalnost, a vodi krizi identiteta te niskom nivou samopoštovanja“. Ovo vaspitanje nije isto što i patrijahalno. Autoritarni roditelj „misli kako jedino on zna odgovore na sva pitanja i kako djeca samo moraju slijediti njegova uputstva“. Farman naglašava kako autoritarni roditelj nikada neće naučiti da je cilj vaspitanja prepustiti dio odgovornosti (Farman, 1996). Sa druge strane „autoritarni roditelji krutim pravilima opstruiraju put u samostalnost“. U tim situacijama „adolescenti se nalaze u dilemi da li da se odreknu druženja sa vršnjacima kako bi izbjegli konflikte sa roditeljima ili da se kroz svađe izbore sa roditeljima za prostor i slobodu odrastanja“. Posebno je složena situacija kada je jedan roditelj autoritativan, a drugi popustljiv. To može uzrokovati „konfliktnu situaciju između roditelja koju adolescent može iskoristiti kao opravdanje za svoja neprihvatljiva ponašanja“ (Sakoman, 2009). Autoritarni roditelji veoma kruto definišu granice, pod prijetnjom kazne ukoliko dijete učini nešto što nije u skladu sa onim što se od njih zahtijevalo. Autoritarni roditelj stalno „kontrolise svog tinejdžera, ne dopušta mu prostor za njegove tajne, privatnost i intimu“.

U takvim porodicama djeca osjećaju strah pri pomisli da pokušaju da traže od roditelja nešto što njihovi vršnjaci traže i dobijaju (kao što je npr. odlazak u grad). U ovim porodicama djeca poštuju granice koje im roditelji postavljaju isključivo iz straha a ne zbog ljubavi prema njima. Vremenom, kada djete odraste, u takvim porodicama komunikacija biva nemoguća, i počinju sukobi jer mlada osoba kako bi pokazala da je odrasla i samostalna, počinje da se ponaša van granica koje su prihvatljive (Sakoman, 2009: 193-204).

Ovaj model rizično ponašanje povezuje sa permisivnim ponašanjem roditelja, ali uz niski nivo emocionalnosti. Ovakvo obilježje roditeljstva se „povezuje sa eksternalizovanim poteškoćama u ponašanju kao što je impulsivnost, agresija, neposlušnost i rizična ponašanja“.

Kada je riječ o roditeljskim stilovima, rezultati istraživanja (Acun - Kapikiran et.al, 2014: 1246-1252) govore da je „samopoštovanje povezano sa autoritativnim roditeljskim stilom kao i zadovoljstvom života i depresijom“. Mladi ljudi koji su odrastali u porodicama gdje su njihove odluke bile poštovane kasnije su bili zadovoljniji svojim životom u odnosu na one mlade ljude koji su porasli sa autoritarnim roditeljima.

Liberalne porodice, prevelika sloboda, povjerenje, slab nadzor: Ovaj tip porodice karakteriše „vaspitni pristup u kojem roditelji djeci daju veliku autonomiju, slobodu i povjerenje uz slabu kontrolu i nadzor“. Obično su ovo porodice u kojima su roditelji ambiciozni, uspješni i jako angažovani na svojim radnim mjestima. Kao posljedica toga, oni manje vremena provode sa svojom djecom, te nemaju jasno definisana pravila ponašanja, kazne ili ograničenja (Sakoman, 2009: 193-204).

U demokratskom vaspitanju odgovornost je „ravnomjerno raspoređena između roditelja, djeteta, nastavnika i drugih subjekata u vaspitno obrazovnom procesu. U ovom vaspitnom stilu kod djece se gradi samoostvarenje i lični identitet, jer je nedostatak samopoštovanja glavni uzrok svih problema u odrastanju“ (Vitz, 2003: 34). Naročito se naglašava dobra koordinacija između porodice i škole. Dobar nastavnik bi trebao obilaziti dijete i na taj način se učvršćuje mreža vaspitnog procesa u koju su uključena

navedena dva subjekta (Janković, 2006: 5). Jedan od načina na koji bi se unaprijedio odnos i komunikacija između roditelja i škole je „pano za roditelje“, gdje bi svaki roditelj mogao uobličiti svoj način rješavanja problema i nedoumica (Jelačić, Jerković, 2000: 9). Neki autori smatraju da današnji roditelji imaju veliki broj pitanja vezanih za vaspitanje na koje nemaju odgovor i da bi razgovor sa školom pomogao roditeljima da dođu do spoznaje da moraju „naučiti slušati“ (Longo, 2004: 173).

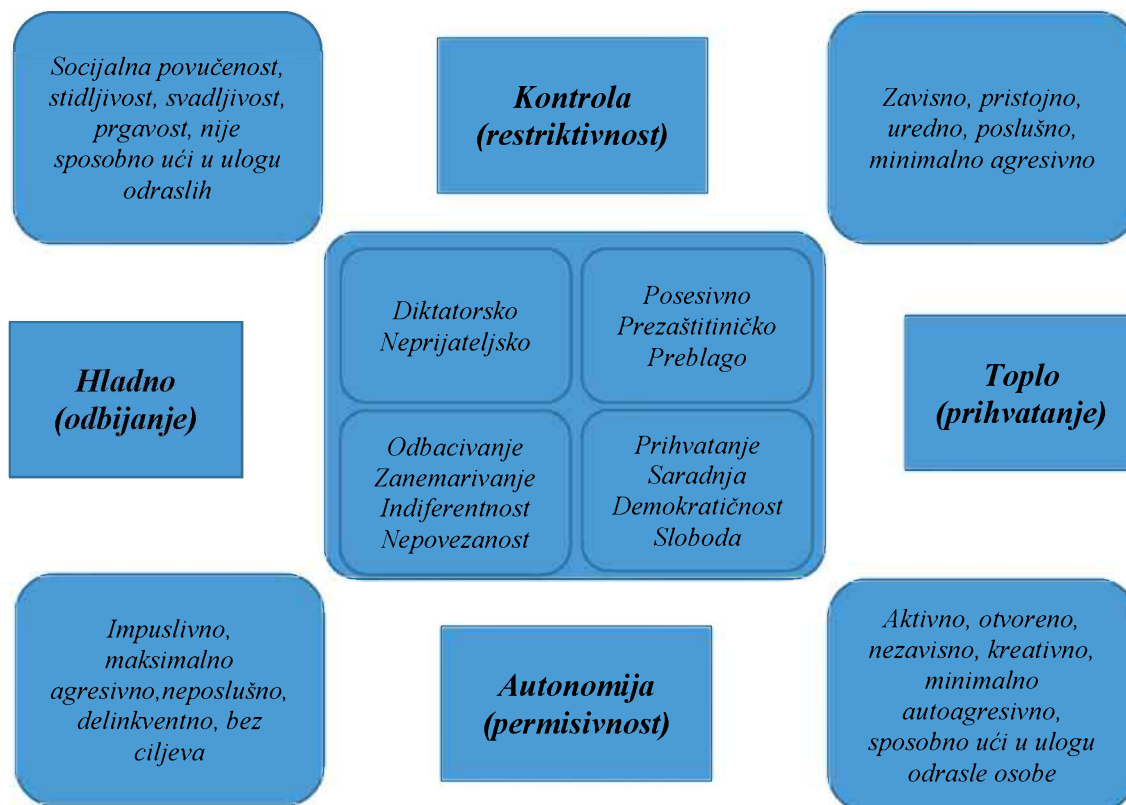
Permisivni stil vaspitanja obično se u literaturi još naziva „liberalni i anarhistički“. Dijete je u „sjedištu interesovanja i ono diktira želje i interese svojim roditeljima ili okolini. Ovaj tip vaspitanja završava egocentričnom osobom“ (Vitz, 2003: 34). Isti autor zaključuje da „nije porodica ta koja je pala na ispitu; na ispitu je pao modernizam sa svojim naglaskom na pojedinom i nepromjenjivom pojedincu uhvaćenom u mrežu narcističkih ciljeva“. Permisivno vaspitanje vodi ka moralnom relativizmu, jer prosuđivanje o tome šta je dobro ili loše zavisi samo od pojedinca, nezavisno od njegovog uzrasta pa se „ponekad čini da se ovaj model pretvara u još drastičnije stajalište prema kojem vrijednosti zapravo ni ne postoje - postoje samo stvari koje nam se sviđaju i koje nam se ne sviđaju“. Ovaj tip vaspitanja stavlja naglasak na „proces odlučivanja, a ne obazire se na sadržaj odabira“ (Vitz, 2003: 34). Dijete vaspitano u ovom stilu vaspitanja ne vodi računa što o njemu drugi misle, ono od odraslih traži samo njihovo odobravanje (Farman, 1996: 56).

Indiferentni stil karakteriše „odsustvo komunikacije, vaspitanja i emocionalne angažovanosti“. Permisivni i indiferentni roditeljski stil izazivaju dosadu i potrebu da se konzumira što više sadržaja iz medija koji postaju glavni agensi socijalizacije mlade generacije. Indiferentni roditelj gleda sebe umjesto svoje djeteta. Nerijetko ga „kupi“ novim televizorom, kompjuterom ili mobilnim telefonom. (Farman, 1996: 56). Indiferentni roditelj kao i permisivni stil „otvaraju vrata“ djeci da eksperimentišu- jer im je sve dopušteno i nema zabrana (Miliša, Tolić, 2010: 135-164).

Becker (Becker, 1964, Schaefer, 1959, prema Vander Zanden, 1993) također razlikuje četiri najznačajnije kombinacije roditeljskog ponašanja (slika 1). U odnosu na prevladavajuće ponašanje roditelja, Becker je „identifikovao ključna obilježja ličnosti i

ponašanja djeteta. Becker preferira topao-permisivni stil roditeljstva jer stimulira aktivnost, otvorenost, društvenost, kreativnost i primjerenu agresivnost, dok topao-restriktivni stil podstiče submisivnost, zavisnost, pristojnost i poslušnost“.

Slika 1: Tipovi roditeljskog ponašanja i obilježja ličnosti i ponašanja djece (prema Vander Zanden, 1993)



Istraživanja ukazuju na uticaj stilova roditeljskog vaspitanja na nivo psihosocijalnog prilagođavanja adolescenta i time na pojavu različitih oblika devijantnog ponašanja i pojave zavisnosti. Najčešće se govori o autoritarnom, permisivnom i indiferentnom roditeljskom stilu vaspitanja. Smatra se da je najbolji autoritativni stil vaspitanja, uz visok nivo pažnje i emocionalne topline prema adolescentu (Raboteg-Šarić, Sakoman, Brajša-Žganec, 2002: 239-263).

Bolesti zavisnosti u porodici

Alkoholizam kod roditelja, naročito kod oca, dovodi do problema kod djece od kojih su najznačajniji: problemi u ponašanju, delinkvencija, toksikomanija, problemi u školi ili napuštanje škole, problemi psihološke naravi kao što su problemi sa snom, tjeskoba i depresija (Vitaro, Tremblay, Zoccolillo, 1999: 901-908). Mejovšek (1996: 1-12) je došao do zaključka da „alkoholizam oca predstavlja značajan prediktor za počinjanje konzumiranja psihoaktivnih sredstava kod adolescenata. Ovo je posljedica činjenice da u periodu adolescencije roditelji, braća i sestre, kao važni identifikacioni modeli, pružaju mogućnosti za usvajanje različitih ponašanja, i na taj način šalju poruke mladim ljudima koja su ponašanja prihvatljiva“ (Arthur et.al, 2002: 575-601; Backović et.al., 2007: 331-336; Barnes et.al, 2009: 1-15; Dragišić-Labaš, Milić, 2007: 31-43; Epstein et.al. ,2009: 243-256; Jones, Rossiter, 2009: 85-92).

Češća konzumacija alkohola ili duvana od strane roditelja, naročito oca, značajno je povezana sa češćom konzumacijom marihuane kod djece (Kovčo, 1999: 201-207).

Zloupotreba droga od strane roditelja i prijatelja izdvaja se kao jedan od značajnijih prediktora za zavisnost (Hurd, Johnson, Pechacek, 1980: 15-28, Ivanić Zimić, 2011: 59). „Višegeneracijska tendencija ka zavisničkom ponašanju ili ponašanju sa gubitkom kontrole, predstavljaju neke od faktora rizika za razvijanje zavisnosti“ (NVO Cazas, 2009: 10-13).

Obrazovanje roditelja

Nekoliko istraživanja su ukazala „visok postotak zavisnika iz porodica gdje su roditelji sa višom ili visokom stručnom spremom i vrlo dobrog materijalnog statusa“ (Galoić-Cigit, 2003; Galić, 2002).

Zlostavljanje i zanemarivanje

Nasilje prema djeci podrazumjeva „zanemarivanje i nemarno postupanje koji uključuju pasivnost, propuste i nebrigu u ponašanju odraslih koji uzrokuju neku štetu za dijete“ (Hrabar, 2001: 35-49). Istraživanja su ukazala da „loši odnosi unutar porodice za posljedicu imaju povećanje rizika od konzumiranja psihoaktivnih supstanci, jer ne samo da ne uče djecu kako da se suočavaju sa životnim problemima već ih sami uzrokuju“. Međutim veliki procenat zavisnika potiče iz porodica u koje, barem naizgled, nisu opterećene problemima ali ipak ne pružaju adolescentu dovoljnu zaštitu od izazova zavisnosti. Zato je, u smislu prevencije, „potrebno tzv. neproblematične porodice učiniti aktivnijima u ojačavanju adolescenata kroz razvoj i učenje zdravih mehanizama suočavanja sa životnim problemima“ (Ljubotina, Galić, 2002: 207-232). Istraživanjima je ukazano na „povezanost između zlostavljanja i izloženosti različitim oblicima nasilja u porodici (fizičkog, psihičkog i seksualnog) sa kasnijom pojavom zavisnosti“ (Etz, Robertson, Ashery, 1998: 103-120).

Posebno je važno naglasiti uticaj zlostavljanja i zanemarivanja u ranoj dobi, što dovodi do „dezorganizovane privrženosti, što se kasnije povezuje sa povećanjem nivoa agresije kod djece, hostilnosti i drugih poremećaja u ponašanju“ (Ruchkin, 2002: 105-115).

Loš uspjeh u školi

Škola uz porodicu ima jedno od centralnih mesta u životu adolescenata. Ukoliko postoje teškoće u vezi sa postizanjem određenog uspjeha u školi to nepovoljno utiče na funkcionisanje mladih jer ga vrlo često prate teškoće oko postizanja discipline i primjerenog vladanja, kao i različiti oblici problematičnog ponašanja. Obično se dešava da „lošiji školski uspjeh produbljuje otpor prema izvršavanju školskih zadataka, pa adolescenti počinju izbjegavati nastavu, okreću se različitim vidovima problematičnog ponašanja, dolezeći u kontakt i sa ilegalnim psihoaktivnim sredstvima“. U upotrebi psihoaktivnih supstanci mladi nekad vide način za bijeg od školskih obaveza (Barnes et.al., 2009: 1-15; Diego et.al., 2003: 35-42; Jones, Rossiter, 2009: 85-92).

Prema „teoriji problematičnog ponašanja slab uspijeh u školi i upotreba ilegalnih psihoaktivnih supstanci u adolescenciji imaju zajedničku osnovu, a to je nekonvencionalnost adolescenata, buntovnički stav i sklonosti ka kršenju tradicionalnih normi društveno prihvatljivog ponašanja“ (Jessor, Jessor, 1977, prema Marić, 2013: 141-154).

Neujednačen stav roditelja

Neujednačen stav roditelja u vaspitanju odnosno porodično okruženje gdje jedan roditelj ispoljava agresiju i strogost dok je drugi pretjerano tolerantan predstavlja jedan od faktora rizika za razvijanje zavisnosti (NVO Cazas, 2009: 10-13).

Itković (1995: 575-586) izvaja dva faktora koja su ključna u razvoju stava djeteta prema drogama: „ponašanje roditelja i kvalitet međusobne komunikacije članova porodice. Porodica predstavlja matricu budućeg socijalnog ponašanja djeteta“.

Takođe istraživanja su pokazala da je kvalitet odnosa važniji od cjelovitosti porodice. „Dobri odnosi roditelja i djece i kvalitetno provedeno vrijeme sa djecom, dobri odnosi bračnih partnera predstavljaju značajne korelate učestalosti konzumacije marihuane“ (Kovčo, 1999: 201-207).

Istraživanja su ukazala na ključnu ulogu oca u odnosu na razvoj zavisnosti. Naročito se kroz literaturu naglašava „nedostatak emocionalne bliskosti sa ocem“ i došlo se do zaključka da postoji korelacija između neadekvatne uloge oca i pojave zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. (Tamis-LeMonda et.al,2004; prema Ivandić Zimić, 2010: 65-81). Obrazac zavisnika su istraživali Stanton, Steier i Todd koji su došli do zaključka da je otac često emotivno udaljen, nedovoljno ili uopšte nije uključen u proces vaspitanja (1978; prema Ivandić Zimić, Jukić, 2012: 173-185).

Nedovoljno discipline, slab nadzor

Roditeljski nadzor se definiše kao set pravila i postupaka kojim roditelji usmjeravaju pažnju, aktivnosti i adaptaciju djece. Prema brojnim teorijama „neadekvatna roditeljska praksa, koja podrazumjeva i nedostatak roditeljskog nadzora, rezultira pojavom zavisnosti od psihoaktivnih supstanci“ (Stattin, Kerr, 2000: 1072-1085). „Nedostatak odgovarajućeg usmjeravanja od strane roditelja kao i odsustvo emocionalnog oslonca od strane stabilne porodice, adolescenti su prepušteni negativnim uticajima iz društvenog okruženja, što povećava rizik od usvajanja različitih vidova problematičnog ponašanja“ (Jessor et.al, 1991).

Mnoge studije su pokazale da roditeljstvo i vaspitanje koji uključuju pozitivnu roditeljsku potporu, otvoreno pokazivanje privrženosti i bliskosti, te dosljednu, ali ne prestrogu roditeljsku disciplinu, su povezani sa pozitivnim rješenjima za dijete kao što je adekvatno psihosocijalno prilagođavanje, akademska kompetentnost, visoko samopoštovanje, pozitivni odnosi sa vršnjacima i znatno manje problema u ponašanju (Ferić - Šlehan, 2008: 15-26).

Rana separacija, razvod

Zloupotreba sredstava zavisnosti može se shvatiti kao „oblik suočavanja čiji je cilj minimalizovati psihičku bol izazvanu percepcijom odbacivanja roditelja“ (Campo, Rohner, 1992: 429-440).

Takođe istraživanja pokazuju da je za „pojavu zavisnosti važna separacija od jednog ili oba roditelja u ranoj dobi, prije sedme godine života te razvod roditelja“ (Ivandić, 2003; Ivandić Zimić, 2010).

Preuranjena separacija od roditelja može izazvati „stres i psihičku traumu koja je uvijek iznova izvor anksioznosti, a jedan od mogućih povoda za konzumiranje droga svakako može biti i uklanjanje anksioznosti“ (Rudan, 1995).

Stresna iskustva i teškoće koje proizilaze iz neadekvatnog porodičnog konteksta u značajnoj mjeri podižu rizik od upotrebe ilegalnih psihoaktivnih supstanci kod adolescenata (Cuffe et.al, 2005: 121-129; Jessor et.al., 1991; Svensson, 2000: 67-90). Mladi koji „odrastaju u razorenim i u porodicama u kojima ne postoji odgovarajuća roditeljska kontrola, sa jednim roditeljem, adolescenti koji su se emocionalno udaljili od članova porodice su pod posebnim rizikom od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci“ (Arthur et.al., 2002: 575-601; Backović et.al, 2007: 331-336; Barnes.al, 2009: 1-15; Cuffe et.al, 2005: 121-129; Epstein et.al, 2009: 243-256; Jones, Rossiter, 2009: 85-92).

2.2.2 Vršnjaci

Kada je riječ o razvoju djece u literaturi se navodi da, uz porodicu i školu, „vršnjaci predstavljaju najvažniju komponentu razvoja i socijalizacije“ (Hann, Borek, 2001). Obzirom da najveći dio svog vremena adolescenti provode sa vršnjacima, pod pritiskom gupe da probaju sa konzumiranjem psihoaktivnih supstanci će često popustiti (Allen et.al, 2003: 163-186; Backović et.al, 2007: 331-336; Barnes.al, 2009: 1-15; Cuffe et.al, 2005: 121-129; Epstein et.al, 2009: 243-256; Jones, Rossiter, 2009: 85-92).

Vršnjaci u adolescenciji „predstavljaju izuzetno značajne izvore socijalizacije, s obzirom na to da oni na ovom uzrastu važe za dominantne modele usvajanja različitih normi, vrijednosti i ponašanja, te je otuda pojava upotrebe psihoaktivnih supstanci kod mladih u najvećoj mjeri određena vršnjačkim modelima“ (Adeyemo, 2007: 321-326; Allen, 2003: 163-186; Malow-Iroff, 2006: 209-227; Marić, 2011). Mladi adolescentskog uzrasta imaju jaku potrebu da pripadaju vršnjačkoj grupi u kojoj postoje određena pravila ponašanja koja pripadnici iste moraju poštovati. Takođe, adolescenti su često skloni da eksperimentišu sa različitim oblicima rizičnog ponašanja. „Kako su mladi podložni nekritičkom prihvatanju svih zahtjeva vršnjačke grupe, samo da ne bi bili odbačeni, stoga se upuštaju i u brojna problematična ponašanja, među kojima se upotreba psihoaktivnih supstanci izdvaja kao naročito učestala i štetna“ (Marić, 2011; Petrović et.al, 2007: 875-891).

Tolan vjerovatnoću da će vršnjaci uticati na mlade dijeli u tri kategorije:

- „druženja sa delinkventnim prijateljima - povećava vjerovatnoću za rizičnim ponašanjem;
- vještine pregovaranja sa vršnjacima - mladi ljudi su u većem riziku da budu podložni pritisku vršnjaka da prihvate rizično ponašanje ukoliko imaju slabije razvijene vještine pregovaranja i
- vještine uspostavljanja interpersonalnih odnosa kao što su intimnost, reciprocitet i povjerenje - mladi sa slabije razvijenim navedenim vještinama su u većem riziku da podlegnu pod pritiskom vršnjaka“ (Tolan, 1990, prema, Tolan, Loeber, 1993: 307-325).

Sullivan (2006: 291-313) navodi da „iako vršnjaci imaju značajan uticaj na adolescente u pogledu uključivanja u rizično ponašanje, porodične prilike predstavljaju izuzetno značajan zaštitni faktor, te ističe značaj uključivanja porodice u tretmanske intervencije prema mladim, kako bi se smanjio uticaj vršnjaka a dodatno osnažio uticaj porodice“.

Vršnjaci imaju veliku ulogu u razvoju zavisnosti od droga „zbog potrebe adolescenata za uklapanjem među vršnjacima kao i činjenice da uticaj vršnjaka u tom periodu postaje snažniji od onog koji imaju roditelji na dijete. Posebno su ranjivi mladi adolescenti koji se kreću u grupi vršnjaka sa devijantnim ponašanjem koji predstavljaju visoki rizik za razvoj problematičnog ponašanja. Ovakve grupe kroz pritisak utiču na podsticanje devijantnog ponašanja“ (Iranpour, Jamshidi, Nakhaee, 2015: 117-29).

Adolescente karakteriše želja da se ponašaju kao ostali u njihovoj okolini i više su usmjereni na svoje vršnjake, a manje na odrasle osobe u okruženju (roditelje i učitelje). I tako „pojedinci i grupe u njihovom socijalnom okruženju modeliraju njihovo ponašanje tako što ponašanja drugih osoba usvajaju kao vlastita. Ovaj proces nazivamo učenje po modelu i oblik je socijalnog učenja kada pojedinci uče ponašanja preuzimajući tuđa ponašanja kao svoja, i to učenjem posljedica koje je u određenim situacijama izazvalo ponašanje modela; obnavljaju se ponašanja za koja je model bio nagrađivan, a izbjegavaju ona ponašanja koja su za model imala kao posljedicu svojevrsnu kaznu. Socijalno učenje je izraženije sa povećanjem socijalnog uticaja na pojedinca. Ukoliko su adolescenti u društvu grupa kod kojih je prisutno zavisničko ponašanje, a ovi modeli imaju na pojedinca snažan socijalni uticaj, navedenim obrascem modeliranja ponašanja

zavisnička ponašanja mogu postati model ponašanja pojedinca, iako su uticaji socijalizacije prisutni cijelog života, posebno su značajni u periodu adolescencije. Zato je uticaj vršnjaka u nastanku zavisnosti značajan rizični faktor u adolescentnom periodu“ (Brlas, 2016: 26).

Droga se najčešće proba u društvu vršnjaka i ona je obično „u službi afirmacije grupne pripadnosti i identifikacije sa članovima grupe. Većina mladih prihvata drogu kao surogat i odbranu od depresivnosti, straha, nedostatka socijalne vještine i usamljenosti. Droga zadovoljava i specifične potrebe za novim senzacijama savremenog čovjeka, koji je u konstantnoj potrazi za uzbuđenjima, novim iskustvima i izbjegavanju dosade. U poređenju sa opštom populacijom, zavisnici u psihološkom profilu imaju nižu toleranciju frustrirajućih situacija, zatim naglašenu sklonost agresivnim ishodima, povišenu napetost, konfliktnost, usmjerenost na sebe u smislu sebičnosti, osjećaj nelagode u postojanju i nisko samopoštovanje. Pored osjećaja niže vrijednosti kod zavisnika je prisutan osjećaj superiornosti praćen grandomanskim sanjarenjima“ (Bašanović, 2012: 58-65).

Najčešći razlozi započinjanje konzumiranja droga su radoznalost i neorganizovano slobodno vrijeme u adolescenciji, uticaj vršnjaka. Često se dešava da se prvi put neplanirano i potpuno spontano uzme neka od psihoaktivnih supstanci dok se ubrzo počinje planirati konzumacija istih. Obično je tranzicioni period od prvog do drugog konzumiranja droga veoma kratak, ne duže od jednog mjeseca (Yaremenko, 2006: 17).

U vremenu adolescencije mlada osoba može doživjeti stalne prepreke u izgradnji pozitivne slike o sebi, i osjećati se manje vrijedno, nemoćno, nesposobno i nikad dovoljno dobro. Takva iskustva povećavaju rizik da mladi razviju psihičke i somatske bolesti u kasnijoj dobi. Sa druge strane, vršnjačka grupa može izvršiti pritisak na mladu osobu da uzima neko sredstvo zavisnosti, čemu ona nerijetko podliježe kako se ne bi osjećala odbačenom i ismijanom od strane društva. Konzumacija nekog sredstva zavisnosti često se veže za određenu supkulturu mladih i postaje njihovo obilježje sa čijim identitetom se mlada osoba poistovjećuje (Ivandić Zimić, 2011: 59).

U periodu adolescencije vršnjaci imaju značajniju ulogu za proces socijalizacije nego što je to slučaj sa porodicom (Livazović, 2014: 21; Car, 2013: 285-294). Mladi ljudi se poistovjećuju sa svojim vršnjacima i oni im pružaju osjećaj pripadanja, te se vršnjaci doživljavaju kao porodica (Forko, Lotar, 2012: 35-47), i značajni su kao emotivna podrška u procesu odrastanja (Car 2013: 285-294). Vršnjačka grupa je „mjesto za postizanje intimnih odnosa koji služe kao „probni“ za intimne odnose u odrasloj dobi“. Lebedina Manzoni i saradnici (2007) su u istraživanju ukazali na značaj odnosa sa vršnjacima u periodu odrastanja te na ulogu koju vršnjački pritisak ima u tom periodu. Vršnjački pritisak se definiše kao „uticaj grupe na pojedinca kroz pozitivno potkrepljenje onima koji se konformiraju grupnim normama i/ili sankcije onima koji se opiru konformizmu“ (Lebedina Manzoni et.al, 2007: 27-45).

Što se tiče odnosa sa vršnjacima, istraživanja su ukazala da su „djeca koja sa majkom ostvaruju odnos sigurne vezanosti pribranija i manje uznemirena u vršnjačkim grupama od djece koja osjećaju nesigurnost kada se radi o odnosu sa majkom“ (Klarin, 2002: 805-822). Takođe, djeca koja imaju ostvaren kvalitetan odnos u porodici svoju prijateljsku vezu procjenjuju kvalitetnijom i imaju više bliskih prijatelja. Zanimljiva je činjenica da postoji korelacija u percepciji odnosa sa ocem i vršnjacima. Djeca koja odnos sa ocem doživljavaju kao prihvaćajući tako doživljavaju i odnose sa prijateljima (Klarin, 2002: 805-822).

2.2.3 Šira društvena zajednica

Pod terminom šira društvena zajednica podrazumjevamo „geografsku cjelinu utemeljenu na kulturnim ili drugim interakcijskim uzorcima“ (Feinberg, 2012: 457-468).

Područje rizičnih faktora se može posmatrati sa više nivoa. Tako Tolan i Loeber (1993: 307-325) razlikuju sledeće nivoe socijalnih varijabli važnih u predviđanju rizika za rizična ponašanja:

- „Prvi nivo podrazumjeva neposrednu socijalnu mrežu i životne uslove;

- Drugi nivo se odnosi na susjedstvo i zajednicu u kojoj dijete živi, demografska i društvena obilježja zajednice kao i na osjećaj zajedništva i međusobne povezanosti članova zajednice i
- Treći nivo podrazumjeva širu društvenu cjelinu kao što je mjesto, grad, pokrajina i slično“ (Tolan, Loeber, 1993: 307-325)

Brojna istraživanja su potvrdila da se „delinkventna populacija razlikuje od nedelinkventne u odnosu na mjesto u kojem odrastaju ili žive. Najčešće su to neke od sljedećih karakteristika zajednica: život u nepovoljnim i zapuštenim uslovima, visok nivo dezorganizacije, slaba socijalna povezanost članova društvene zajednice, visoka dostupnost droga, često seljenje“ (Wasserman, 2003). Farrington (2005) ističe kako „istraživanja koja su orijentisana na zajednicu pokazuju da ona ima samo indirektan učinak na antisocijalno ponašanje putem učinaka individualnih obilježja i obilježja porodice. Rizični faktori povezani sa većom incidencijom zloupotrebe droge u zajednici su neprijateljski i problematični odnosi, neorganizovanost zajednice, norme i zakoni koji pogoduju zloupotrebi droge i oružja, njihova lakša dostupnost, nasilje u zajednici, prisutnost kriminala“ (Hemphill, Heerde, Herrenkohl, 2011: 312-320).

Od izuzetne važnosti kada su u pitanju faktori šire društvene zajednice su dostupnost droga. Faktori koji doprinose povećanju potražnje droga u društvu su:

- „društveni stav: što je društveni stav o zloupotrebi droga pozitivniji adolescenti će u okviru svog sociokulturnog konteksta izmisliti više razloga zašto bi trebao ta sredstva konzumirati;
- kvalitet zdravstveno socijalnih i vaspitno obrazovnih programa;
- kvalitet programa ranog otkrivanja i liječenja zavisnika i
- kvalitet porodičnog života“ (Sakoman, 1995: 22-25).

Na porast zavisnosti izuzetno značajno utiču „migracije stanovništva, nezaposlenost, ekonomska kriza, dostupnost droga i socio-kulturno okruženje koje dopušta konzumiranje droga“ (Sakoman, 2000. 270-286). Ukoliko je droga teško dostupna, za njom će posegnuti samo pojedinci skloni asocijalnom ponašanju i odbacivanju

društvenih vrijednosti, kao i osobe iz problematičnog porodičnog i socijalnog okruženja. Društvo u kojem živimo može biti rizično ako su u njemu određena sredstva zavisnosti dostupna, i potrebno je manje kršenja normi i napora da se do njih dođe (Ivandić Zimić, 2011: 59). Međutim, danas je prisutna „pojava povećane dostupnosti droga pa su zavisnici prisutni i iz onih porodica kod kojih nije prisutna porodična patologija. Osim dostupnosti, malo pažnje se posvećuje ovoj pojavi i mladi ljudi odrastaju u sredinama u kojima postoji nedostatak kvalitetnih programa prevencije bolesti zavisnosti“ (Sakoman, 2009).

Mladim ljudima naše društvo ne promoviše nezavisnički način života. Naprotiv, određena „sredstva zavisnosti se promovišu kao poželjan stil života, kako putem medija tako i u svakodnevnim interakcijama“. S obzirom na nekritičnost društva prema PAS, ne čudi da mladi ljudi konzumiranje psihoaktivnih supstanci smatraju čak poželjnim načinom ponašanja i vrlo često kasno ga percipiraju kao štetno i problematično. Takođe društvena sredina ne sankcioniše takva ponašanja, iako zakoni propisuju obavezu kažnjavanja. Tako smo „svjedoci situacija da maloljetnici bez teškoća kupuju psihoaktivne supstance, a objekti koji im to omogućavaju se ne sankcionišu zbog toga“ (Društvo za socijalnu podršku, 2014: 15).

Za većinu adolescenata škola je istaknuti dio života. Zadatak škole je „da podstiče individualni rast svakog učenika“ (Vrcelj, 2000: 198). Škola utiče na različite oblike rizičnog ponašanja te je jako značajna kao preventivni faktor u etiologiji nastanka istih (Livazović, 2011: 36).

Čak i danas škole funkcionišu na starim principima i Vrcelj (2000: 198) ih definiše „kao mjesto gdje učenici samo sjede i slušaju, dok se nepoštovanje intelektualne ili fizičke discipline kažnjava“, dok Pivac (2009: 52) smatra da „tradicionalna škola pruža otpor promjenama i odbija biti u skladu sa modernim vremenom“. Škola može biti i izvor stresa zbog izazova akademске i socijalne prirode. Kao najčešći stresni događaji vezani za školu navode se „testiranja, neuspjeh na ispitu, lošiji uspjeh od očekivanog, preveliki zahtjevi, sukobi sa učiteljima“. Proces prelaska iz osnovnog u srednjoškolsko obrazovanje može za neke mlade ljude biti stresno. U svim situacijama koje mladi ljudi

percipiraju kao stresne jako je značajna savjetodavna uloga roditelja, nastavnika i vršnjaka (Kalebić Maglica, 2006: 7-24). Vrcelj (2000: 198) je u svom istraživanju došao do zaključka da mladi ljudi školu doživljavaju kao nametnutu obavezu, te da često osjećaju strah od ocjenjivanja.

Školska sredina može biti mjesto gdje će mlada osoba doživjeti stalne prepreke u izgradnji pozitivne slike o sebi, te se osjećati manje vrijedno, nemoćno, nesposobno i nikad dovoljno dobro. Takva iskustva povećavaju rizik da mladi razviju psihičke i somatske bolesti u kasnijoj dobi (Ivandić Zimić, 2011: 59).

Uloga škole u detekciji konzumacije droga je od značaja jer adolescenti koji konzumiraju drogu najprije zakazuju u školi, pokazujući i druge poremećaje ponašanja, te svoj odnos prema radu i društvenim normama. Zato škola treba biti ne samo obrazovna, nego institucija koja omogućava cjelokupno vaspitanje mladih u cilju obezbjeđivanja optimalnog psiho-socijalnog razvoja (Ivandić Zimić, 2011: 59).

Ove aktivnosti se mogu sprovoditi kroz razvijanje programa koji omogućavaju mladim ljudima da razviju pozitivnu sliku o sebi, uče da razmišljaju na kritički način, konstruktivnije ostvaruju potencijale kod svake mlade osobe i omoguće im kvalitetnu socijalizaciju.

Značajno je da „društvena zajednica razvije konsenzus da je zavisnost ozbiljan društveni problem i da njeguje kritični stav naročito prema sredstvima zavisnosti čije je djelovanje izuzetno štetno“ (Društvo za socijalnu podršku, 2014: 15).

Snažna povezanost sa školom tokom adolescencije „ključno je područje za izgradnju zaštitnih faktora za pozitivan edukacijski ishod i manju pojavnost rizičnog ponašanja. Škola je posebno važna za socijalni i psihološki razvoj. Negativna iskustva u školskom okruženju mogu uticati na otuđenost od društva i od same škole, stoga je potrebno izgraditi kvalitetan odnos među vršnjacima i učiteljima i stvoriti osjećaj sigurnosti unutar školskog okruženja. Negativna iskustva, poput izloženosti nasilju u školi, neslaganje sa učiteljima, osjećaji nepripadnosti, slabiji školski uspjeh i stresne situacije, doprinose

odvajanju od škole i sklonosti prema devijantnom ponašanju. Prevencija navedenih negativnih situacija u školskom okruženju, kao i edukacija o štetnosti i posljedicama konzumiranja droga, čvrsti negativni stav o zloupotrebi droga i devijantnom ponašanju, ključna je kao zaštitni faktor u školskom okruženju“ (Bond, et. Al., 2007: 357).

Vitz smatra da „nema samoostvarenja u vaspitanju bez osjećaja dužnosti, odgovornosti, strpljenja, privrženosti i samopožrtvovanosti“ (Vitz, 2003: 34). Posebno je značajna „dobra koordinacija porodičnog vaspitanja i škole, gdje se naročito naglašava potreba obilaska djeteta jednom u toku nastavne godine u njegovom domu kako bi se učvrstila mreža vaspitnog djelovanja“ (Janković, 2006: 5).

U svom priručniku „O čemu razgovarati u porodici?“ Longo je definisao pitanja koje mladi ljude tište i koje navode roditelje do saznanja da moraju da nauče da slušaju (Longo, 2004: 173).

Moderno društvo karakteriše i značaj medija za proces socijalizacije sa posebnim naglaskom na nove medije odnosno savremene načine društvenih komunikacija (Süss, 2004: 295). Međutim ovaj vid socijalizacije adolescenata „ne pruža velike mogućnosti za produbljenje autoriteta ukoliko uzmemo u obzir činjenicu da su formalno edukativni elementi u medijima danas prisutni na indirektan način. Socijalizacija putem medija odvija se spontano, i karakteriše je personalizovano tj. individualno konzumiranje ponuđenih sadržaja“ (Vollbrecht, 2003: 21).

Nerijetko se događa da se uprkos dostupnosti velikog broja informacija, osoba osjeća nedovoljno spremnom ili nedovoljno odlučnom za djelovanje u vidu ostvarenja društvenih ciljeva, posebno u situacijama kada je potrebno kreativno djelovati ili na smisleni način obuhvatiti i primijeniti stečeno znanje (Morcellini, 1992: 155-164).

Djeca i mladi su pod velikim uticajem sadržaja koje im mediji prezentuju. Mediji mogu „nešto prikriti ili otkriti, pružiti im osjećaj pripadnosti ili podsticati osjećaj izolovanosti i odvojenosti“ (Valković, 2016: 99-116).

Mediji pružaju nove mogućnosti, ali se ne smije zanemariti „novi komunikativni model koji promovišu. Sve to pojačava hitnost razvijanja medijske kompetencije koja će osposobiti za prepoznavanje brojnih mogućnosti koje mediji nude - ali i izbjegavanja mogućih zloupotreba. Medije treba posmatrati u različitosti njihovih dimenzija (kognitivne, moralne, socijalne, estetske, interpretativne), što je preduslov ne samo za njihovo ispravno korištenje već i u širem kontekstu, za razumijevanje današnje kulture. Vaspitanje za medije zahtijeva odgovorno djelovanje svih onih koji su neposredno uključeni u procese vaspitanja“ (Valković, 2016: 99-116)

Mediji mogu pružiti izvrsnu potporu programima i sadržajima koji se uče u školi kroz produbljivanje znanja; prezentovanje postojećih sadržaja na nov način, razvoj novih oblika komunikacije (Keil Slawik, Kerres, 2002: 259-260).

Našem društvu su potrebni „pozitivni modeli ponašanja i stila življenja koji trebaju imati prednost u medijskim kampanjama. Iako su do sada bile medijske kampanje koje su nedvosmisleno govorile protiv nekog sredstva zavisnosti, potrebne su i medijske kampanje koje promovišu i zdrave stilove života“ (Društvo za socijalnu podršku, 2014: 13).

3. Domaća i međunarodna zakonska regulativa - politika suzbijanja zloupotrebe droga

Od izuzetnog značaja za prevenciju, pružanje potrebne njege i podrške i borbu protiv bolesti zavisnosti je usvajanje adekvatne politike kako na nacionalnom tako i na međunarodnom nivou, kako bi se uspostavile adekvatne smjernice za opštu i stručnu javnost.

U Crnoj Gori su usvojene adekvatne politike (zakoni i strateska dokumenta) usklađene sa pravnom tekovinom Evropske unije iz oblasti droga kako bi se unaprijedilo javno zdravlje, socijalna sigurnost zajednice i društva kroz integrisani pristup problemu korišćenja droga. Pravna regulativa ima za cilj da obezbjedi uslove bez diskriminacije i stigme (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Ustav Crne Gore definiše osnovna prava protiv diskriminacije. Zakonik o krivičnom postupku i Krivični zakonik predviđaju obavezno liječenje narkomana. Krivična djela u vezi sa nedozvoljenom proizvodnjom i prometom narkoticima su definisana Krivičnim zakonikom Crne Gore dok je lična upotreba droga regulisana Zakonom o sprečavanju zloupotrebe droga. Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci uređuje praćenje i kontrolu proizvodnje i stavljanja u promet supstanci koje mogu da se zloupotrijebe u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci. Zakon o sprečavanju zloupotrebe droga propisuje mjere za sprečavanje zloupotrebe droga.

3.1. *Legislativa iz oblasti prava*

Politike (relevantni zakoni) iz oblasti prava koji tretiraju ovu pojavu su: Ustav Crne Gore, Krivični zakonik i Zakonik o krivičnom postupku.

3.1.1. Ustav Crne Gore

Ustav Crne Gore propisuje „zabranu svake neposredne ili posredne diskriminacije, po bilo kom osnovu“ (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13, čl.8, st. 1). Svako ima pravo na jednaku zaštitu svojih prava i sloboda (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13, čl.19). Jamči se „dostojanstvo i sigurnost, nepovredivost fizičkog i psihičkog integriteta čovjeka, njegove privatnosti i ličnih prava“ (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13, čl.28). Ustavom se garantuje „poštovanje ljudske ličnosti i dostojanstva u krivičnom ili drugom postupku, u slučaju lišenja ili ograničenja slobode i za vrijeme izvršavanja kazne“ (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, čl.31 st. 2). Svako ima pravo na poštovanje privatnog i porodičnog života (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13, čl.40). Svako ima pravo „da bude upoznat sa podacima koji su prikupljeni o njegovoj ličnosti i pravo na sudsku zaštitu u slučaju zloupotrebe“ (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13, čl.43). Svako ima „pravo na zdravstvenu zaštitu“ (Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13, čl.69, st. 1).

3.1.2. Krivični zakonik

Krivičnim zakonikom Crne Gore definisana su dva krivična djela vezana za zloupotrebu droga:

- a) „neovlašćena proizvodnja, držanje i stavljanje u promet opojnih droga i
- b) omogućavanje uživanja opojnih droga“.

Za učinioca navedenih krivičnih djela članom 67 uređene su vrste mjera koje se mogu izreći a to su:

1. „obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi;
2. obavezno psihijatrijsko liječenje na slobodi;
3. obavezno liječenje narkomana;
4. obavezno liječenje alkoholičara;
5. zabrana vršenja poziva, djelatnosti i dužnosti;

6. zabrana upravljanja motornim vozilom;

7. oduzimanje predmeta;

8. protjerivanje stranca iz zemlje;

9. javno objavljivanje presude;

10. zabrana približavanja i

11. udaljenje iz stana ili drugog prostora za stanovanje“ (Krivični zakonik Crne Gore, Sl.list RCG, br. 70/03 i 47/06 i Sl. list CG, br. 40/08, 25/10, 32/11, 40/13, 14/15, 42/15 i 44/17, čl.67).

Član 68 propisuje da „sud može učiniocu krivičnog djela izreći jednu ili više mjera bezbjednosti kad postoje uslovi za njihovo izricanje predviđeni ovim zakonikom. Obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi i obavezno psihijatrijsko liječenje na slobodi neuračunljivom učiniocu izriču se samostalno. Uz ove mjere mogu se izreći zabrana vršenja poziva, djelatnosti i dužnosti, zabrana upravljanja motornim vozilom i oduzimanje predmeta“ (Krivični zakonik Crne Gore, Sl.list RCG, br. 70/03 i 47/06 i Sl. list CG, br. 40/08, 25/10, 32/11, 40/13, 14/15, 42/15 i 44/17, čl.68).

Obavezno liječenje narkomana, zabrana vršenja poziva, djelatnosti i dužnosti, zabrana upravljanja motornim vozilom, oduzimanje predmeta i javno objavljivanje presude mogu se izreći ako je učiniocu izrečena kazna, uslovna osuda, sudska opomena ili je učinilac oslobođen od kazne.

Obavezno liječenje narkomana definisano je članom 71 koji propisuje „da će učiniocu koji je učinio krivično djelo usljed zavisnosti od upotrebe opojnih droga i kod kojeg postoji ozbiljna opasnost da će usljed ove zavisnosti i dalje da vrši krivična djela, sud izreći obavezno liječenje“. Ova mjera se izvršava u „ustanovi za izvršenje kazne ili u odgovarajućoj zdravstvenoj ili drugoj specijalizovanoj ustanovi i traje dok postoji potreba za liječenjem, ali ne duže od tri godine“. Kad je ova mjera izrečena uz kaznu zatvora, ona može trajati duže od vremena izrečene kazne, ali njeno ukupno trajanje ne može biti duže od tri godine. U kaznu zatvora je uračunato vrijeme koje se provede u ustanovi za liječenje. Kad je mjera „izrečena uz novčanu kaznu, uslovnu osudu, sudsku opomenu ili oslobođenje od kazne izvršava se na slobodi i ne može trajati duže od tri

godine. Ako se učinilac, bez opravdanih razloga, ne podvrgne liječenju na slobodi ili liječenje samovoljno napusti, sud će odrediti da se mjera prinudno izvrši u odgovarajućoj zdravstvenoj ili drugoj specijalizovanoj ustanovi“ (Krivični zakonik Crne Gore, Sl.list RCG, br. 70/03 i 47/06 i Sl. list CG, br.40/08, 25/10, 32/11, 40/13, 14/15, 42/15 i 44/17, čl.71).

3.1.3. Zakonik o krivičnom postupku

Ovim zakonikom utvrđena su pravila sa „ciljem da se omogući pravično vođenje krivičnog postupka, da niko nevin ne bude osuđen, da se učiniocu krivičnog djela izrekne krivična sankcija pod uslovima propisanim ovim zakonikom i na osnovu zakonito sprovedenog postupka“ (Zakonik o krivičnom postupku, Sl.list CG, br. 57/09, 49/10, 47/14, 2/15 i 35/15, čl. 1).

Zakonik propisuje „postupak u slučaju predloga za izricanje mjere bezbjednosti obavezno liječenje narkomana“ (Zakonik o krivičnom postupku, Sl. list CG, br. 57/09, 49/10, 47/14, 2/15 i 35/15, čl. 476).

3.2. *Legislativa iz oblasti socijalne zaštite*

Rrelevantni zakon iz oblasti socijalne zaštite koji tretira ovu pojavu je Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti.

3.2.1. Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti

Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti definiše da je „socijalna zaštita djelatnost kojom se obezbjeđuju i ostvaruju mjere i programi namijenjeni pojedincu i porodici sa nepovoljnim ličnim ili porodičnim okolnostima, koji uključuju prevenciju, pomoć u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba i podršku u cilju unaprjeđenje kvaliteta života i osnaživanje za samostalan i produktivan život pojedinca i porodice“. Kako bi se ostvarili svi navedeni ciljevi socijalne i dječje zaštite posebno su zaštićena odrasla lica koja zloupotrebljavaju alkohol, drogu ili druga opojna sredstva (Zakon o socijalnoj i

dječjoj zaštiti, Sl. list CG, br.2 7/13, 1/15, 42/15, 47/15,5 6/16, 66/16, 1/17, 31/17, 42/17 i 50/17. čl.4)

Usluge u oblasti socijalne i dječje zaštite su „procjena i planiranje; podrška za život u zajednici; savjetodavno-terapijska i socijalno-edukativna usluga; smještaj; neodložne intervencije kao i druge usluge“ (Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Sl. list CG, br.2 7/13, 1/15, 42/15, 47/15,5 6/16, 66/16, 1/17, 31/17, 42/17 i 50/17. čl. 60).

3.3. *Legislativa iz oblasti zdravstva*

Politike (relevantni zakoni) iz oblasti zdravstva koji tretiraju ovu pojavu su: Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci, Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva, Zakon o pravima pacijenata i Zakon o zdravstvenoj zaštiti.

3.3.1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakonom se „građaninu garantuje pravo na zdravstvenu zaštitu i propisuje da je svako dužan da se brine o svom zdravlju, te da niko ne smije da ugrozi zdravlje drugih, kao i da su u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu građani jednaki, bez obzira na nacionalnu pripadnost, rasu, pol, starost, jezik, vjeru, obrazovanje, socijalno porijeklo, imovinsko stanje i drugo lično svojstvo“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. list CG, br. 3/16, 39/16 i 2/17, čl. 3 i 4). Član 6 navedenog zakona propisuje da se „zdravstvena zaštita se sprovodi na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalizovanog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. list CG, br. 3/16, 39/16 i 2/17, čl 6).

Zakon u definisanju prioriternih mjera zdravstvene zaštite navodi “podizanje nivoa mentalnog zdravlja građana, liječenje i rehabilitacija duševno oboljelih koji nisu osigurani po drugom osnovu, kao i smještaj i liječenje oboljelih od duševnih bolesti koji

mogu da ugroze sebe i okolinu u kojoj žive, u skladu sa Zakonom” (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. list CG, br. 3/16, 39/16 i 2/17, čl. 10).

Zakon je definisao da se „sredstva za planiranje, organizovanje i implementaciju aktivnosti na suzbijanju upotrebe droge i drugih bolesti zavisnosti obezbjeđuju iz budžeta, kao i sredstva za zdravstvenu zaštitu lica kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja narkomana“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. list CG, br. 3/16, 39/16 i 2/17, čl. 13).

3.3.2. Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga

Član 1. Zakona o sprječavanju zloupotrebe droga utvrđuje „mjere za prevenciju i sprječavanje zloupotrebe droga, uslove za proizvodnju i promet droga, mjere za pružanje stručne pomoći zavisnicima od droga i druga pitanja od značaja za sprječavanje zloupotrebe droga“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 1).

Zakonom je definisano da je „droga svako bilje ili supstanca prirodnog ili sintetičkog porijekla, kao i psihotropne supstance koje mogu da izazovu promjenu ili poremećaj fizičkog i mentalnog zdravlja čovjeka, a koje su obuhvaćene Spiskom droga, psihotropnih supstanci i bilja koje se može koristiti za proizvodnju droga“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 2). Spisak droga je u skladu sa „međunarodnim standardima i konvencijama Ujedinjenih nacija, kao i preporukama Evropske informacione mreže za droge i zavisnosti od droga (Reitox) i Sistema ranog upozorenja na nove sintetičke droge. Drogom, u smislu ovog zakona, smatra se i preparat koji sadrži jednu ili više droga“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 4).

Zloupotreba droga je „gajenje ili prerada bilja za dobijanje droga, posjedovanje sredstava za izradu droga, namjerna i prekomjerna upotreba droga van terapijskih indikacija, kao i proizvodnja i promet droga suprotno odredbama ovog zakona“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 6). Zakon propisuje da je

zavisnik „lice koje se zloupotrebom droga dovelo u stanje zavisnosti od droga, odnosno nekontrolisane fizičke i psihičke potrebe za upotrebom droga“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 11).

Mjere za prevenciju i sprječavanje zloupotrebe droga su „skup stručno osmišljenih, sistematizovanih i planiranih mjera i postupaka usmjerenih ka sprječavanju pojave zloupotrebe droga, kao i smanjenju ponude i potražnje droga. Roditelji, usvojioci, staratelji, nastavnici, vaspitači, zdravstveni radnici, radnici u socijalnim službama, sportski radnici i poslodavci dužni su da preduzmu mjere za prevenciju i suzbijanje zloupotrebe droga kod djece i omladine. Radi sprovođenja aktivnosti iz oblasti prevencije zloupotrebe droga, u jedinicama lokalne samouprave obrazuju se kancelarije za prevenciju bolesti. Nevladine organizacije koje sprovode programe iz oblasti prevencije zloupotrebe droga sarađuju sa kancelarijama“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 6).

Zakon je definisao da su svi državni kao i organi lokalne samopurave „dužni su da svaku okolnost koja izaziva sumnju u zakonitost postupanja u vezi sa drogom, a koju saznaju tokom obavljanja svojih dužnosti i poslova, prijave policiji odmah po saznanju“. Takođe, obrazovne i vaspitne, kulturne, naučne i druge ustanove i udruženja, kao i pravna lica koja obavljaju ugostiteljsku djelatnost, organizuju kulturno zabavne i sportske priredbe, obavljaju turističku djelatnost, su u obavezi „da svaku okolnost koja izaziva sumnju u zakonitost postupanja u vezi sa drogom, a koju saznaju tokom obavljanja svojih dužnosti i poslova, prijave policiji odmah po saznanju“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 6).

Zavisniku od droga se pruža pomoć, u skladu sa stručnim smjernicama, koja obuhvata „postupke i mjere zdravstvene i socijalne zaštite, kao što su detekcija, dijagnostika, urgentne intervencije, detoksikacija, psihofarmakološko liječenje osnovne bolesti i komorbiditeta, produženo liječenje, socijalna rehabilitacija i resocijalizacija, obezbjeđenje stalne stručne pomoći, savjetovanje, prevencija i saniranje štetnih posljedica nastalih zloupotrebom droga, praćenje, kao i porodična terapija“. Zdravstvene ustanove pružaju pomoć zavisniku u skladu sa stručnim smjernicama koje propisuje

Ministarstvo (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 11).

Zavisnicima koji su liječeni od bolesti zavisnosti „obezbjedi se rehabilitacija i resocijalizacija u posebnim ustanovama, u skladu sa zakonom“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 12).

Praćenje zloupotrebe droga se ostvaruje kroz „informacionu mrežu za droge koja predstavlja sistemski mehanizam za standardizovano praćenje problematike droga, prikupljanje i analizu podataka i informacija vezanih za indikatore Evropskog centra za praćenje droga i zavisnosti od droga“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 14).

3.3.3. Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci

Ovim zakonom se „uređuje praćenje i kontrola proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci (prekursori), radi sprječavanja njihove zloupotrebe ili korišćenja u nedozvoljene svrhe, kao i zaštite života i zdravlja ljudi i zaštite životne sredine od štetnog uticaja prekursora“ (Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci Sl. list CG, br. 83/09, čl. 1). Zakon „zabranjuje proizvodnju i promet prekursora, kao i sredstava za njihovu proizvodnju i preradu suprotno ovom zakonu. Spisak prekursora donosi organ državne uprave nadležan za poslove zdravlja, na predlog Agencije za lijekove i medicinska sredstva i organa državne uprave za poslove policije“ (Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci Sl. list CG, br. 83/09, čl. 3).

3.3.4. Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva

Zbirke podataka u oblasti zdravstva su „skupovi podataka sa preciznim definicijama, koji služe za: praćenje i proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva; planiranje i

programiranje zdravstvene zaštite; sprovođenje statističkih i naučnih istraživanja; izvršavanje obaveza svih subjekata u oblasti zdravstva i kao pomoć državnim organima u vođenju zdravstvene politike“ (Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva. Sl. list CG, br. 80/08 i 40/11, čl. 2). Institut za javno zdravlje Crne Gore je nadležan za upravljanje ovim zbirkama podataka. (Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva. Sl. list CG, br. 80/08 i 40/11, čl. 4).

U skladu sa Zakonom o zbirkama podataka u oblasti zdravstva „korisnici droga koji se javljaju u zdravstveni sistem zbog tretmana moraju biti prijavljeni u registar korisnika droga (registar narkomanije, kako ga je Zakon definisao)“ (Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva. Sl. list CG, br. 80/08 i 40/11, čl. 9).

3.3.5. Zakon o pravima pacijenata

Između ostalih, zakon svakom pacijentu „garantuje, na svim nivoima zdravstvene zaštite, jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu u skladu sa njegovim zdravstvenim stanjem, opšteprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, uz pravo na ublažavanje patnje i bola u svakoj fazi bolesti i stanja“ (Zakon o pravima pacijenata, Sl. list CG, br. 40/11, čl. 2). Jedno od prava je „pravo na privatnost i poverljivost tokom posjete doktoru, sprovođenja dijagnostičkih ispitivanja i/ili terapijskih procedura. Lični podaci i informacije koje je pacijent saopštio nadležnom zdravstvenom radniku, uključujući i one koji se odnose na njegovo zdravstveno stanje i potencijalne dijagnostičke i terapijske procedure, kao i podaci iz medicinske dokumentacije, predstavljaju profesionalnu tajnu“ (Zakon o pravima pacijenata, Sl. list CG, br. 40/11, čl. 27).

3.4. Strateška dokumenta

3.4.1. Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020. godine

Osnovi strateški dokument je Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020. Zasniva se na „međunarodnom pravu, na UN Jedinstvenoj konvenciji o opojnim drogama iz 1961. godine sa Protokolom o izmjenama i dopunama iz 1972.

godine, Konvenciji o psihotropnim supstancama (1971), Konvenciji protiv nezakonitog prometa opojnih droga i psihotropnih supstanci (1988), Političkoj Deklaraciji Ujedinjenih nacija i Akcionom plan za međunarodnu saradnju ka integrisanoj i izbalansiranoj Strategiji borbe protiv problema droga u svijetu (2009). Uzima u obzir i sve relevantne EU dokumente i preporuke kao i Deklaracije Pompidu grupe Savjeta Evrope.“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020).

3.5. Institucionalni okvir

Institucionalni okvir koji pokriva oblast politika i tretmana zloupotrebe psihoaktivnih supstanci značajne su sljedeće ustanove u Crnoj Gori: Nacionalni savjet za sprječavanje zloupotrebe droga, Komisija za droge, Ministarstvo rada i socijalnog staranja (Centri za socijalni rad), Ministarstvo zdravlja (Odjeljenje za politike sprječavanja zloupotrebe droga), Institut za javno zdravlje Crne Gore, domovi zdravlja (Centri za mentalno zdravlje i savjetovališta), Specijalna bolnica za psihijatriju Kotor, Klinika za psihijatriju Kliničkog centra Crne Gore, odjeljenja za psihijatriju opštih bolnica u Nikšiću i Bijelom Polju, JU za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju zavisnika od psihoaktivnih supstanci - Podgorica, i opštinske Kancelarije za prevenciju bolesti zavisnosti.

3.5.1. Nacionalni savjet za sprječavanje zloupotrebe droga

Nacionalni savjet za sprječavanje zloupotrebe droga osnovala je Vlada Crne Gore 15. marta 2010. godine i njime presjedava Predsjednik Crne Gore. Uloga Savjeta je „da promoviše preventivne aktivnosti i javne informacije vezane za štete nastale zloupotrebom droga; prati sprovođenje Strategije; pruža podršku aktivnostima opštinskih kancelarija za prevenciju bolesti zavisnosti; razmatra i usvaja programske aktivnosti pojedinih organa i organizacija nadležnih za sprovođenje Strategije; razmatra prijedloge Komisije za droge; prati međunarodnu saradnju i razvoj sistema za prikupljanje podataka; predlaže unaprjeđenje zakonskih rješenja i obavlja i druge poslove u skladu sa Strategijom“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl.list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 9).

3.5.2. Komisija za droge

Stručne poslove iz oblasti sprječavanja zloupotrebe droga sprovodi „Komisija za droge koju čine stručnjaci iz oblasti psihijatrije, narkologije, socijalne zaštite, farmakologije, toksikologije, obrazovanja kao i predstavnici iz drugih oblasti. Komisija: prati stanje u oblasti prevencije i sprječavanja zloupotrebe droga; prati stanje koje se tiče zdravstvene i socijalne zaštite zavisnika; daje stručna mišljenja na prijedloge programskih aktivnosti organa i organizacija utvrđenih Strategijom u cilju prevencije i sprječavanja zloupotrebe droga, pomoći licima koja su zavisnici i njihovim porodicama; sa naučno-istraživačkim ustanovama, medijima, nevladinim organizacijama, pravnim licima u vezi sa prevencijom, liječenjem, pomoći, rehabilitacijom i socijalnom reintegracijom zavisnika i njihovih porodica; daje mišljenja u postupku inspekcijskog nadzora; prati savremena naučna i stručna dostignuća u oblasti droga i obavlja i druge poslove u skladu sa zakonom“ (Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013, čl. 10).

3.5.3. Ministarstvo rada i socijalnog staranja - Centri za socijalni rad

U Ministarstvu rada i socijalnog staranja, u djelokrugu rada „Direkcije za zaštitu rizičnih grupa, vrše se poslovi koji se odnose, između ostalog i na zaštitu pojedinca, porodice, djece koje zloupotrebljavaju alkohol, drogu ili druga opojna sredstva, odraslog i starog lica koje zloupotrebljava alkohol, drogu ili druga opojna sredstva. Centri za socijalni rad vode evidenciju o broju prijavljenih korisnika ukoliko su zainteresovani za ostvarivanje nekog od prava iz oblasti socijalne i dječije zaštite“. Takođe, nadležni su za stručnu podršku u vezi sa socijalnom rehabilitacijom reintegracijom“ (Izveštaj o realizaciji Akcionog plana za 2015. godinu za sprovođenje Strategije Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020.).

Bivši korisnici psihoaktivnih supstanci imaju pravo na sljedeća osnovna materijalna davanja u socijalnoj zaštiti: „materijalno obezbjeđenje, zdravstvena zaštita i jednokratna novčana pomoć“ (Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Sl. list CG, br. 27/13,1/15,42/15,47/15,56/16,66/16,1/17,31/17, 42/17 i 50/17. čl. 20).

U usluge socijalne zaštite spadaju „procjena i planiranje, podrška za život u zajednici, savjetodavno-terapijske i socijalno-edukativne usluge, smještaj, neodložne intervencije i druge usluge“ (Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Sl. list CG, br. 27/13,1/15,42/15,47/15,56/16,66/16,1/17,31/17, 42/17 i 50/17. čl. 60)

Usluge podrške za život u zajednici su: „dnevni boravak, pomoć u kući, stanovanje uz podršku, svratište i druge usluge podrške za život u zajednici“ (Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Sl. list CG, br. 27/13,1/15,42/15,47/15,56/16,66/16,1/17,31/17, 42/17 i 50/17. čl. 62).

Savjetodavno-terapijske i socijalno-edukativne usluge obuhvataju: „savjetovanje, terapiju, medijaciju, i druge usluge s ciljem prevazilaženja kriznih situacija i unaprjeđivanja porodičnih odnosa“ (Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Sl. list CG, br. 27/13,1/15,42/15,47/15,56/16,66/16,1/17,31/17, 42/17 i 50/17. čl. 63).

3.5.4. Ministarstvo zdravlja - Odjeljenje za droge

Za obavljanje poslova iz djelokruga i nadležnosti Ministarstva zdravlja postoje unutrašnje organizacione jedinice među kojima je i Odjeljenje za politike sprječavanja zloupotrebe droga.

U Odjeljenju za politike za sprječavanje zloupotrebe droga obavljaju se poslovi koji se odnose na: „praćenje primjene nacionalnih strateških dokumenata; deklaracija; konvencija; smjernica i standarda iz ove oblasti; koordinaciju oblasti smanjenja potražnje droga; neposrednu saradnju i komunikaciju sa EU ekspertima za politike droga; aktivnosti vezano za nacionalnu bazu podataka i izvještavanju referentnih međunarodnih tijela za politike sprečavanja zloupotrebe droga: Kancelarije za drogu i kriminal Ujedinjenih nacija (UNODC), Komisije za droge (CND), Evropskog centra za monitoring droga i zavisnosti od droga (EMCDDA), Savjeta Evrope (Grupa Pompidu); nadležni direktorat Evropske komisije; koordinaciju izrade izvještaja za EMCDDA i podataka za Reitox; uspostavljanje i održavanje saradnjesa relevantnim institucijama u skladu sa Evropskom strategijom za droge i ostalim međunarodnim dokumentima i

nacionalnim strateškim ciljevima; obavljanje stručnih i administrativnih poslova za Državni savjet za sprječavanje zloupotrebe droga“ (Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji Ministarstva zdravlja CG, čl. 8).

3.5.5. Institut za javno zdravlje Crne Gore

Institut za javno zdravlje Crne Gore, u saradnji sa Evropskim centrom za praćenje droga, uspostavio je pet ključnih epidemioloških pokazatelja, koji treba da daju jasnu sliku o području upotrebe droga.

Prvi pokazatelj je zastupljenost i način upotrebe droga u opštoj populaciji i među učenicima. U okviru tog indikatora Institut za javno zdravlje Crne Gore, već treći ciklus, zajedno sa četrdesetak evropskih zemalja, sprovodi istraživanje o upotrebi alkohola i droga među mladima (među šesnaestogodišnjacima) u Crnoj Gori (ESPAD).

Drugi pokazatelj je zastupljenost i način upotrebe problematičnih droga, što predstavlja injektirajuću uporebu droga i dugotrajnu upotrebu opijata, kokaina ili afetamina.

Treći pokazatelj su zarazne bolesti povezane sa upotrebom droga, tu se prije svega misli na bolesti koje se prenose preko krvi, kao što su: HIV, Hepatitis B i Hepatitis C.

Četvrti pokazatelj su smrti povezane sa upotrebom droga i smrtnost među zavisnicima. Uzrok smrti povezane sa upotrebom droga je predoziranje, koje se može ustanoviti obdukcijom.

Peti pokazatelj su zahtjevi za liječenje bolesti zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, odnosno Registar za narkomaniju. Registar zahtjeva za liječenje, je počeo sa primjenom sredinom 2013. godine. Iz domova zdravlja (CMZ i izabrani doktori) koji pružaju usluge liječenja zavisnika prijave stižu elektronskim putem. Iz drugih zdravstvenih ustanova, u Institutu za javno zdravlje, prijave stizu ručno ispisane na obrascu za prijavljivanje.

Za sada Institut za javno zdravlje Crne Gore raspolaže podacima isključivo o osobama koje su zatražile liječenje u zdravstvenim ustanovama, a da bi se stvorila približno realna slika o upotrebi droga potrebno je da se imaju podaci iz Ministarstva unutrašnjih poslova, Ministarstva pravde, iz terapijskih zajednica, ali i podaci iz nevladinih organizacija (Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2016).

3.6. Međunarodni dokumenti

3.6.1. Jedinstvena konvencija o opojnim drogama (1961) sa Protokolom o izmjeni Jedinstvene konvencije o opojnim drogama (1972)

U preambuli Jedinstvene konvencije o opojnim drogama navedenisu razlozi njenog donošenja. Predstavници država su „izražavali zabrinutost za fizičko i moralno zdravlje čovječanstva, kao i druge posljedice koje je prouzrokovala masovna zloupotreba opojnih droga. Već je postalo jasna opasnost koja slijedi zbog zloupotrebe droga ne samo za pojedinca već i za privredu i cijelokupno društvo. Zato je konstatovano da je potrebno preduzeti opšte mjere uz koordinisanu međunarodnu saradnju u cilju postizanja zajedničkih ciljeva“.

Jedinstvena konvencija o opojnim drogama donijeta je je 20. marta 1961. godine, kada je usvojeno nekoliko rezolucija, i to:

1. Rezolucija I „Tehnička pomoć u pogledu kontrole opojnih droga“;
2. Rezolucija II „Liječenje toksikomana“;
3. Rezolucija III „Nedozvoljena trgovina“;
4. Rezolucija IV „Sastav komisije za opojne droge“ i
5. Rezolucija V „Međunarodni kontrolni aparat“.

Jedanaest godina nakon donošenja Jedinstvene konvencije o opojnim drogama, imajući u vidu potrebu suzbijanja zloupotrebe opojnih droga međunarodna zajednica je inicirala donošenje Protokola o izmjenama i dopunama Jedinstvene konvencije o opojnim drogama iz 1961. godine, što je i učinjeno u Ženevi 25. marta 1972. godine.

Jedinstvena konvencija o opojnim drogama „sadrži pedeset i jedan član koji se, na direktan ili indirektan način, odnose na opojne droge. Član 38. propisuju mjere protiv zloupotrebe opojnih droga. Saglasno sadržini ovog člana, države ugovornice su dužne da razmatraju s naročitom pažnjom zloupotrebu opojnih droga i da preduzimaju sve moguće mjere da bi spriječile i obezbjedile brzo otklanjanje, liječenje, obrazovanje, postkurativno liječenje, rehabilitaciju i ponovno uključivanje ovih lica u društvo, kao i da usklađuju svoje napore koji teže ovim ciljevima. U skladu sa prethodno navedenim, države ugovornice treba da podstiču, ukoliko je to moguće, školovanje osoblja radi obezbjeđenja liječenja, postkurativnog liječenja, rehabilitacije i ponovnog uključivanja u društvo lica koja na bilo koji način zloupotrebljavaju opojne droge. Države ugovornice su dužne i da preduzimaju sve moguće mjere kako bi pomogle licima, kojima je to potrebno prilikom vršenja svoje dužnosti da steknu znanja o problemima koje izaziva zloupotreba opojnih droga i sprečavanje zloupotrebe i kako bi ova znanja širile u javnosti, ako postoji bojazan da će se zloupotreba opojnih droga mnogo proširiti“ (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961., Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs 1972).

3.6.2. Konvencija o psihotropnim supstancama (1971)

Deset godina od donošenja Jedinstvene konvencije o opojnim drogama u Njujorku 20. marta 1961. godine, ukazano je da ova Konvencija ima određenih manjkavosti koje se, odnose na psihotropne supstance koje nisu bile njome obuhvaćene, pa je donijet novi međunarodnopravni akt iz ove oblasti pod nazivom Konvencija o psihotropnim supstancama. Ova Konvencija donijeta je u Beču 21. februara 1971. godine.

Razlozi za donošenje ove Konvencije su navedeni u njenoj preambuli i „njima se izražava zabrinutost država potpisnica za narodno zdravlje i društvene probleme koje prouzrokuje zloupotreba psihotropnih supstanci, te je bilo potrebno donijeti dokument koji je propisivao strožije, usklađene i univerzalne mjere u cilju suzbijanja zloupotrebe psihotropnih supstanci“.

Pod okriljem Organizacije Ujedinjenih nacija usvojena Konvenciju 1971. godine, koja sadrži trideset i tri člana i tabele I, II, III i IV u kojima su navedene vrste psihotropnih supstanci koje podležu odredbama ove Konvencije.

Konvencija o psihotropnim supstancama „propisuje mjere protiv zloupotrebe psihotropnih supstanci u odredbi člana 20. Države potpisnice su dužne da preduzmu sve moguće mjere kojima se može spriječiti zloupotreba psihotropnih supstanci i osigurati njeno brzo otkrivanje i liječenje, vaspitanje, postterapijsko liječenje, rehabilitacija i ponovno uključivanje pojedinaca u društvenu zajednicu. U tom cilju države potpisnice treba da vrše osposobljavanje osoblja koje se bavi postterapijskim liječenjem, rehabilitacijom i ponovnim uključivanjem u društvenu zajednicu osoba koje zloupotrebljavaju psihotropne supstance. Pored navedenog, nužno je vršiti i osposobljavanje osoba kojima profesija nalaže posjedovanje znanja iz oblasti zloupotrebe psihotropnih supstanci i njenog suzbijanja. Takođe države potpisnice se obavezuju takođe i da u svom nacionalnom zakonodavstvu inkorporiraju odredbe koje su sadržane u članu 22. Konvencije pod nazivom: „Kaznene odredbe“. Ovim odredbama je definisana obaveza država da predvide kažnjivom svaku radnju koja je učinjena umišljajno ako predstavlja kršenje odredaba Konvencije. Za kažnjiva dijela, odnosno teška krivična dela, potrebno je propisati odgovarajuće kazne, kao što su kazna zatvora ili neka druga kazna lišenja slobode. Pored navedenih kazni, za krivična dela zloupotrebe psihotropnih supstanci, učinocima se mogu izreći i određene mjere kao što su: liječenje, vaspitanje, postterapijsko lečenje, rehabilitacija i ponovno uključivanje u društvenu zajednicu.

Ova Konvencija članom 23. daje mogućnost državama potpisnicama da primjenjuju strožije kontrolne mjere od onih koje predviđa ona sama. Naime, ukoliko je to potrebno ili nužno za zaštitu zdravlja i dobrobit naroda, država može u svom nacionalnom zakonodavstvu propisati i strožije kontrolne mjere od onih koje su predviđene ovom Konvencijom“ (Convention on psychotropic substances, 1971).

3.6.3. Konvencija protiv nezakonitog prometa opojnih droga i psihotropnih supstanci (1988)

Od posebnog značaja za sprječavanje i suzbijanje krivičnih djela zloupotrebe opojnih droga su i odredbe Konvencije Ujedinjenih nacija protiv nezakonitog prometa opojnih droga i psihotropnih supstanci koja je usvojena na šestom plenarnom zasjedanju u Beču 19. decembra 1988. godine. U preambuli Konvencije „države potpisnice ističu da je potrebno donijeti sveobuhvatnu, efikasnu i operativnu međunarodnu konvenciju koja je konkretno uperena protiv nezakonitog prometa i koja uzima u obzir različite aspekte ovog problema u cijelini, naročito one aspekte koji nisu predviđeni postojećim sporazumima u oblasti opojnih droga i psihotropnih supstanci. Na početku se navodi da su, zbog veličine i rasta nezakonite proizvodnje, tražnje i prometa opojnih droga i psihotropnih supstanci što predstavlja ozbiljnu opasnost za zdravlje i dobrobit ljudskih bića i negativno utiče na privredne, kulturne i političke temelje društva, države potpisnice veoma zabrinute“.

Članom 2. Konvencija definiše „ciljeve ističući u prvi plan saradnju država na međunarodnom planu u cilju što efikasnije borbe protiv različitih vidova zloupotrebe opojnih droga i psihotropnih supstanci“.

Konvencija propisuje odgovarajuće sankcije za „učinioce kažnjivih djela zloupotrebe opojnih droga i psihotropnih supstanci, koje su definisane ovom Konvencijom. Državama stoje na raspolaganju kazne zatvora ili druge kazne lišavanja slobode, kao i novčane kazne i konfiskacija imovine. Pored navedenih sankcija, za učinioce kažnjivih djela se mogu propisati i određene mjere kao što su: liječenje, edukacija, njega posle liječenja, rehabilitacija ili socijalna reintegracija itd.“ (United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988).

4. Prevencija

Osnovni cilj preventivnih aktivnosti je stvaranje uslova koji će omogućiti razvijanje zdravih stilova života i na taj način spriječiti eventualnu zlopupotrebu psihoaktivnih supstanci (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013). Prevencija uz holistički pristup, osnažuje pojedinca i povećava mogućnost da živi zdravo i bude produktivan (Backović, Mugoša, Laušević, 2000: 23-26).

U prošlosti, osnovni cilj prevencije se svodio na smanjenje trenutnih nivoa upotrebe psihoaktivnih supstanci i broja mladih ljudi koje iste zlopotrebljava. Međutim, danas se ove aktivnosti percipiraju na drugačiji način i posmatraju se kao proces u cilju unapređenja zdravlja (Backović, Mugoša, Laušević, 2000: 32-34).

Prvi programi prevencije zloupotrebe psihoaktivnih supstanci su počivali na „informativnom ili edukativnom modelu koji je polazio od pretpostavke da mladi zlopotrebljavaju psihoaktivne supstance zbog nedovoljnog znanja o štetnim dejstvima kao i polaznih osnova da adolescent koji je upoznat sa posljedicama zloupotrebe psihoaktivnih supstanci će donijeti racionalnu odluku da iste ne koristi“ (Lewis, Battistich, Schaps, 1990: 35-59). Ovaj pristup nije donio željene efekte jer se zasnivao na zastrašivanju. Čak je podsticao eksperimentisanje sa supstancama (Glynn, Anderson, Schwarz, 1991: 279-91). Zanemarivanje različitih faktora koji se odnose na mlade ljude i njihovo okruženje je razlog relativne neuspješnost ovih programa. A kao najvažniji razlog neuspješnosti upravo leži u činjenici da su sljedeći lični motivi „anksioznosti, depresija, neispunjeno slobodno vrijeme, otežano stupanje u socijalne interakcije, radoznalost, potreba za avanturom i sl“ zanemareni u pristupu (Backović, et al. 2007: 331-336).

Prevencija je „proaktivni proces usmjeren ka jačanju kapaciteta u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja zajednice, ali i populacije koja je izložena visokom stepenu rizika“. Cilj preventivnih aktivnosti je „kreiranje uslova i jačanja znanja i vještina kojima je svrha promocija zdravlja i dobrobiti ljudi. Ona je usmjerena kako na ponašanje tako i na

stavove ciljne grupe kako bi promijenili način života u željenom smjeru. Ključnu ulogu u procesu ima edukacija“ (Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009-2013, 2009).

U sektoru zdravstva i socijalne zaštite koriste se termini „primarna, sekundarna i tercijarna prevencija“ (Council for Health Research, 1996).

Podjela prevencije na primarnu, sekundarnu i tercijalnu potiče iz 80-tih godina XX vijeka. Pod aktivnostima u okviru primarne prevencije podrazumijevamo „sve mjere koje se preduzimaju prije nego što dođe do pojave problema kod funkcionisanja pojedinca. Sekundarna je ona prevencija koja se sprovodi kada se jave prvi znaci bolesti dok tercijarna podrazumjeva sve aktivnosti koje se sprovode nakon manifestacija smetnje“ (Kornber, Caplan, 1980: 71-133).

Primarna prevencija podrazumijeva „skup aktivnosti i intervencija prije izbijanja zdravstvenog problema kojima se pokušava spriječiti njegova pojava i razvoj“. Ova prevencija se zasniva na motivisanju mladih ljudi da mjenjaju način života u smjeru koji je društveno prihvatljiv. Ključno u primarnoj prevenciji je individualni rad koji se zasniva na učenju socijalnim vještinama kako bi se izgradila karakterna ličnost i na taj način postigao cilj odnosno sprječavanje zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Sekundarna prevencija podrazumijeva „rano otkrivanje bolesti ili zdravstvenog problema koji se već razvija, ali još nije klinički vidljiv, na način da primjenom rane intervencije prognoza može postati povoljnija“.

Tercijarna prevencija predstavlja „sprječavanje recidiva ili ograničavanje učinka preostalih simptoma u slučaju klinički očevodne bolesti ili očitog problema u ponašanju u njegovim ranim fazama“. Ova prevencija se vezuje za postupak terapije (Handbook Prevention; alcohol, drugs and tobacco, 1998).

Preventivni programi se sprovode na više nivoa a to su: porodica, zdravstveni i obrazovni sistem, mediji i lokalna zajednica. Svi navedeni elementi imaju uticaj na razvoj sistema vrijednosti kod djece i mladih kao i na njihovo ponašanje. Zato je izuzetno značajno u okviru ovog konteksta razvijati tri vrste preventivnih intervencija u najširem smislu: „univerzalnu, selektivnu i indiciranu“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013-2020).

Ovu podjelu 1987. godine prvi put predložio je autor Gordon (Gordon, 1987) a istu je prihvatio Evropski nadzorni centar za nadzor droga i zavisnost o drogama (EMCDDA, 2010).

Univerzalna prevencija namijenjena je „opštoj populaciji bez obzira na nivo rizika“. Ovi programi polaze od stava da članovi populacije „imaju jednako nizak nivo rizika za nastanak zavisnosti“. Cilj univerzalne prevencije je da se spriječi ili odgodi početak zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, uz pružanje informacija i pomoć u razvoju vještina koje su neophodne kako bi se problem riješio (Nenadić-Bilan, 2012). Za sprovođenje ovih programa ne utvrđuje se eventualni stepen rizika za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci.

Prvi programi univerzalne prevencije su se zasnivali na informisanosti mladih ljudi o opasnostima i posljedicama konzumiranja droga (Fishbein, Ajzen, 1975 prema Nenadić-Bilan, 2012). Osamdesetih godina „afirmisan je pristup koji je naglašavao značaj socijalnih faktora (vršnjaka i medija) na nastanak i razvoj zavisnosti“. Zato su preventivne aktivnosti bile „usmjerene na razvoj i osnaživanje kompetencija u cilju suočavanja sa uticajima vršnjaka i drugih socijalnih faktora“ (Perkins, 2003; Botvin, Griffin, 2004: 163-186). U okviru lokalne zajednice programi prevencije se odnose na definisanje različitih sadržaja koje bi mladi ljudi mogli da koriste u svoje slobodno vrijeme. Što se tiče roditelja, pokazalo se da su jako efikasni programi koji im daju precizne i jasne informacije kako u okviru svoje porodice mogu da djeluju u oblasti prevencije (Nenadić-Bilan, 2012).

Selektivna prevencija je fokusirana na pojedince i grupe u riziku, kako bi se spriječio dalji razvoj težih problema. Ovi programi se usmjereni na one grupe mladih ljudi koji su u većem riziku da konzumiraju droge. Oni su „intenzivni, trajni i fokusirani na identifikovanje faktora rizika i sprovode ih edukovani profesionalci u ovoj oblasti“ (Nenadić-Bilan, 2012).

U sistemu zdravstvene zaštite selektivna prevencija obuhvata „rano otkrivanje simptoma i poremećaja u ponašanju nastalih kao posljedica upotrebe psihoaktivnih supstanci koje još uvijek nisu vidljivi kliničkim pregledom“. U cilju efikasnog sprovođenja, od velikog je značaja saradnja medicinskog sa drugim institucijama u sistemu. Takođe, naglašava se značaj edukacije zdravstvenog kadra.

Za gore navedene aktivnosti, na primarnom nivou najznačajniju ulogu imaju izabani ljekari kako su ranom otkrivanju, tako i u savjetovanju i podršci kako korisniku tako i članovima porodice (Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009-2013, 2009).

Za selektivnu prevenciju, u sistemu socijalne zaštite najznačajnija karika su centri za socijalni rad koji sprovode niz aktivnosti sa osobama i grupama u riziku. Posebno se stavlja akcenat na „djecu bez roditeljskog staranja, učenike i studente koji žive u studentskim domovima, privatnom studentskom smještaju, kao i na mlade ljude koji su pod faktorima rizika“ (Godišnji izvještaj o stanju zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za 2010. godinu, 2011).

Prevencija u okviru sistema socijalne zaštite za bivše zavisnike se fokusira na „rehabilitaciju i resocijalizaciju kroz obezbjeđivanje psihosocijalnih i savjetodavnih usluga“ (Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009-2013, 2009).

Preventivni programi se moraju sprovoditi na lokalnom nivou i moraju osigurati:

- „učesće u sprovođenju programa odvikavanja od zavisnosti, naročito za maloljetne osobe;
- adekvatne uslove nakon liječenja u ustanovama
- osmišljavanje i sprovođenje programa za rad na terenu sa zavisnicima ;
- stimulisanje zapošljavanja bivših zavisnika u saradnji sa drugim relevantnim institucijama;
- podršku članovima porodice i
- posebne programe resocijalizacije i društvene reintegracije maloljetnih osoba zavisnika“ (Annual Report-The State of the Drugs Problem in EU, 2007, prema Nenadić-Bilan, 2012).

Indikovana prevencija se odnosi na „prepoznavanje pojedinaca kod kojih postoje određeni pokazatelji koji su povezani sa pojedinačnim rizikom razvoja zloupotrebe droga u njihovom kasnijem životu kao što su: psihijatrijski poremećaji, psihološki ili problemi u ponašanju koji mogu biti rizični za razvijanje zavisnosti ili uz to i rani znaci zloupotrebe droga, kao i na usmjeravanje posebnih intervencija prema njima“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020). Osnovni cilj je da dođe do redukcije i sprječavanja dalje zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Ciljna grupa „za sprovođenje indikovane prevencije su pojedinci koji su u fazi eksperimentiranja sa drogama, ali kod kojih još uvijek ne postoji klinička dijagnoza zavisnosti“. Za razliku od univerzalne i selektivne, indikovana prevencija je fokusirana na specifičnim pojedincima, a ne prema populaciji ili rizičnim grupama. Ove programe sprovode „edukovani profesionalci na osnovu individualne procjene rizika“. Za efikasnost ove vrste prevencije značajno je „procjeniti relevantne rizične i protektivne faktore koji su povezani sa pojavom zavisnosti“ (Nenadić-Bilan, 2012).

Preventivne aktivnosti se mogu sprovoditi u okviru zdravstvenog, socijalnog, školskog, pravosudnog sistema i u porodičnom, vršnjačkom, školskom i društvenom kontekstu.

4.1. Uloga porodice

Za razvoj djeteta najznačajniju ulogu imaju roditelji i njihova vaspitna uloga. U posljednjoj deceniji došlo je do promjena u organizaciji porodice. Duže radno vrijeme, veće prisustvo žena na tržištu rada za posljedicu ima prenos vaspitne funkcije porodice na obrazovni sistem, lokalnu zajednicu i širi društveni kontekst.

Autori Kumpfer i Adler (2006: 75-101) navode da roditelji danas na nedeljnom nivou provedu na poslu od 4 do 6 sati više nego što je to bio slučaj prije dvadesetak godina, a da sa djecom tokom dana razgovaraju prosječno sedam minuta. Ove promjene utiču na mogućnost obavljanja roditeljskih zadataka. Ali uprkos ovim promjenama, porodica i dalje ima najznačajniju ulogu u procesu razvoja i vaspitanja djece, te je od fundamentalnog značaja za prevenciju razvoja zavisničkog ponašanja. Američki Nacionalni institut za zloupotrebu droga preporučuje više programa koji imaju preventivni karakter i to: edukacija roditelja i roditeljska uključenosti, uvježbavanje roditeljskih vještina, roditeljsko-vršnjačke grupe za mlade u riziku, porodična savjetovanja kao i terapije (National Institute on Drug Abuse, 1997).

U doktoratu B. Mugoše (2008) navodi se da bi roditelji trebali da preduzimaju preventivne aktivnosti tokom cijelog perioda odrastanja, a naročito u toku adolescentskog perioda kada se javljaju želja za osamostaljivanjem i odvajanjem od roditelja. Autor navodi sljedeće protektivne porodične faktore koji su značajni za prevenciju zloupotrebe droga: „funktionalna porodica sa jasnim pravilima, jednakim stavom roditelja u kojoj vladaju poštovanje, razumjevanje, briga i podrška sa jedne strane, ali i odgovornost i nadzor koji su značajni protektivni faktori u periodu rane i srednje adolescencije“. Programi prevencije koji ne uključuju roditelje imaju veliki rizik da ne budu uspješni. Zato funkcionalna porodica i značaj uticaja roditelja moraju biti prepoznati i uključeni u integrisane programe prevencije ili čak u programe koji su posebno usmjereni samo na roditelje. Takvi programi bi trebalo da omoguće roditeljima učenje i primjenu tehnika postavljanja pravila, vršenja nadzora kao i učenje metoda interaktivne komunikacije. U širem kontekstu, „roditeljima je potrebno obezbjediti

podržavajuće okruženje kako bi im se omogućilo više vremena koje mogu posvetiti razvoju skladnih i pozitivnih porodičnih odnosa“ (Mugoša, 2008: 121).

Zato je neophodno „pružiti podršku roditeljima u cilju unaprijeđenja njihovih kompetencija kojima stimulišu razvoj zdravih navika i stilova života kod djece, ali i kako bi prepoznali rizike u ličnosti, vršnjačkoj grupi, porodici i široj društvenoj zajednici“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020).

4.2. Uloga vršnjaka

Vršnjačke grupe, pored porodice predstavljaju značajan faktor za socijalizaciju djeteta. Veliki broj istraživanja govori u prilog ovoj činjenici i potvrđuje da adolescenti zavisnici često imaju prijatelje zavisnike. Autori Oetting i Lynch (2006) predlažu nekoliko tipova programa u cilju vršnjačke edukacije: programi koji pomažu pojedincima da identifikuju "zdravije" vršnjačke grupe; programi usmjereni da mladi pronađu pozitivne načine da zadovolje i individualne i potrebe društvene zajednice, preventivni napor koji su usmjereni prema vršnjačkoj grupi kroz strožije sankcije, programi kojima će se redukovati vrijeme koje vršnjaci provode bez nadzora; programi smanjenja štete (Oetting, Lynch, 2006: 101-119).

U cilju postizanja boljih rezultata Bleker preporučuje vršnjačku edukaciju u cilju postizanja pozitivnih rezultata (Bleeker, 2001).

4.3. Uloga škole

U školama prevencija podrazumjeva „aktivan proces koji pomaže mladim ljudima da se suoče sa izazovima kako životnih događaja tako i razvojnim fazama na način što podstiču stvaranje zdravih navika od ranog djetinjstva. Na taj način ciljevi obrazovanja i prevencije se podudaraju“. S obzirom da većina mladih ljudi započne da koristi neke od psihoaktivnih supstanci u periodu školovanja, obrazovni sistem predstavlja primarni sistem u polju prevencije (Backović, Mugoša, Laušević, 2000: 32-34).

Djeca u školi provode značajan dio vremena u najznačajnijem periodu za njih-periodu djetinjstva i adolescencije. Zato autori smatraju da je škola značajan faktor u prevenciji jer imaju pristup velikom broju mladih. Lloyd i saradnici (2000: 109-126) smatraju da školski programi koji su razvojno usklađeni mogu mijenjati obrasce ponašanja i uticati na stavove mladih prema zloupotrebi droga. Oni ističu važnost prevencije u odnosu na njihovu izloženosti pojavi zavisnosti u široj društvenoj zajednici i predlažu definisanje preventivnih programa u skladu sa relevantnim podacima sa terena, sa akcentom na period prvog eksperimentisanja sa drogama (Shope, Elliott, Raghunathan, Waller, 2001: 403-410).

U teoriji postoji nekoliko osnovnih modela u razvoju školskih preventivnih programa. Kognitivni (saznajni) model prevencije „se zasniva na premisi da mladi ljudi neće koristiti psihoaktivne supstance ukoliko razumiju opasnosti koje upotreba istih izaziva“. Ovakav vid prevencije postiže se kroz usvajanja znanja o hemijskom sastavu i djelovanju droga, načinima upotrebe i dugoročnim posljedicama. Međutim ovakav model je suštinski neefikasan jer kod mladih ljudi dovodi do pojačavanja radoznalosti i ohrabruje ih u eksperimentisanju.

Afektivni model prevencije se oslanja na ideju da razvijeni sistem vrijednosti koji afirmiše izbjegavanje korišćenja psihoaktivnih supstanci, dobre vještine rješavanja problema i razvijeno samopoštovanje pomažu mladim ljudima da ne konzumiraju psihoaktivne supstance. Praksa je pokazala da ova metoda ne smanjuje stopu konzumacije jer se često dešava da se članovi društvene zajednice i roditelji direktno suprostavljaju izboru vrijednosti i vještinama koje se djeci nude .

Treći model je model socijalnog učenja tj. kognitivno/bihevioralni model prevencije koji se temelji na stavu da upotreba psihoaktivnih supstanci započinje u socijalnom kontekstu, u grupi vršnjaka, najčešće između 12 i 15 godine života te je djeci neophodno da prepoznaju pritiske iz različitih izvora (vršnjačkih grupa, porodice, medija) kako bi kroz učenje različitih vještina savladali oblike suprostavljanja konzumnaciji istih. Ovaj model je djelimično efikasan i nema relevantnih istraživanja o tome koliko efekti sticanja ovakvih vještina traju u smislu prevencije.

Četvrti je model normativnog učenja u prevencije koji polazi od činjenice da mladi precjenjuju stepen upotrebe psihoaktivnih supstanci među vršnjacima i da najčešće i započinju sa upotrebom istih da bi se osjećali kao dio grupe. Metode koje ovaj model propagira su ispravljanje pogrešnih uvjerenja, demonstriranje realnih činjenica kroz diskusiju kao i razvijanje normi za izbjegavanje zloupotrebe droga. Što se tiče efikasnosti ovaj metod je uspješan kod nekih vrsta droga ali, kako se zasniva na podacima iz istraživanja mladi ljudi, mogu da donesu pogrešne zaključke kako mali broj vršnjaka konzumira psihoaktivne supstance nego što je realno te zaključuje da je upotreba supstanci mnogo prihvatljivija nego što su oni vjerovali prijeovih programa (Backović, Mugoša, Laušević, 2000: 32-34).

U obrazovno-vaspitnom sistemu „primjenjuju se programi prevencije koji obuhvataju i elemente smanjenja rizika za upotrebu droge“. Ovi programi se zasnivaju na pretpostavci da je potrebno ojačati djecu da ne započinju konzumiranje psihoaktivnih supstanci kroz adekvatno informisanje o tome kakve su posljedice i efekti takvog ponašanja, a sve kroz saradnju roditelja i lokalne zajednice. Najbolje mjesto za sticanje takvih znanja je škola, te prosvjetni radnici u ovom procesu imaju značajnu ulogu. Od izuzetnog značaja je „potpuna participacija djece i mladih u procesu planiranja i realizacije programa prevencije“. Vršnjačka edukacija se pokazala kao efikasan model jer omogućava direktnu i otvorenu komunikaciju što povećava šanse za ranu detekciju različitih oblika rizičnog ponašanja. Za preventivne aktivnosti je značajno da budu usklađene sa „razvojnim karakteristikama sa ciljem budućeg samopouzdanog funkcionisanja i vođenja zdravog života“. U obrazovnom sistemu Crne Gore sprovode se različite aktivnosti u oblasti prevencije kao u promocije zdravih stilova života (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020).

Škola može preventivne aktivnosti sprovoditi kroz motivisanje mladih da učestvuju u vannastavnim aktivnostima kroz različite sekcije: literarna, likovna, tehnička, dramska, kao i kroz društveno korisna angažovanja (Polovina, Bogunović, 2007: 174-205).

Ciljevi preventivnih programa u okviru sistema obrazovanja treba da pospješe razvoj i unapređenje socijalnih i emocionalnih vještina kod djece i mladih kroz podizanje svijesti

o različitim vrstama pritisaka da se konzumiraju psihoaktivne supstance, promjene stavova o korišćenju istih, razviju vještine primanja i pružanja pomoći, preovladavanja stresa i kontrola osjećanja kao i razvoj odgovornosti o odlučivanju o rizičnom ponašanju. Svi navedeni ciljevi su fokusirani na izgradnji i osnaživanju protektivnih faktora individue (Backović, Mugoša, Laušević, 2000: 32-34).

Naročito je značajno „rano otkrivanje rizičnih grupa kao razvoj specijalizovanih programa ranog otkrivanja korisnika droga, kako bi se spriječilo da eksperimentalna upotreba droga postane bolest zavisnosti“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020).

Od izuzetnog je značaja raditi na „unaprijeđenju programa zaštite zdravlja djece predškolskog i školskog uzrasta kroz zdravstveno prosvjećivanje i zdravstveno vaspitanje djece kako bi u ranoj dobi stekli relevantna znanja i na taj način spriječili pojavu zavisnosti i u kasnijim fazama razvoja“ (Nacionalni program prevencije zavisnosti za djecu i mlade u vaspitno - obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi, za razdoblje od 2010. do 2014, 2010).

Preventivne aktivnosti je potrebno sprovoditi na svim nivoima u okviru obrazovnog sistema. Jedna od aktivnosti koja se u tom pravcu u Crnoj Gori sprovodi je nastavni program za izborni predmet „Zdravi stilovi života“ koji je namjenjen učenicima završnih razreda osnovnih škola i prvim i drugim razredima srednjih škola kako i obučeno nastavno osoblje koje realizuje aktivnosti u okviru ovog predmeta. Takođe „smjernice za preventivno djelovanje u okviru školskog sistema podrazumjevaju i omogućavanje redovnih i dopunskih školskih programa za djecu i roditelje kako bi dobili jasne i pravovremene informacije. Napori u cilju osnaživanja samopouzdanja i samopoštovanja kod djece kao i razumjevanje društvenih uticaja i pomoć roditeljima u razumijevanju roditeljske uloge i unapređivanju komunikacije u okviru porodice, brzo i djelotvorno reagovanje na svaki nagovještaj neprihvatljivog ponašanja imaće pozitivne efekte u preventivnom djelovanju“ (Mugoša, 2008: 121).

U okviru škole preventivne aktivnosti se mogu sprovoditi na više nivoa i to u okviru predškolskih ustanova, u osnovnim i srednjim školama i među studentskom populacijom.

4.3.1. Prevencija zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u predškolskim ustanovama

Veoma mali broj istraživanja su se bavila prevencijom u predškolskom razvojnem razdoblju. Brook i saradnici smatraju da je programe prevencije potrebno sprovoditi na što ranijem uzrastu da bi bili učinkovitiji jer je rano životno razdoblje period kada su djeca senzibilnija na uticaje i proces formiranja ličnosti djeteta je fleksibilniji (Brook, Brook, Richter, Whiteman, 2006: 265-289).

4.3.2. Prevencija zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u osnovnim školama

Programi prevencije u osnovnim školama se odnose na sve one aktivnosti u koje su uključeni ne samo djeca nego i roditelji i nastavni kadar u cilju osnaživanja kapaciteta učenika kako bi se jačale veze između samih učenika kao i njihove individualne vezanosti za školu (A Practitioner's Guide to Science-Based Prevention, 2002).

Toumbourou i saradnici se zalažu za programe koji će podsticati pozitivne interpersonalne odnose u školi i pripremiti mlade za prelaz iz osnovne u srednju školu (Toumbouro. Et.al., 2004: 3-22).

U Crnoj Gori učenici završnih razreda osnovne škole obaveznisu da imaju i neki od 36 izbornih predmet. Jedan od njih je „Zdravi stilovi života“ koji je „namijenjen učenicima VIII ili IX razreda i uči se 2 časa nedeljno. Nastava iz predmeta Zdravi stilovi života se realizuje u homogenim (sa učenicima/ama VIII ili IX razreda) ili heterogenim grupama sastavljenim od učenika VIII i IX razreda“. Nastavu realizuju nastavnici biologije, pedagozi ili psiholozi koji su obučeni kako bi „stekli osnovna znanja iz sadržaja predmeta i potrebne metodičke vještine za realizaciju ciljeva programa“. U okviru ovog predmeta, obrađene su teme iz oblasti zdravlja, prevencije i zdravih stilova života.

Cilj uvođenja ovog predmeta je „da se razviju pozitivni stavovi o zdravlju, doprinese razumijevanju važnosti zdravlja, i da se mladima pomogne u ovladavanju vještina zdravog načina života“. Učenjem ovog predmeta „mlade treba podstaći na aktivno i kompetentno djelovanje u pravcu očuvanja i unapređivanja vlastitog zdravlja, zdravlja drugih ljudi i zdravlja životne sredine uopšte. Pored opštih ciljeva, učenjem ovog predmeta treba da se obezbijedi ostvarivanje specifičnih ciljeva: usvajanje osnovnih znanja o funkcionisanju ljudskog organizma, zdravlju, uzrocima i načinima sprečavanja/prevencije najčešćih bolesti i značaju sopstvene odgovornosti za vlastito zdravlje i zdravlje okoline; podsticanje razvoja pozitivnih stavova prema zdravim životnim stilovima kao uslovima očuvanja i unapređenja sopstvenog zdravlja, zdravlja drugih osoba i okoline; razvoj komunikacionih vještina, vještina samospoznaje, vještina i tehnika za donošenje odgovornih odluka, vještina za analizu i izbor sopstvenih životnih vrijednosti i vještina i tehnika za suočavanje sa stresnim situacijama i pružanje otpora pritisku okoline i vršnjaka; omogućavanje učenicima/ama da u školskom okruženju primjenjuju stečena znanja i vještine kao podsticaj razvoju svijesti prema pravima i ličnoj odgovornosti za sopstveno zdravlje i zdravlje drugih osoba te konstruktivnom odnosu prema prirodnoj okolini u kojoj će se osjećati zdravo i bezbjedno; funkcionisanje ukupnog školskog okruženja i ostalih učesnika vaspitno-obrazovnog procesa na način koji podstiče ostvarivanje navedenih ciljeva“ (Zavod za školstvo Crne Gore, 2010).

4.3.3. Prevencija zavisnosti od psihoaktivnih supstanci u srednjim školama

U srednjim školama se više vremena posvećuje edukaciji o prevenciji u odnosu na osnovnoškolsko razdoblje (Anderson, Aromaa, Rosenbloom, 2006).

Preventivne aktivnosti se „sprovode kroz primjenjivanje različitih vještina koje olakšavaju proces prilagođavanja učenika na tranzicioni period iz osnovne u srednju školu, kroz druženja učenika unutar iste vršnjačke grupe i pomoći i podrške nastavnog kadra kako bi se omogućilo bolje emocionalno prilagođavanje učenika u razdoblju tranzicije, uključenost u školske aktivnosti, bolje školsko postignuće, niža stopa delikvencije i zloupotrebe droga“ (A Practitioner's Guide to Science-Based Prevention, 2002).

U Crnoj Gori Nacionalni savjet za obrazovanje je 2011. godine donio je odluku da se uvede jednogodišnji izborni predmet „Zdravi stilovi života“ u I ili II razredu gimnazije, u „cilju da djeca i mladi nauče da pronalaze pouzdane informacije o zdravlju i zdravstvenim uslugama, iste razumiju i koriste kako bi donosili odgovorne odluke o svom zdravlju. Kroz navedeni kurikulum, djeca i mladi se podstiču da usvoje i razvijaju čitav spektar vještina (npr. kritičko mišljenje, odgovorno odlučivanje, efektivna komunikacija, kontrola stresa), koje će doprinosti čuvanju i unapređivanju zdravlja tokom cijelog života“.

Obrazovanje djece i mladih o zdravlju i zdravom načinu života najefektivnije je: „kada je dio kurikuluma, kada je kontinuirano (tokom cijelog školovanja), kada se realizuje strategijama koje podstiču iskustveno i participatorno učenje, a zatim i kada je razvojno prilagođeno i podržano komplementarnim programima i mjerama u samoj školi i kroz partnerstvo škole, roditelja i lokalne zajednice“.

Opšti cilj programa je: „da se učenici/e osposobe da pronalaze i koriste relevantne i pouzdane informacije o zdravlju, da znaju da ih kritički procjenjuju i koriste kada odlučuju o svom zdravlju, kao i da izgrade osnovne kompetencije koje doprinose očuvanju i unapređenju zdravlja“.

Specifični ciljevi predmeta su da „učenici/e: prošire prethodna i steknu nova funkcionalna znanja iz oblasti zdravlja i zdravih stilova života; razumiju uzroke i posljedice najčešćih rizika po zdravlje u adolescenciji, da nauče da procjenjuju rizike i razumiju načine kako ih mogu smanjiti ili izbjeći; poznaju usluge koje su im dostupne i načine njihovog obezbjeđivanja; razvijaju, usavršavaju postojeće i praktikuju nove vještine, koje su dio neophodnog repertoara životnih vještina i vještina za održavanje cjelokupnog zdravlja; razviju pozitivne stavove prema zdravim stilovima života i prema sopstvenoj odgovornosti za svoje zdravlje; razumiju svoju ulogu i odgovornost u stvaranju i održavanju zdrave sredine, kao i da pokažu inicijativnost i preduzimljivost u tome“ (Zavod za školstvo Crne Gore, 2011).

Što se tiče psihoaktivnih supstanci, u okviru ovog predmeta učenici uče rizike, koje su osnovne vrste psihoaktivnih supstanci, koji su rizici za započinjanje korišćenja, da nauče koje su vještine potrebne za procjenu rizičnih situacija, kao i koje su mogućnosti „informisanja, prevencije, liječenja i rehabilitacije zavisnosti“ (Zavod za školstvo, 2011).

4.3.4. Prevencija zavisnosti od psihoaktivnih supstanci kod studentske populacije

Iako se kroz literaturu najčešće navodi da je adolescencija period u kome najčešće započinje sa konzumacijom psihoaktivnih supstanci, pojedini autori smatraju i da je studentski period takođe „osjetljiv“ te da zbog različitih razloga kao što su: odlazak iz porodičnog doma, prilagođavanje novoj sredini, strah od nepoznatog, želja za samostalnošću, neprilagođenost novoj sredini, mogu doprinijeti pojavi zavisnosti (Larimer, Kilmer, Lee, 2005: 431-456).

Za efikasne školske programe prevencije značajna je saradnja sa roditeljima i širom lokalnom zajednicom putem edukacije zaposlenih u sistemu obrazovanja (Hawks, Scott, McBride, 2002).

Od studijske 2017/18. godine na osnovnim akademskim studijama Fizička kultura i zdravi stilovi života Univerziteta Crne Gore, uveden je modul „Zdravi stilovi života“, dok je na nivou Master studija uveden studijski program „Fizička kultura i zdravi stilovi života“.

Na Fakultetu političkih nauka na osnovnim studijama u okviru predmeta „Socijalni rad u zdravstvu“ i „Socijalna medicina“ takođe se izučavaju se bolesti zavisnosti, dok se u okviru predmeta „Grupni socijalni rad“ jedan dio praktičnog djela nastave obavlja u udruženju Anonimni narkomani u Podgorici što je od izuzetnog značaja jer edukacija socijalnih radnika kroz praktičan rad u ovoj oblasti je od velike važnosti u procesu sticanja znanja u oblasti prevencije kao i za rad sa korisnicima psihoaktivnih supstanci u tretmanu.

4.4. *Uloga lokalne zajednice*

Preventivni programi u lokalnoj zajednici podrazumjevaju „skup aktivnosti koje se organizuju u određenoj regiji ili gradu, a usmjerene su prema mladima, njihovim roditeljima, stručnjacima raznih profila te različitim vrstama ustanova“ (Burkhart, Matt, 2003).

Preventivni programi u okviru lokalne zajednice su „orijentisani ka opštoj populaciji i porodici i uključuju intenziviranje aktivnosti za djecu i mlade ljude koji predstavljaju rizičnu kategoriju za zloupotrebu droga“. Kako bi bili efikasni, ovi programi moraju biti multidisciplinarni, što podrazumijeva saradnju između sistema socijalne zaštite, obrazovnog, vaspitnog, zdravstvenog, nevladinih organizacija i medija, omladinskih i sportskih klubova kako bi se osnažili kapaciteti mladih ljudi kako bi što ranije prepoznali rizici i izgradila zdrava i odgovorna ličnost (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020).

U cilju postizanja što efikasnije prevencije, programi prevencije treba da budu povezani sa ostalim programima u okruženju, a naročito sa školskim i porodičnim (Mendes, et.al, 1999).

4.5. *Uloga medija*

Masovni mediji imaju dugu tradiciju u preventivnim aktivnostima u vezi zlopotrebe droga i u značajnoj mjeri pospješuje razvoj saznanja o drogama (Flay, Sobel, 1983: 5-35). Veliki broj naučnih dokaza ide u prilog činjenici da mediji imaju značajan pozitivan uticaj na promjenu znanja i stavova kao i na ponašanje u vezi sa zdravljem (Palmgreen, Donohew, 2003: 27-43). Pozitivna strana preventivnih aktivnosti koje se sprovode kroz medije su popularnost, dostupnost i činjenica da poruke stižu do velikog broja ljudi. Brojna istraživanja su potvrdila da na formiranje stereotipa o zavisnicima mediji imaju značajan uticaj s obzirom da „vizuelni mediji, odnosno televizija, fotografije iz štampe, budući da se izgled oboljelog javlja kao jedna od prve tri oznake, a kod slike o narkomanima na prvom mjestu“ (Opalić, 2008).

Mediji imaju značajnu ulogu u unaprijeđenju nivoa informisanosti i znanja o štetnim zdravstvenim i socijalnim posljedicama, rasprostranjenosti bolesti zavisnosti, mogućnostima efikasnog liječenja, rehabilitacije, smanjenju negativnih posljedica, uključujući stigmatizaciju i socijalnu izolaciju, ali i promociji zdravih stilova života u okviru zajednice. Mediji u okviru svojih aktivnosti sprovode aktivnosti usmjerene na senzibilisanje i mobilizaciju javnosti, podizanje stepena interesovanja, informisanosti i znanja, razvijanje podsticajne klime za promjenu stavova i ponašanja ljudi, razvijanje osjećanja odgovornosti za sopstveno zdravlje, kao i zdravlje društva u cjelini (Ghosh et al, 2004: 268-270).

Osnovni principi medijskih kampanja su: učestalo i prolongirano izlaganje što šireg auditorijuma odgovarajućoj poruci, medijske kampanje koje imaju veliki domet i frekvenciju, odnosno dopiru do velikog dijela auditorijuma, da prosječan broj izlaganja pripadnika auditorijuma porukama bude što veći (Palmgreen, Donohew, 2003: 27-43). Jedan od preduslova za efektivnu i efikasnu diseminaciju preventivnih poruka je targetiranje određene ciljne populacije tj. onima kojima su informacije najpotrebnije (Milošević, 2015: 207-224). Mediji u preventivnim aktivnostima imaju značajnu ulogu jer mogu slati mladim ljudima pozitivne poruke, koje nisu senzacionalističke i koje ne podilaze marketinškim pritiscima. Njihova široka dostupnost ih čini jako uticajnim i to je razlog zašto oni predstavljaju značajnu kariku u promovisanju zdravih stilova života, pozitivnih stavova i ponašanja sa jedne strane dok sa druge strane imaju značajnu ulogu da ukažu na negativna ponašanja kod mladih ljudi (Mugoša, 2008: 121).

5. Tretman korisnika

Pod tretmanom se podrazumjevaju „sve strukturirane intervencije, farmakološke i/ili psihosocijalne, usmjerene na pomoć osobama koje koriste droge sa ciljem unapređenja njihovog psihološkog, medicinskog i socijalnog statusa“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Kod tretmana je značajno da je „usmjeren na unapređenje interpersonalnih odnosa i životih situacija koje se sprovode kroz individualni i grupni rad, savjetodavne intervencije, edukacije, grupe samopomoći itd“. (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Obzirom da je zavisnost „hronična recidivirajuća bolest, kod većine zavisnika liječenje i rehabilitacija zavisnosti je dugotrajan, često i doživotan proces koji se sprovodi kroz različite oblike specijalizovanih programa“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga 2012- 2017, 2012). Kada se govori o tretmanu, pristup bi trebao isti kao i kod drugih hroničnih, nezaraznih bolesti (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Cilj liječenja je „da se što prije detektuje što veći broj zavisnika kako bi se uspostavio stručni nadzora u okviru zdravstvenog i socijalnog sistema“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga 2012– 2017, 2012).

Temeljna načela državne politike tretmana zavisnika koje u ovom postupku treba poštovati su:

- „otkrivanje zavisnika u što ranijoj fazi bolesti;
- omogućavanje adekvatnog liječenja što većeg broja osoba;
- zavisnike kod kojih se započne tretman treba što duže zadržati pod stručnim medicinskim nadzorom;
- mnogim zavisnicima je potrebno doživotno liječenje;

- programi tretmana trebaju biti lako dostupni;
 - pristup bez stigmatizacije i diskriminacije što prihvatljiviji korisnicima usluga;
 - pristup svakom bolesniku treba biti prilagođen potrebama bolesnika prema kliničkoj slici bolesti, motivaciji, dobi, polu, socijalnim uslovima i drugim karakteristikama zavisnika i
- za nemotivisane zavisnike osigurati posebne programe “niske zahtjevnosti” (osiguranje intervencija koje će smanjiti smrtnost, smanjiti pojavu drugih bolesti i drugo)“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga 2012-2017, 2012).

Najvažniji postupci u tretmanu zavisnika su:

- 1) „farmakoterapija;
- 2) psihoterapijski postupak i osnaživanje porodice;
- 3) strategija za prevenciju recidiva;
- 4) prevencija infekcija (HIV, virusni hepatitis, sifilis) što uključuje i testiranje;
- 5) socijalne intervencije, podrška mjerama socijalne reintegracije;
- 6) terapija komorbiditeta i
- 7) korištenje programa samopomoći (terapijske zajednice, komune, udruženja, nvo sektor)“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012-2017, 2012).

U Crnoj Gori tretman zavisnika od psihoaktivnih supstanci sprovodi se u okviru dva sistema. Za liječenje zavisnosti „nadležan je sistem zdravstvene zaštite dok se u okviru sistema socijalne zaštite sprovode mjere rehabilitacije usmjerene ka socijalnoj reintegraciji i održavanju postignute apstinencije“. Pomoć i usluge obuhvataju“ postupke i mjere kao što su detekcija, dijagnostika, urgentne intervencije, detoksikacija, psihofarmakološko liječenje osnovne bolesti i komorbiditeta, produženo liječenje, socijalna rehabilitacija i resocijalizacija, obezbjeđenje stalne stručne pomoći, savjetovanje, prevencija, saniranje i smanjenje štetnih posljedica nastalih zloupotrebom droga, praćenje, kao i porodična terapija“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Multidisciplinarni pristup u tretmanu je značajan zbog „sveobuhvatnog liječenja, rehabilitacije i reintegracije liječenih zavisnika u društvenu zajednicu“. U odnosu na potrebe korisnika, u tretman su uključeni stručnjaci iz različitih oblasti i to: „psihijatri, ljekari iz oblasti mentalnog zdravlja, socijalni radnici, psiholozi, socijalni pedagozi, radni terapeuti“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga 2012-2017, 2012).

Za tretman je značajan individualan pristup koji se sprovodi u odnosu na zdravstveno stanje kao i potrebe korisnika (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Posebni ciljevi u području liječenja i rehabilitacije su:

- „Podsticati edukaciju kadra u javnozdravstvenom sektoru u cilju prevencije zavisnosti kod mladih kao i sprovođenja tretmana kod zavisnika;
 - Unaprijediti aktivnosti usmjerene ka destigmatizaciji i resocijalizaciji zavisnika;
 - Planirati specifične programe liječenja i psihosocijalnog tretmana;
 - Povećati kapacitete za bolničko liječenje bolesti zavisnosti;
 - Poboljšati saradnju službi unutar zdravstvenog sistema zbog komorbiditeta, kao i saradnju sa drugim sistemima (socijalnim, pravosudnim) i
- Podsticati osnivanje terapijskih zajednica za maloljetnike“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga 2012-2017, 2012).

Osim medicinskog (bolničkog i vanbolničkog liječenja) i socijalnog tretmana zavisnika u Crnoj Gori značajnu ulogu u procesu liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije imaju i NVO organizacije (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Bolest zavisnosti u sebi nosi diskvalifikacije u pogledu obrazovanja, socijalnog ponašanja, adaptivnosti na realnost. Pri pokušajima liječenja hronične bolesti zavisnosti mora se uzeti u obzir činjenica da bivši zavisnici često osjećaju difuzno rasprostranjen bijes zbog stalnih poraza i neuspjeha, tendencije ka samoubistvu, bespomoćnosti i bezvrijednost. Osnova ovog osjećaja je u teško poremećenim odnosima na relaciji

pojedinaac i društveni kontekst i takvim osobama egzistencija izleda prazno (Petrović, 2006: 155).

Za zavisnika motivacija za liječenje je značajna da bi se mogao započeti tretman. Međutim ona fluktuirala iz dana u dan. Zavisnici su često destimulisani ponuđenim tretmanima i terapijskim programima, neodlučni, teško prihvataju apstinencijalni sindrom (Petrović, 2006: 232-237).

5.1. Liječenje u zdravstvenom sistemu

Preduslov za otpočinjanje postupka liječenja zavisnika je uspostavljanje apstinencije koja predstavlja prvi korak ka postizanju potpune rehabilitacije i resocijalizacije. Naredni korak podrazumjeva sve aktivnosti koje se sprovode na rješavanju zdravstvenih, socijalnih i ostalih svakodnevnih problema koje su nastale kao posljedica višegodišnjeg konzumiranja droga.

U Crnoj Gori proces liječenja bolesti zavisnosti se sprovodi bolničkim i vanbolničkim ustanovama. U cilju što efikasnijeg liječenja, saradnja između pružaoca usluga tj. zdravstvenih radnika i korisnika je od velikog značaja.

Master plan razvoja zdravstva do 2020. definisao je osnove zdravstvene politike, koje su usklađene sa međunarodnom zdravstvenom politikom. Prioritet je „osiguravanje dostupne i sveobuhvatne zdravstvene zaštite polazeći od stava da je zdravlje stanovništva od opšteg društvenog interesa i najznačajniji resurs društvenog razvoja“. Opšti ciljevi zdravstvene politike su: „produženje trajanja života, poboljšanje kvaliteta života u vezi sa zdravljem, smanjenje nejednakosti u zdravlju“ (Master plan razvoja zdravstva Crne Gore 2015-2020, 2015).

Zdravstvena zaštita se pruža na tri nivoa i to na sljedeći način. Primarna zdravstvena zaštita je fokusirana na liječenje i promociju zdravlja, dok se na sekundarnom i tercijarnom nivou pružaju usluge liječenja u okviru ambulanti kao i liječenje hospitalizovanih pacijenata. Osnovni principi zdravstvene zaštite su: „dostupnost,

univerzalnost, jednakost, kvalitet i efikasnost“ (Master plan razvoja zdravstva Crne Gore 2015-2020, 2015).

5.1.1. Primarna zdravstvena zaštita

U Crnoj Gori primarna zdravstvena zaštita za korisnike droga se sprovodi kroz osamnaest (18) domova zdravlja u zemlji i to u njihovim Centrima za mentalno zdravlje i psihijatrijskim ambulantama.

Primarna zdravstvena zaštita je prvi nivo na kom građanin ostvaruje zdravstvenu zaštitu i preko kog se uključuje u proces zdravstvene zaštite na drugim nivoima. Zdravstvena ustanova dom zdravlja je referentni centar primarne zdravstvene zaštite. Izabrani doktor sprovodi preventivne programe i preglede za određenu populaciju, radi sa pojedincima na promovisanju novog stila života u cilju suzbijanja zavisnosti i radi sa članovima porodice u vezi sa psihološkim potrebama pacijenata (Grbović, 2008: 9-19).

Domovi zdravlja zadovoljavaju „potrebe za promocijom zdravlja, prevencijom bolesti i liječenjem“. Takođe korisnik ima pravo da mu se pruže usluge iz zdravstvene zaštite posjetom izabranog doktora u kući pacijenta, odnosno kroz patronažnu posjetu hroničnom bolesniku oboljelom od bolesti zavisnosti (Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2014).

U okviru Centara za podršku u domovima zdravlja postoji Centar za prevenciju koji svoje aktivnosti sprovodi kroz Populaciono savjetovalište i Savjetovalište za mlade (adolescente, omladinu i mlade).

U Populacionom savjetovalištu sprovodi se „grupni zdravstveno-vaspitni i vaspitni rad sa populacijom u cilju suzbijanja bolesti zavisnosti“.

Savjetovalište za mlade je „organizaciona cijelina Centra za prevenciju domava zdravlja u za to adekvatno opremljenom prostoru, sa sadržajima u kojima se prepoznaju svi savremeni pristupe ovoj vurneabilnoj kategoriji stanovništva“.

Uloga Savjetovališta za mlade je „preventivno djelovanje i upoznavanje mladih sa bitnim karakteristikama razvoja u periodu adolescencije, teškoćama i problemima sa kojima se suočavaju u tom period, kao i sa načinima izbjegavanja i prevazilaženja tih teškoća“.

Rad savjetovališta odvija se kroz „individualni i grupni rad, predavanja i tribinama po školama i aktivnostima u lokalnoj zajednici“. U savjetovalištu mogu da rade izabrani doktori kroz individualni i grupni zdravstveno-vaspitni i vaspitni rad za ovu populaciju.

Centar za mentalno zdravlje (CMZ) je sastavni dio doma zdravlja. Organizovani su na regionalnom principu. U Centru za mentalno zdravlje zdravstvena zaštita se obavlja po uputima izabranog doktora ali i bez uputa (Grbović M, 2008: 54).

Centri za mentalno zdravlje domova zdravlja pružaju psihijatrijske, psihološke, socijalne kao i usluge iz mentalnog zdravlja. Bave se „prevencijom, dijagnostikom, liječenjem i rehabilitacijom mentalnih poremećaja što podrazumjeva i prevenciju i liječenje bolesti zavisnosti“.

CMZ je formiran kao podrška izabranom doktoru u okviru primarne zdravstvene zaštite. Tim čine: „ljekar specijalista (neuropsihijatar/psihijatar), medicinska sestra, psiholog i socijalni radnik“. Tim radi na principu multidisciplinarnosti, u skladu sa potrebama korisnika.

Centri za mentalno zdravlje u okviru domova zdravlja sprovode supstitucionu terapiju u cilju smanjenja štete (metadon, buprenorfin), skrining u cilju ranog prepoznavanja zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i niz preventivnih aktivnosti iz polja svoje nadležnosti (Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2014).

5.1.2. Sekundarna zdravstvena zaštita

U toku liječenja mnogim zavisnicima je neophodno osigurati hospitalne intervencije u specijalizovanim bolničkim programima. Na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite,

liječenje se obavlja „na posebnim odjeljenjima i u psihijatrijskoj bolnici (detoksikacija, tretman kriznih stanja, tretman zavisnosti kod pacijenata/kinja sa komorbiditetom, terapijske grupe liječenih zavisnika, itd.)“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Sve opšte bolnice u Crnoj Gori imaju jedinice za detoksikaciju. Kako je postupak liječenja složen, on bi trebao da bude klasifikovan kao poseban, i definisan protokolom i regulisan od strane ministarstva nadležnog za oblast zdravstvene zaštite. Protokol i smjernice moraju sadržavati „indikacije i kriterijume za ulazak ili napuštanje programa, vrste programa, stopu receptata za terapijske doze, profile stručnjaka zaduženih za različite djelove terapijskog postupka, metodu uzimanja lijekova, vođenje evidencije i stručni nadzor nad implementacijom programa, kao i evaluaciju programa“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Specijalna bolnica za psihijatriju u Kotoru

Po prijemu u bolnicu, pacienti prolaze programe liječenja koji uključuju: „psihofarmako-terapijsku obradu; psiho-socio-dinamske programe, individualni psihoterapijski rad s bolesnicima; socijalno psihijatrijsku podršku koja uključuje komunikaciju sa porodicom, radnim organizacijama i nadležnim centrima za socijalni rad“ (Medical CG, 2015: 129-130).

Liječenje u bolnici se može sprovoditi na osnovu dobrovoljne hospitalizacije ili po nalogu nadležnog suda kada se pacijentu izriče „mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi odnosno mjera bezbjednosti obaveznog liječenja narkomana ili alkoholičara“ (Medical CG, 2015: 174-175).

Opšta bolnica Nikšić i Opšta bolnica Bijelo Polje

Za razliku od drugih pet opštih bolnica u Crnoj Gori, opšte bolnice u Nikšiću i Bijelom Polju imaju odjeljenja za psihijatriju pored, zakonom definisanih obaveznih odeljenja (hirurgija sa operacionim blokom, interno, pedijatrija i ginekologija sa porodilištem i

porodajnom salom). Odjeljenje pruža akutnu bolničku njegu pacijentima sa bolestima zavisnosti. Liječenje obično traje do 3 nedelje, uoliko kod pacjenta postoji motivacija. Međutim, ukoliko ne postoji, obično se pacijent u bolnici zadržava samo u periodu apstinencijalne krize, nakon čega mogu potražiti pomoć na nivou primarne zdravstvene zaštite.

5.1.3. Tercijarna zdravstvena zaštita

Tercijarna zdravstvena zaštita se sprovodi unutar Kliničkog centra Crne Gore. Psihijatrijska klinika je u sastavu Kliničkog centra Crne Gore, otvorenog je tipa. Za prijem i otpust pacjenta je značajna njegova saglasnost. Klinika ima odjeljenje za liječenje bolesti zavisnosti, gdje se pacijenti hospitalizuju kao i ambulantu (Juventas, Centar za monitoring i istraživanje – CeMI, Open Society foundation, 2013: 30-32).

5.2. Tretman u socijalnom sektoru - rehabilitacija i reintegracija

Čest je slučaj da zavisnici nakon završenog liječenja imaju poteškoće da se uspješno uklupe u socijalni milje kao posljedica stigme koja postoji u društvu, nedostatka podrške porodice i šire socijalne sredine, što može imati za posljedicu vraćanju zavisničkom načinu života nakon tretmana.

Često se bivši zavisnici ne mogu uklopiti u društvenu zajednicu zbog marginalizacije i stigmatizacije (Vučković, 2009: 72-77). U najširem smislu u socijalnom sektoru se sprovode „aktivnosti koji omogućavaju društveno uključivanje i afirmaciju kroz različite aktivnosti iz područja rada, sporta i drugih društvenih aktivnosti“ (Vlada Republike Hrvatske, 2016).

Zdravstveni i socijalni sistem se moraju nadovezivati u smislu da nakon liječenja u zdravstvenom sistemu korisnik ima adekvatan tretman u sistemu socijalne zaštite kako bi se osigurala apstinencija i rehabilitacija (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Rehabilitacija i resocijalizacija predstavljaju skup aktivnosti i mjera kojima se bivšim zavisnicima pomaže u uključivanju u različite oblike društvenog života, smanje štetne posljedice nastale dugogodišnjim konzumiranjem droga i poboljša kvalitet života. Nesiguran smještaj, nezaposlenost, moguć boravak u zatvoru u prošlosti su indikatori socijalne isključenosti koji karakterišu veliki broj bivših zavisnika. Višestruke potrebe koje imaju stavljaju socijalni i zdravstveni sistem pod izazovom da pronađu odgovore u rješavanju različitih potreba bivših zavisnika. Socijalna reintegracija se smatra za važnu determinantu uspjeha dugoročnog tretmana. Stvaranje novih mogućnosti za završetak školovanja i prekvalifikaciju su dio procesa socijalne reintegracije (Vučković, 2009: 90).

Rehabilitacija i resocijalizacija bivših korisnika psihoaktivnih supstanci su usmjerene na unapređivanje kako samih psiholoških procesa kod pojedinca tako i njihovih odnosa sa socijalnom sredinom (Woods, Hollis, 2000).

Intervencije na socijalnom nivou „uključuju pomoć u osnovnim životnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj i zapošljavanje, ali i osnovnu brigu o zdravlju, prijateljstvu, zajedništvu i sreći te grupe samopomoći“ (Drummond, Perryman, 2007).

Zato su prioriteti u socijalnom sektoru:

- „Pomoć zavisnicima u završavanju osnovnog, srednjeg obrazovanja ili prekvalifikaciji;
- Sprovođenje programa stručne prekvalifikacije u skladu sa stručnom spremom kao i potrebama na tržištu rada;
- Podsticanje programa zapošljavanja zavisnika;
- Podsticanje ponovnog uključivanja u društvo osoba koje su izdržavale kazne u zatvora;
- Podsticanje socijalne uključenosti zavisnika koji su na supstitucionoj terapiji i
- Osnivanje stambenih zajednica za zavisnike nakon rehabilitacije“ (Vučković, 2009: 90).

Cilj rehabilitacije i resocijalizacije je prekid destruktivnog i autodestruktivnog ponašanja; promjene u ličnom, društvenom i porodičnom nivou, uspostavljanje socijalnih, emotivnih, moralnih kompetencija, uspostavljanje i jačanje socijalnih mreža, prevencija recidiva i povratak u porodicu i širu društvenu zajednicu (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Postoje brojni izazovi koji mogu biti kočnica uspješnom tretmanu, a uključuju akutni i hronični gubitak socijalne podrške. Zato su socijalne intervencije preduslov za efikasan tretman bolesti zavisnosti, jer u svakom tretmanu postoje određene „akutne i hronične kočnice“ koje mogu da ometaju proces rehabilitacije i resocijalizacije (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014). Resocijalizacija i rehabilitacija su logičan slijed nakon medicinskog liječenja i veoma važan faktor u oporavku liječenih zavisnika. S obzirom na društvene okolnosti: „ekonomsku krizu i socijalne isključenosti, uključivanja u društvo i tržište rada socijalno rizičnih grupa često su otežani“ (Izvešće o evaluaciji Projekta resocijalizacije zavisnika o drogama, 2015).

Glavni očekivani ishodi (rezultati) psihosocijalnog tretmana:

- „uspostavljanje i održavanje apstinencije;
- pojačavanje učinkovitosti farmakoterapije;
- smanjenje učestalosti relapsa;
- retencija u tretmanu i
- promjena stila života i poboljšanje kvaliteta života“ (Malhotra et al, 2005).

Jako je značajno da sve intervencije socijalne rehabilitacije i resocijalizacije budu „dostupne, pristupačne i da imaju široku pokrivenost kako bi bile što efikasnije“ (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

Javna ustanova za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica je „specijalizovana ustanova za tretman bolesti zavisnosti u Crnoj

Gori“. Osnovana je 2008. godine od strane Skupštine Glavnog grada Podgorica. Do 2015. godine kapaciteti Javne ustanove su bili predviđeni samo za zavisnike, a od decembra 2015. godine osposobljeni su i kapaciteti za zavisnice.

Tretman bolesti zavisnosti u Javnoj ustanovi podrazumijeva ne samo uspostavljanje apstinencije već i promjenu životnog stila.

Tretman u Javnoj ustanovi se sastoji od dvije faze. U prvoj fazi koja podrazumjeva boravak u ustanovi najmanje dvanaest mjeseci (rezidencijalni boravak) sprovode se mjere i aktivnosti koje su usmjerene na rehabilitaciju i resocijalizaciju. Nakon otpusta, klijent prolazi kroz tkz. nerezidencijalnu fazu u istom trajanju tokom koje pokazuje da li je usvojio sve društveno prihvatljive forme ponašanja (Medical CG, 2015: 129-130).

Javna ustanova za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci je povezana sa sistemom zdravstvene zaštite obzirom da pruža stacionarni tretman zavisnicima u okviru sistema socijalne zaštite. U okviru jednogodišnjeg boravka u ustanovi, klijentima se pružaju usluge rehabilitacije i resocijalizacije koji podrazumijevaju individualnu, grupnu, radno-okupacionu terapiju i rad sa porodicom klijenta (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013-2020).

U cilju unapređenja zdravstvene zaštite, značajno je dalje razvijati „programe rehabilitacije i podrške zavisnicima i njihovim porodicama kao i programe samopomoći koje pružaju organizacije civilnog društva i komune a u cilju širenja dostupnosti i pokrivenosti različitim uslugama liječenja korisnika/ca droga“.

Multisektorska saradnja na polju tretmana bolesti zavisnosti u okviru zdravstvenog i socijalnog sistema je od izuzetnog značaja za postizanje pružanja što kvalitetnijih usluga u ovoj oblasti. S obzirom da je mali broj specijalizovanog kadra za rad sa bolestima zavisnosti potrebno je sprovesti edukaciju psihijatara, socijalnih radnika, socijalnih pedagoga, psihologa kako bi se obezbjedilo pružanje kvalitetnijih usluga liječenja i rehabilitacije (Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga, 2013).

5.2.1. Rehabilitacija

U postupku liječenja zavisnosti rehabilitacija povećava uspjeh u cjelovitom tretmanu zavisnika i predstavlja nužni dio liječenja. To je kontinuiran proces tokom kojeg bivši zavisnici kroz pomoć i podršku unaprijeđuju svoje ponašanje u društveno prihvatljivo.

Cilj rehabilitacije da se postigne što veći stepen funkcionalnosti i minimalizuje mogućnost recidiva. To je neprekidan proces koji će omogućiti da se zavisnik ne osjeća odbačeno i zaboravljeno i da rezultira prihvatanjem novih normi i standarda ponašanja. Bolest zavisnosti u sebi nosi diskvalifikacije u pogledu socijalnog ponašanja, adaptivnosti na realnost, prepreke u vidu diskriminacije, predrasuda, neznanja što predstavlja veliku prepreku u rehabilitaciji. Motivacija je snažan indikator za uspjeh u rehabilitaciji te se za svakog zavisnika mora razviti individualan pristup i podsticaj u učvršćivanju motivacije (Petrović, 2006: 232-237).

Tretiranje kroz proces rehabilitacije omogućava promjenu stila života i usvajanje novih zdravih navika kako bi apstinencija postala stil života a ne samo nekonsumacija droge. Njome se podstiču promjene u ponašanju koje podrazumjevaju preuzimanje odgovornosti za svoje postupke, mjenjanje navika i eliminacija neprihvatljivog ponašanja kroz razvijanje ličnih potencijala.

Na početku rehabilitacije potrebna je intenzivna psihosocijalna podrška u pravcu osposobljavanja da se bivši zavisnik aktivno uključi u društveni život zajednice (Vučković, 2009: 90).

Procesom rehabilitacije zavisnik se osposobljava da se samostalno suoči sa životnim problemima i koristi svoje potencijale kako bi ublažio lične slabosti i razvio svoje snage u svrhu ličnog napredovanja. Glavni cilj je naučiti pojedinca vještinama samopomoći kako bi došao do cilja, a cilj je rješenje (ili barem smanjenje intenziteta i trajanja) problema. Rehabilitacija je usmjerena na aktiviranje, reaktiviranje ili mijenjanje čovjekovih psihičkih procesa (prvenstveno emocija, mišljenja i motivacije) i kao i ponašanja (Brlas, 2011: 4).

U rehabilitaciji se naglašava učenje, rješavanje problema, donošenje odluka, uz pružanje podrške pojedincu u kriznim situacijama (Arambašić, 1996: 63-86).

Proces rehabilitacije se sprovodi kroz individualne, grupne, porodične i radno-okupacione terapije kao i sportske aktivnosti.

Individualni rad

Cilj individualnog rada je da pojača motivaciju kod zavisnika, razvije pozitivne vrijednosti i podstakne dalju apstinenciju (Petrović, 2006: 232-237). Ovaj tretman je usmjeren na „emocionalne, socijalne, edukacijske, zdravstvene, organizacijske i razvojne okolnosti“ (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Thorne i Mearns (2010: 130) savjetovanje definišu kao dugotrajan proces koji započinje zbog „postojanja nekoga problema koji je neophodno riješiti, razvija se procesima i razgovorima sa drugima i samim sobom, a završava egzistencijalnim procesom prilagođavanja na novonastale okolnosti“. McLeod (McLeod 2001, prema Ratkajec Gašević, 2012: 74) zbog „raznolikosti vrsta i svrhe savjetovanja ističe veliku varijabilnost u definisanju ciljeva istog: samouvid, samosvijest, samoprihvatanje, samoaktualizacija, rješavanje problema, psihološko obrazovanje, sticanje socijalnih vještina, kognitivna, ponašajna i sistemska promjena, osnaživanje i restitucija“.

Kroz individualni rad zavisnik se osposobljava za samostalno suočavanje sa životnim problemima kroz iskorišćavanje sopstvenih potencijala kako bi ublažio vlastite slabosti i razvio snagu za daljim napredovanjem. Za individualni rad je značajno da ne podrazumjeva „puko savjetovanje od strane edukovanog kadra već podrazumjeva primjenu metoda i tehnika kojima se nastoji pomoći pojedincu da dođe do cilja, a to je rješenje problema“ (Corey, 2004: 5).

Tako Žganec (1995: 165-177) navodi da se u „individualnom radu stavlja naglasak na klijenta u njegovom socijalnom kontekstu i da se on odnosi na rad sa socijalnim i

društvenim odnosima bitnim za psihičku dobrobit čovjeka i njegov lični razvoj“. Ajduković (1995: 8-9) smatra da je ovo „proces psihičkog i socijalnog osnaživanja pojedinca kako bi u sebi i svojoj neposrednoj okolini pronašao ili stekao snage i načine za uspješno suočavanje sa stresom i prevladavanjem krize i postepeno izgradio psihički zdrav način života, bez štetnih posljedica po sebe ili druge. Kod individualnog rada značajno je motivisati, olakšati i podržati zavisnike da sami izađu na kraj sa tegobama bilo koje prirode“.

Najvažniji segment individualnog rada je „pomoć u readaptaciji, socijalizaciji i prihvatanju realnosti, te pomoć korisniku u postizanju uvida u svoju bolest. Rezultati se ogledaju u apstinenciji, promjeni ponašanja, svladavanju prepreka u odnosima sa okolinom i uspješnom povratku u društvo“ (Brlek, Berc, Milić Babić, 2014: 62-70).

Veliki broj zavisnika navode da nemaju dobro mišljenje o sebi uz osjećaj krivice i manjak unutrašnje motivacije zbog prošlosti pa kontinuirani proces podrške ima za posljedicu da zavisnici počnu da vrijednuju sopstvene vrijednosti kojih ranije nisu bili svjesni i grade novi sistem vrijednosti. Nije rijedak slučaj da zavisnici imaju problema prilikom izražavanja pozitivnog mišljenja o sebi. Individualni rad omogućava zavisniku da radi na svom samopoštovanju i samopouzdanju, vještinama donošenja odluka, na razvoju motivacije. Empatija, razumjevanje i uvažavanje su od značaja u odnosu između klijenta i stručnog radnika ali je motivacija i želja klijenta da održi apstinenciju ključni za uspjeh rješavanja problema zavisnosti (Berc, Milić Babić, 2016: 62-70).

U radu sa zavisnikom polazi se od principa da je individualni rad stručna metoda podrške u prevenciji, razvoja i situacijskim izazovima pred kojima se nalazi pojedinac. Cilj je napredovanje tj. ostvarivanje potrebe za kvalitetnijim životom - životom bez zavisnosti (Berc, Milić Babić, 2016: 62-70).

Grupni rad

Tokom grupnog rada spovode se „intervencije koje za cilj imaju razvoj vještina donošenja odluka, mijenjanje stavova o drogama, kao i drugim važnim problemskim

područjima u životu pojedinca“. Kroz kontinuiranu podršku svih članova grupe, osobe počinju vrijednovati vlastite vrijednosti kojih prije nisu bili svjesni ili pak jačaju već otprije izgrađen sistem vrijednosti. Tokom grupnog rada sa apstinentima se radi na njihovom samopoštovanju i samopouzdanju jer nije rijetko da bivši zavisnici „doživljavaju sebe lošim ljudima koji su nanijeli zlo sebi i bližnjima“ (Brlek et.al, 2014: 62-70).

Grupna terapija omogućava da svaki pojedinac aktivno učestvuje u svom procesu rehabilitacije. Razmjenjivanjem ličnih iskustava drugih koji su bili u istoj ili sličnoj situaciji omogućava „bivšem zavisniku da spozna sebe i svoje ponašanje, kao i činjenicu da on nije jedini koji ima problem zavisnosti“. Cilj grupnog rada je da zavisnik upozna sebe i svoje probleme kroz upoznavanje drugih zavisnika (Car Čuljak, Culej, Dodić, 2013: 141-75).

Tokom grupnih terapija aktivnosti su usmjerene na „razvoj vještina donošenja odluka, mijenjanje stavova o drogama kao i drugim problemima“. Na taj način počinju se „vrijednovati vlastite vrijednosti kojih prije nisu bili svjesni, radi se na samopoštovanju i samopouzdanju i podsticanju vrijednosti njihovih ličnih kapaciteta kako bi izgradili pozitivan stav prema sebi“. Kroz grupni rad omogućava se „individualno osnaživanje jer se bivšim zavisnicima daje prilika da pruže podršku jedni drugima kao i da se međusobno razumiju i na taj način osnaže sebe“. Zavisnici često imaju poteškoće da se suoče sa svojim problemima, ali se lakše snalaze u prepoznavanju tih istih snaga kod drugih (Miljenović, 2010: 281-94).

Članovi grupe se uzajamno motivišu na „razvijanje stavova, percepcije i ponašanja koja utiču na upotrebu droga“. Osnovni cilj promjena je usvajanje novih normi ponašanja i preuzimanje odgovornosti za sebe i svoj oporavak. Zavisnost predstavlja naučen i ukorijenjen stil ponašanja i života, pa se kroz grupnu terapiju nastoje promijeniti životni stil i navike. Od posebnog je značaja da „svaki pojedinac promjeni način razmišljanja o drogama kao i o zavisnosti kao stilu života“. Kroz grupni rad zavisnici uče da prepoznaju značaj rehabilitacije „budu od koristi društvenoj zajednici i porodici“ (Smjernice za

psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Razvojem ličnih kapaciteta i potencijala, uz uspostavljanje novih društvenih veza stiču se preduslovi da bivši zavisnik prihvati nove forme ponašanja i živi život u apstinenciji (Barber, 1995; prema Motiečienė, 2010: 111-17).

Miljenović (2010: 281-94) navodi kako je za „postizanje osnažujuće komunikacije između članova kluba važno svakom članu osigurati priliku da izrazi lično iskustvo, da dobije povratne informacije ja–porukama te podsticanjem sopstvenih snaga i motivacijom za promjenom, što doprinosi razvoju međusobne podrške članova kluba“.

Kako bi uspio u donošenju odluka bitnih za kvalitetno funkcionisanje i stvaranje novih odnosa zasnovanih na povjerenju svakom članu grupe potrebno je pomoći u organizovanju aktivnosti u svakodnevnom životu (Motiečienė, 2010: 111-17).

Radat (2003) navodi da kroz slušanje iskustava starijih apstinenata, novi članovi pronalaze dio sebe u tim primjerima i mogućnost za realnije sagledavanje vlastite situacije, čime se u grupi doprinosi spontanom razvijanju povjerenja, poštovanja, podržavajućih odnosa, učenju novih socijalnih vještina, te se u novim članovima budi želja za promjenom i novim stilom života.

Grupne terapije su „model funkiconisanja grupa samopomoći koje predstavljaju neformalne organizacije sa ciljem da pruže potporu, praktičnu pomoć i podršku za članove koji dijele zajednički problem zavisnost o drogama“. Ove grupe svoj rad zasnivaju na Programu „12 koraka“, koji se pokazao kao izuzetno uspješan u radu grupa koje apstinenciju biraju kao način života (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Porodična terapija

Veliki broj istraživanja je ukazao na značaj porodičnih faktora za razvoj zavisnosti kao i važnost snažne emocionalne veze sa roditeljima i roditeljske podrške za postizanje promjena i tretmanskih ciljeva. Zato je preporuka da se „porodična terapija sprovodi kako bi se poboljšale vještine komunikacije članova porodice“ (NSW Health Guidelines, 2008).

Porodica predstavlja značajan faktor u životu zavisnika. Tokom procesa rehabilitacije „porodična terapija je usmjerena na razrješavanje odnosa među članovima porodice, ponovno uspostavljanje povjerenja i rješavanje problema iz prošlosti kako bi se moglo krenuti ispočetka“. Cilj porodične terapije da omogući svakom članu da podjeli sopstvena iskustva, strahove, teškoće kako bi na taj način stekle uvid ne samo u svoje već i u ponašanje drugih članova porodice (Drozdek, 2016: 31).

Rehabilitacija nema za cilj samo uspostavljanje apstinencije bivšeg zavisnika, nego je „usmjerena i na rehabilitaciju cjelokupne porodice i podsticanje formiranja pozitivne slike o svakom članu porodice i pozitivnih promjena koje se razvijaju međusobnim suportivnim naporima svakog člana a u svrhu što kvalitetnijeg života apstinenta i njegove porodice“ (Brlek, Berc, Milić Babić, 2014: 62-70).

Primarni zadatak porodične terapije je „usmjerenost na razvoj kapaciteta bivšeg zavisnika kako bi na adekvatan način uspostavio izgradnju novih porodičnih odnosa“. Porodičnom terapijom se želi postići da svi članovi porodice prihvate nove životne stilove i uspostave nove načine komunikacije i obrasce porodičnih odnosa (Miljenović, 2010: 281-94).

Porodična terapija je „zasnovana na reciprocitetu odnosa između pacijenta i njegovih bližnjih, jer kako uzimanje supstanci remeti odnos sa porodicom događa se i obrnuto; ako je poremećen odnos sa porodicom, potencira se zloupotreba droga“. Pacijenti koji imaju kvalitetnu podršku porodice brže i lakše uspostavljaju apstinenciju i uspijevaju da

poboljšaju socijalne odnose (Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, 2014).

Porodična terapija se može sprovoditi sa cijelom porodicom ali i sa svakim članom ponaosob u zavisnosti o specifičnim potrebama svake porodice. Nekada se u okviru „porodične terapije posvećuje pažnja i drugim pitanjima (poboljšanje roditeljskih vještina, funkcionisanje porodice u široj društvenoj zajednici) a ne samo problemu zavisnosti“. Zato je važno da se porodična terapija sprovodi sa svim članovima kako bi se poboljšale vještine komunikacije (NSW HEALTH Guidelines, 2008).

Radno - okupaciona terapija

Prema Creek-u (2002) glavni cilj radne terapije usmjeren je na pojedinca i njegovo postizanje maksimalne nezavisnosti u svakodnevnim aktivnostima i poboljšanje kvaliteta njegovog života.

Ona ima za cilj da bivšeg zavisnika osamostali u onim područjima gdje mu je potrebna pomoć i podrška. Kroz holistički pristup bivši zavisnik se posmatra kao cjelina i nastoje se sagledati svi aspekti njegove ličnosti kako bi se došlo do saznanja kako je zavisnost uticala na njegovu ličnost, šta može a šta ne može uraditi i kako mu pomoći da iskoristi svoje potencijale. Radno - okupaciona terapija se fokusira na uspostavljanju osnovnih životnih rutina samozbrinjavanja, uspostavljanju redovnog ritma sna i buđenja, reintegraciji u porodicu, dok bi vremenom radio na sve složenijim rutinama, tipa uspostavljanje određenog hobija za kojeg je klijent zainteresovan ili usvajanje novih vještina i znanja pa sve do eventualnog zaposlenja i zasnivanja barem privremenih radnih zadataka i obaveza koji bi se uspostavili kao dugoročni cilj radne terapije.

Tokom sprovođenja radno - okupacione terapije rad je „usmjeren na bivšeg zavisnika i njegovu budućnost, a u cilju povećanja kvaliteta svakodnevnog života“. Radna terapija pomaže u „učenju socijalnih i radnih vještina koje su izgubljene zbog dugogodišnje zavisnosti“ (JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-Dobojskog kantona, 2017).

U Javnoj ustanovi za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica radno-okupaciona terapija se sprovodi kroz sljedeće aktivnosti:

- „Radovi u plateniku - proizvodnja ukrasnog bilja;
 - Sađenje sezonskog povrća, prehrana i nalivanje biljaka, čupanje trave iz saksija;
 - Betoniranje staze u krugu Javne ustanove;
 - Radovi u vinogradu;
 - Kopanje kanala ispred glavne kapije, kao i kopanje kanala za sanaciju pukle cijevi za vodu;
 - Armiranje i betoniranje staze na pomoćnom objektu, zidanje potpornog zida ispred platenika;
 - Košenje trave u užem i širem krugu Javne ustanove;
 - Postavljanje zaštitine ograde na glavnoj kapiji i sjevernoj strani Javne ustanove;
 - Pčelarski radovi;
 - Čišćenje objekta kao i krećenje prostorija (hodnici, teretana, kuhinja, trpezarija)
- i
- Redovno održavanje higijene svih prostorija Javne ustanove, kao i prostora oko ustanove (košenje trave, redovno zalivanje cvijeća, ukrasnog bilja i voćki)“ (Izvještaj o radu Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica za 2014, 2015).

5.2.2. Resocijalizacija

U najširem smislu podrazumijeva „svaki oblik društvenog uključivanja i afirmacije kroz različite društvene aktivnosti sa ciljem socijalnog uključivanja u život u zajednici nakon završenog liječenja. Ona uključuje psihosocijalnu podršku, završetak školovanja, prekvalifikaciju i zapošljavanje, pomoć pri rješavanju stambenog pitanja“. Često je u praksi prisutno da se zavisnici nakon liječenja ne mogu uklopiti u društvenu zajednicu zbog nedostatka podrške od strane porodice i zajednice. Zato je resocijalizacija „logičan slijed psihosocijalne rehabilitacije i tretmana i važan faktor u kompletnom oporavku liječenih zavisnika“ (Izvješće o evaluaciji Projekta resocijalizacije zavisnika o drogama, 2015).

Resocijalizacija je opšti naziv za „postupke i procese koji dovode do društveno poželjnih promjena u stavovima, vrijednostima i ponašanju osoba kod kojih socijalizacija nije bila uspješna, što je uobičajeno kod osoba koje su zloupotrebljavale psihoaktivne supstance“ (Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u republici Hrvatskoj za razdoblje od 2006-2012, 2006).

Resocijalizacija su „sve one intervencije kojima je cilj društveno uključivanje i afirmacija zavisnika u zajednicu za vrijeme i nakon završenog liječenja kroz različite društvene aktivnost“. Intervencije u sklopu resocijalizacije sprovode se kroz različite „psihosocijalne intervencije (informisanje, savjetovanje), podsticanje i pomoć pri zapošljavanju i obrazovanju“ (Izvešće o evaluaciji Projekta resocijalizacije zavisnika o drogama, 2015).

Prema preporuci iz UNODC publikacije resocijalizaciju možemo posmatrati u širem kontekstu kapitala za oporavak kao što su:

1. „Fizičko i mentalno zdravlje;
2. Porodična i socijalna potpora te aktivnosti slobodnog vremena;
3. Sigurno stanovanje i zdravo okruženje;
4. Zapošljavanje i rješavanje legalnih pitanja;
5. Integracija u zajednicu i
6. Ponovno otkrivanje svrhe i smisla života“ (UNODC,2008).

U okviru resocijalizacije teži se ponovnom uključivanju zavisnika u društvenu zajednicu nakon uspješno završenog programa rehabilitacije. Na kraju liječenja, slijedi jedan od najvažnijih dijelova - socijalna reintegracija ili ponovno uključivanje u društvo na svim područjima, u cilju razvijanja socijalnih vještina i podsticanja zapošljavanja.

6. Kvalitet života i socijalna podrška

6.1. Kvalitet života

Kvalitet života postao je predmet interesovanja u oblasti socijalne i zdravstvene zaštite, psihologiji, sociologiji, filozofiji. U širokom spektru ekonomskih, socijalnih i političkih razloga, označen je kao „željeni ishod servisnih usluga u redovnim i specijalnim potrebama obrazovanja, zaštite, socijalnih usluga“ termin kvalitet života je postao značajan pokazatelj koliko su korisnici zadovoljni uslugama (Stewart et al., 2001: 465-70).

Sredinom dvadesetog vijeka pod „kvalitetom života se uglavnom podrazumijevao životni standard“. Šezdesete godine karakteriše razlikovanje subjektivnih i objektivnih pokazatelja kvaliteta života. Sedamdesetih godina u istraživanjima fokus je na subjektivne pokazatelje kvaliteta života (Lučev, Tadinac, 2008: 67-89). Promjene u definisanju ovog koncepta su se dogodile jer su istraživači utvrdili da „individualne razlike u procjeni kvaliteta života više zavise od osobina pojedinca nego od objektivnih uslova života“ (Pastuović, 1993: 471-479).

Vremenom, u teoriji su se razvila dva pristupa: skandinavski koji „kvalitet života definiše kao mogućnost pristupa izvorima kojima ljudi mogu kontrolisati i upravljati svojim nivoom življenja“ i američki u okviru kojega su „naglašeni subjektivni indikatori kvaliteta življenja odnosno mjere zadovoljstva i sreće“ (Lučev, Tadinac, 2008: 67-89).

Ne postoji konsenzus kada je u pitanju definisanje pojma kvalitet života, te u zavisnosti od svojih ciljeva, autori ih i različito definišu. Tako su „društveni pokazatelji razvijeni za procjenu kvaliteta života opšte populacije u gradovima, regionima ili nacijama, dok su socijalni i psihološki pokazatelji razvijeni za procjenu kvaliteta života pojedinaca ili grupa sa zajedničkim karakteristikama“ (Stewart et al., 2001: 465-70; Jarholm, Albin, Johansson, Wadensjo, 2009: 394-6).

Calman (1984: 124 -127) smatra da se “kvalitet života odražava u razlici između želja i očekivanja pojedinca i njegovog stvarnog iskustva“. Prema tome kvalitet života zavisi od prethodnog iskustva, sadašnjeg životnog stila i ambicija za budućnost.

Pojedini autori smatraju da „suština doživljaja kvaliteta života svakog pojedinca zavisi od pojma njegovog doživljaja zadovoljstva načinom života i njegovim tokom i uslovima, perspektivom, mogućnostima i ograničenjima koje ima svaki pojedinac u svom životu“. On ne proizlazi samo iz „zadovoljavanja nekih osnovnih potreba, već iz cjelokupne psihološke strukture pojedinca u interakciji sa fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi“ (Krizmanić, Kolesarić, 1989: 179 -184).

Felce i Perry (1993) kvalitet života definišu kao „opšte blagostanje posmatrano kroz lični sistem vrijednosti pojedinca i uključuje subjektivno vrijednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući lični razvoj kao i objektivne faktore“.

Kvalitet života se definiše kao „percepcija pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojima žive, kao i prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima. To je široki koncept koga čine fizičko zdravlje pojedinaca, psihološki status, materijalna nezavisnost, socijalni odnosi i njihovi odnosi prema značajnim karakteristikama spoljašnje sredine“ (World Health Organization, 1998).

Multidimenzionalnu definiciju kvaliteta iznosi Cummins (2000) smatrajući da ovaj koncept podrazumijeva takođe subjektivnu i objektivnu komponentu. Subjektivni kvalitet života „uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu, dok objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja odnosno društvene, ekonomske i političke faktore“ (Cummins, 2000: 133-158).

Kvalitet života je multidimenzionalan konstrukt koji uključuje „percepciju opšteg blagostanja pojedinca i ličnog ispunjenja brojnih fizičkih, psiholoških i socijalnih

područja“ (Ngai, Ngu, 2013: 2031–2039).

U literaturi se prilikom definisanja koncepta kvaliteta života koriste sledeći termini: opšti, specifični i kvalitet života u vezi sa zdravljem. Opšti kvalitet života se odnosi na ona istraživanja kojima je ciljna grupa opšta populacija „i u kojima se izučava povezanost različitih grupa i podgrupa u socijalnom miljeu jedne društvene zajednice“. Specifični kvalitet života se izučava u situacijama povezanosti neke specifične bolesti, dok kvalitet života povezan sa zdravljem „obuhvata samo one aspekte koji se direktno odnose na zdravlje, osjećaj zadovoljstva i sreće“ (Miljković, Vukić, Trajanović, 2004).

Kako u literaturi ne postoji jedinstveni model kvaliteta života, najčešće se koriste „konfiguracije objektivnih i subjektivnih dimenzija kao komponente kvaliteta života“ (Brekke, Kohrt, Green, 2001: 697-708) i navodi se nekoliko oblasti koje su najznačajnije za kvalitet života i to: „fizičko stanje, psihološko stanje, sposobnost očuvanja socijalnih interakcija, somatsko stanje“ (Schipper, Levitt, 1985: 1115-1123). Osim navedenih, koriste se i „komponente koje se odnose na opštu životnu satisfakciju, slobodne aktivnosti kao i ekonomski status“ (Guelfi, 1992: 671-677).

Katsching (2000: 33-37) se zalaže za „moderno shvatanje kvaliteta života kao sveobuhvatnog koncepta, koji uključuje tri osnovne dimenzije: subjektivno blagostanje/satisfakciju, funkcionisanje u svakodnevnom životu (uključujući samopomoć i socijalne usluge) i spoljne resurse (materijalna i socijalna podrška)“.

6.2. *Socijalna podrška*

Socijalna podrška predstavlja konstrukt koji je teško konceptualizovati (Hupcey, 1998., prema Milić Babić, 2010) i zbog multidimenzionalnosti se može definisati iz različitih perspektiva (Sarason, Sarason, 2009: 113-120). U najširoj definiciji se odnosi na „proces koji podrazumeva socijalne odnose koje utiču na fizičko i/ili psihičko zdravlje pojedinca“ (Cohen et.al., 2000., prema Leutar, Oršulić, 2015: 153-176).

Pojedini autori pod socijalnom podrškom podrazumevaju „fizičku, emocionalnu,

psihološku i instrumentalnu pomoć kroz promjenu stavova i djeljenje informacija i resursa“ (Dunst et.al. 1986., prema, Boyd, 2002: 208-215). Sličnog su stava Judge (2001: 263-268) i Pal (2002: 295-300) koji smatraju da „emocionalna i informacijska podrška imaju značajan zaštitni uticaj u stresnim situacijama“. Ukoliko osoba doživljava veću socijalnu podršku, stresnu situaciju će da procijeni kao manje ugrožavajućom jer zna da u svom okruženju ima ljude koji joj mogu pomoći (Pećnik, Raboteg-Šarić, 2005; Reić Ercegovac, 2011: 267-288). Istraživanja su pokazala da je „socijalna podrška važan faktor u procesima uticaja stresnih događaja na zdravlje jer socijalni faktori i interpersonalni odnosi mogu zaštititi pojedinca od psihičkih i zdravstvenih posljedica koje izaziva stres“ (Heller, et.al., 1986: 466-471). Mi primamo informacije i savjete od drugih ljudi, koji nam pomažu da efikasnije rješavamo probleme (Ganster, Victor, 1988: 17-36). Isti autori navode da „socijalna podrška utiče na poboljšanje zdravlja tako što smanjuje negativne posljedice stresa“. Velik broj istraživanja ukazuju na vezu između socijalne podrške i fizičkog zdravlja (Matthews, Avis, 1982: 949).

Socijalna podrška je „zasnovana na socijalnoj zavisnosti – zavisnosti o drugima u zadovoljenju socijalnih potreba i uključuje i zadovoljavanje potrebe za informacijama kroz interakcije sa drugim ljudima“. Svi imamo želju da budemo u kontaktu sa drugim ljudima, a posebno u različitim stresnim situacijama. Tada naročito postoji potreba za pripadnošću grupi, i to je jedan od osnovnih motiva kod svih ljudi. Ukoliko je ta potreba slabo zadovoljena, ona može dovesti do posljedica i na kvalitet života (Deci, Ryan, 2000: 227-268).

Odgovarajuća socijalna podrška može pružiti i „adekvatno rješenje problema, smanjiti njegovu percipiranu važnost, podsticati pozitivne oblike zdravstvenog ponašanja“ (Cohen, Willis, 1985: 310-358).

Istraživanja ukazuju na značaj kvaliteta primljene socijalne podrške, odnosno „percepciju osobe da će joj drugi ljudi dati podršku u situaciji kada joj je potrebna“ (Hudek-Knežević, Kardum, 2006). Sarason i sar. (1987: 813-832) ističu „značaj kvaliteta socijalne podrške i percepcije da imamo bar jednu blisku osobu koja nas podržava“.

Socijalna podrška može da se mjeri „kao percepcija, kao stvarno dobijena pomoć ili kao stepen do kog je lice integrisano u društvenu mrežu“. U istraživanjima se poseban akcenat stavlja na „razlikovanje percepcije i dobijene podrške“ (Taylor, 2011: 189–214). Percepcija podrške odnosi se na „subjektivni sud primaoca da li mu je ponuđena efikasna pomoć u trenutku kada mu je ona bila potrebna“. Dobijenu podršku nazivamo i pružena podrška i odnosi se na „specifične vidove podrške (npr. savjeti) koje se daju u vrijeme potrebe za istom“ (Bolger, Amarel, 2007: 458–75).

Takođe socijalna podrška može biti strukturalna i funkcionalna (Wasserman, Faust, 1999: 1-27; Borgatti, Mehra, Brass, Labianca, 2009: 892–5; Easley, Kleinberg, 2010: 1–20). Strukturalna podrška se odnosi na „obim broj društvenih veza ili način na koji je pojedinac integrisan u društvenu mrežu“, i ovakav vid podrške zovemo i socijalna integracija (Wasserman, Faust, 1999: 1-27; Borgatti, Mehra, Brass, Labianca, 2009: 892–5) i njoj doprinose „porodični odnosi, prijatelji, članstvo u klubovima i organizacijama“ (Easley, Kleinberg, 2010: 1-20). Funkcionalna podrška se odnosi na „posebne mjere i aktivnosti koje mogu da obezbijede članovi društvene mreže i može biti emotivna, instrumentalna, informativna, podrška kroz druženje“ (Borgatti, Mehra, Brass, Labianca, 2009: 892–5; Easley, Kleinberg, 2010: 1–20).

Socijalna podrška podrazumjeva „ne samo socijalnu integraciju pojedinca u društvo, nego i podršku koju individua dobija od zajednice koja ima značajnu suportivnu ulogu u životima ljudi“. Takođe ona uključuje i razmatranja o tome „što pojedinac misli o sebi, ali i ljudima iz šire društvene zajednice“ (Sarason, Sarason, 2009: 113-120).

Pozitivni efekti „uticaja socijalne podrške (npr. povećanje ličnih resursa, poboljšanje zdravstvenog stanja pojedinca, veći stupanj zadovoljstva socijalnom okolinom i sl.) dovode do kvalitetnije interakcije i poboljšanja kvaliteta života pojedinca“ (Milić Babić, 2010., prema Leutar, Oršulić, 2015: 153-176).

Socijalna podrška predstavlja značajan izvor resursa kako za pojedinca tako i za cjelokupno društvo (Lin, 2001; Pichler, Wallace, 2009: 319-332) i značajno dopunjava podršku koju pružaju institucije (Žganec, 1995: 165-177) što je naročito značajno za

vulnerabilne grupe (Wall et.al., 2001: 213-233). Istraživanja su pokazala da „socijalna podrška ima značajnu ulogu u prevenciji marginalizacije“ (Piselli, 2007: 867-878; Böhnke, 2008: 133-150).

U savremenom dobu „globalizacije, povećane mobilnosti, upotrebe savremenih tehnologija i demografskih promjena društveni odnosi se mijenjaju što ima za posljedicu mjenjanje društvenih odnosa, manjak socijalne integracije i smanjenja socijalne podrške“ (Speer et.al, 2001: 716-732; Perren et.al, 2004: 965-984) što rezultira socijalnom nesigurnošću (Olagnero et.al, 2005: 53-79).

Da bi socijalna podrška bila korisna neophodno je da je „pruža željeni davalac; ovo je poznato kao hipoteza o odgovarajućem davaocu podrške“ (Cohen, Wills, 1985: 310-358; Horowitz et.al., 2001: 49-61).

6.2.1. Modeli

Jedan od osnovnih teorijskih modela djelovanja socijalne podrške na psihosocijalno prilagođavanje i zdravlje je Model direktnog učinka socijalne podrške (tzv. “main effect” model) prema kojem „socijalna podrška djeluje pozitivno na osobu, bez obzira na specifične stresne situacije. Široke socijalne mreže osobi pružaju skup stabilnih i nagrađivanih društvenih uloga. Uključenost u socijalne mreže povezana je sa dobrobiti osobe jer pruža pozitivna iskustva, daje osjećaj predvidljivosti životnih situacija, služi za priznavanje važnosti osobe, a može i pomoći u izbjegavanju negativnih iskustava koja bi mogla naškoditi zdravlju. Direktna korist socijalne podrške je procjena da će drugi osigurati pomoć u stresnim situacijama kao rezultat integracije članova u socijalnoj mreži. Znači, socijalna podrška pomaže bez obzira na stresne događaje, jer je za zdravlje korisno biti uključen u suportivne odnose“ (Cohen, Wills, 1985: 310-358). Model direktnog učinka odnosi se na „veliku mrežu socijalnih odnosa, ima pozitivne učinke na dobrobit, nije povezan sa stresom i zasnovan je na osnovnim socijalnim vezama“ (Gore, 1985: 263-280).

Alternativni je model zaštite ili Model ublaživača stresa (tzv. “buffering” model), prema kojem „socijalna podrška u stresnim situacijama može djelovati indirektno i omogućuje umanjivanje doživljaja potencijalne opasnosti situacije i podsticanje konstruktivnog suočavanja. Prema ovom modelu socijalna podrška u situacijama stresa djeluje na više načina. Ona omogućuje neutralizovanje štetnih učinaka koji izazivaju intenzivni stresori i služi kao dodatan izvor energije ili snage u nastojanjima osobe da se nosi sa stresnim problemima i doprinosi konstruktivnom suočavanju. Takođe odgovarajuća podrška može direktno uticati između iskustava stresa i patoloških učinaka ublažavanjem odgovora neuro-endokrinološkog sistema na stresne situacije i služi kao dodatni izvor energije u nastojanjima osobe da se nosi sa stresnom situacijom“ (Cohen, Wills, 1985: 310-358).

Slika 2. Model socijalne podrške kao ublaživača stresa Cohen i Wills 1985.g.



Po ovom modelu socijalna podrška se ponaša kao „neutralizator, kako bismo bili zaštićeni od negativnih efekata stresa“ (Gore, 1985: 263-280).

6.2.2. Vrste

Cohen i Wills (1985) govore o nekoliko vrsta socijalne podrške. Informacijska je „značajna za razumjevanje i suočavanje sa problemima i pod njom se podrazumjevaju savjeti i podrška u kognitivnim vođenjima samopoštovanju koja je još jedan vid podrške“. Samopoštovanje je „proces koji se razvija i povećava u svakodnevnoj komunikaciji sa

drugim osobama i na taj način prihvataju vrijednosti i poštuju pojedinca bez obzira na njegove neuspjehe i na taj način mu šalju informaciju da je poštovan i prihvaćen“. Ova vrsta podrške je povezana sa emocionalnom podrškom. Kroz druženje u slobodno vrijeme „zadovoljava se potreba svakog pojedinca za pripadanjem dok je instrumentalna podrška ona koja osigurava materijalu potporu. Empirijska istraživanja pokazuju visoke korelacije različitih funkcija socijalne podrške“ (Cohen, Willis, 1985: 310-358).

Sličnu podjelu navodi Thoits (1986: 416-424) koji pod „socijalnom podrškom“ podrazumjeva instrumentalnu, socijalnu i informacijsku pomoć koju pojedinci primaju od članova porodice, prijatelja, rodbine, kolega na poslu kao i društvene zajednice“.

Kahn i Antonucci (1980, prema Antonucci i Israel, 1986: 432-438) socijalnu podršku definišu sa tri "A": *affect*, *affirmation* i *aid*. Njihova definicija podrazumjeva da „podrška može uključivati izražavanje emocionalne bliskosti i naklonosti prema nekome (*affect*), pružanje informacija o ispravnosti djelovanja i mišljenja (*affirmation*) i pomoć u obliku novca, vremena i truda (*aid*)“.

Barrera (1986: 413-445) smatra da se socijalna podrška sastoji od tri dijela: percipirana podrška, socijalna mreža i stvarna podrška. Percipirana socijalna podrška se „odnosi na funkcije socijalnih odnosa, odnosno na percepciju pojedinca da će članovi njegove socijalne mreže, ako je to potrebno, osigurati izvore emocionalne i instrumentalne podrške“. Socijalna mreža se odnosi na „strukturu postojećih socijalnih odnosa, kvantitet i identitet članova socijalne mreže“. Stvarna podrška se odnosi na „promjene ponašanja kojima članovi socijalne mreže izražavaju podršku pojedincu“.

Iako postoji više podjela u odnosu na vrste socijalne podrške, zajedničko kod svih autora je naglašavanje značaja emotivne podrške koju pojedinci imaju kroz porodicu i širu socijalnu mrežu.

6.2.3. Izvori

Na socijalnu podršku se gleda kao na multidimenzionalan koncept, pa razlikujemo razne

izvore podrške. Broj pojedinaca koji su potencijalan izvor podrške samo je dio kompleksnosti (Agneessens et.al, 2006: 427-441) dok je uloga odnosa ključna za tipiziranje izvora pojedine dimenzije podrške (Agneessens et.al, 2002: 73-94). Izvori socijalne podrške su brojni i veoma raznovrsni, uključujući „porodicu, prijatelje, intimne partnere, ljude iz zajednice i saradnike“ (Taylor, 2011: 189-214).

Socijalna podrška se može sprovoditi kroz nekoliko oblika i uključuje „moralnu podršku, različite tipove socijalnih servisa (psiholoških, socio-pedagoških, socio-medicinskih, pravnih, servisa iz oblasti zapošljavanja, profesionalna rehabilitacija osoba sa ograničenim psihičkim kapacitetima, servisne informacije)“ (Centre for social expertise of the Institute of sociology at the National academy of science of Ukraine, 2005).

Pored porodice koja se smatra za najznačajnijim izvorom podrške, značajni su takođe i prijatelji, bliži i dalji rođaci kao i šira društvena zajednica (Cohen, Willis, 1985: 310-358). Socijalna podrška obuhvata podršku uže i šire porodice, prijatelja, saradnika, i šire društvene zajednice (Mirfin-Veitch et.al, 1997: 305-311).

Izvori socijalne podrške se međusobno prepliću (Vručinić, 2012: 76-82) i ovaj „multidimenzionalni konstrukt ujedinjuje stvarno primljenu podršku, kao i očekivanja o tome da će članovi socijalne mreže biti spremni i/ili sposobni pružiti pomoć“ (Raboteg-Šarić et.al, 2003).

S obzirom da socijalna podrška povećava roditeljsku dobrobit na taj način utiče na snažnije interakcije između članova porodice ona ima značajan pozitivni efekat na razvoj i ponašanje djeteta (Duis, Summers i Summers, 1997: 53-73).

Socijalna podrška procjenjuje kakav je kvalitet odnosa koje nastaju iz socijalne mreže (Antonucci, 2001: 423-435). Antonucci (1985: 94-128.) smatra da „socijalne mreže predstavljaju strukturu kroz koju se socijalna podrška razmjenjuje, dok socijalna podrška podrazumijeva potporne društvene interakcije. Socijalne mreže podrazumjevaju formalne i neformalne odnose pojedinaca, unutar kojih se omogućuje razmjena usluga, informacija i drugih dobara“ (Mandić, Hlebec, 2005: 263-285). Predstavljaju izvor

„formalnog i neformalnog socijalnog kapitala koji se definiše kao resurs sadržan u socijalnim strukturama koji se mobilizuje prema potrebi“. Neformalni socijalni kapital podrazumjeva „socijalnu mrežu koja počiva na srodstvu, prijateljstvu, susjedstvu, dok formalni socijalni kapital podrazumjeva učestvovanje u organizacijama civilnog društva“ (Pichler, Wallace, 2007: 423-435).

Socijalne veze se procjenjuju učestalošću socijalnih interakcija (Antonucci, 2001: 423-435) i analiziraju kroz tri sfere. Primarna sfera podrazumjeva „najbliže porodične odnose, sekundarna se odnosi na prijatelje, rođake i užu društvenu zajednicu dok se tercijarna odnosi na učestvovanje u organizovanim aktivnostima i udruženjima“ (Paugam, Russell, 2000: 243-265). Böhnke (2008: 133-150) upozorava na „važnost porodične kohezivnosti i međugeneracijske solidarnosti te na orijentisanost na prijatelje“.

Pichler i Wallace (2007) ističu kako je uz „gustoću socijalnih mreža važna i učestalost te intenzitet interakcija, o čemu zavisi potencijal pojedinca da ih aktivira te pristupi resursima. Kao mogući resurs za jačanje socijalne kohezije važne su snažne veze, ali i one manjeg intenziteta“ (Granovetter, 1983). Pahl i Spencer (1997) smatraju da su „prijateljske mreže nedovoljno istražen i podcijenjen izvor socijalne kohezije u savremenom društvu, gdje slabe prijateljske veze dobivaju na važnosti. Isto tako, specifičnost prijateljske mreže u njenom slobodnom odabiru važna je cijelog života, nije lokalizovana i naglasak je na kvalitetu odnosa“.

Dostupnost socijalne podrške određena je sociodemografskim karakteristikama pojedinca (Sugisawa et.al, 2002.; Perren et.al, 2004), pri čemu izvori socijalne podrške variraju tokom životnog ciklusa, a često i kao posljedica određenoga događaja (Demo, Fine, 2010).

Istraživanja ukazuju da su „bliski srodnici češće izvor emocionalne i instrumentalne podrške dok su prijatelji važniji za druženje“ (Wellman, Wortley, 1989: 273-306; Schweizer et.al, 1998: 1-21). Instrumentalnu podršku često pružaju i komšije (Schweizer et.al, 1998: 1-21; Novak et.al, 2004).

Porodica predstavlja dominantan izvor društvenosti i socijalne podrške (Wall et.al, 2001: 213-233; Novak et.al, 2004.; Saraceno et.al, 2005; Olagnero et.al, 2005: 53-79). Rana porodična socijalna podrška pokazala se važnom za razvoj socijalne kompetencije kod djece (Repetti, Taylor, Seeman, 2002: 423-435). Podrška roditelja ima „nesumnjivo veliku važnost za psihosocijalnu stabilnost srednjoškolske djece“ (Valentiner, Holahan, Moos, 1994: 1094-102).

Društvene grupe za podršku mogu da budu „izvor informacione podrške, jer obezbjeđuju dragocjene informacije za obrazovnu i emotivnu podršku, uključujući i podršku (ohrabrenje) ljudi koji prolaze kroz slične životne okolnosti“ (Helgeson, Cohen, 1996: 135-48; Umberson, Montez, 2010: 54–66). Studije su uglavnom utvrdile korisne efekte intervencija grupa za socijalnu podršku kod različitih stanja (Hogan, Najarian, 2002: 383-442), uključujući i „internet-grupe za podršku-samopomoć i uzajamnu pomoć“ (Hazzard, Celano, Collins, Markov, 2002: 69-86).

Za prevenciju bolesti zavisnosti mrežni socijalni rad omogućava „korišćenje institucionalnih i ljudskih potencijala kroz socijalnu podršku u društvu i u interesu onih kojima je takva podrška potrebna“. Pod mrežnim socijalnim radom podrazumjeva se „metod koji se sastoji od niza postupaka i metoda koji predstavljaju najviši nivo konkretizacije koncepta socijalnog rada“. S obzirom da savremeni čovjek priprada roditeljskoj porodici a kasnije i onoj koju sam zasnuje a time i porodici svog bračnog partnera, radnom mjestu, različitim udruženjima čiji je član kao i različitim društvenim krugovima, to podrazumjeva da je čovjek dio različitih socijalnih mreža. U okviru socijalnog rada kao pomažuće i podsticajne djelatnosti, aktivnosti socijalnog radnika u ovoj oblasti imaju posredničku funkciju. Naime, kako je savremeni čovjek upućen na podršku i pomoć socijalnih institucija, informacijska podrška je u tom smislu izuzetno značajna. Postoje tri vrste socijalnih mreža: mikro (primarna), makro (sekundarna) i mezo (tercijalna). Mikro mreža podrazumjeva četiri područja:

- „Porodičnu mrežu koja podrazumjeva najgušću i najmanju mrežu socijalnih odnosa i predstavlja najznačajniju mrežu za djecu;
- Rodbinsku mrežu gdje spadaju babe, djede, ujaci, stričevi, tetke i ostala rodbina.

Ova mreža ima ulogu u društvenom životu pojedinca;

- Susjedska mreža podrazumjeva sve one kontakte i odnose sa drugim ljudima a koja je najčešće vremenski ograničena i površna i
- Prijateljska mreža podrazumjeva sve one odnose koji su odabrani sopstvenom voljom i koji su od značaja za pojedinca“.

Koliki je značaj mreže često zavisi od uzrasta osobe, ali uprkos svim promjenama u modernom društvu porodica i dalje kao „primarna socijalna mreža ima najveći značaj u životu pojedinca“. Kao sekundarna socijalna mreža značajne su „institucije sistema (socijalne i zdravstvene ustanove) zbog porasta socijalnih problema savremenog društva“. Tercijalna mreža predstavlja „alternativu primarnim i sekundarnim mrežama i često je posrednik među njima i tu izdvajamo tri tipa mreža: grupe za samopomoć, nevladine organizacije i intermedijalne profesionalne uslužne djelatnosti“. Poznavanje socijalnih mreža klijenta u okviru profesije socijalnog rada predstavlja polaznu tačku za strategiju stručnjaka. Mrežni se socijalni rad koristi kao „izvor socijalne podrške te ima značajnu ulogu u prevenciji bolesti zavisnosti“ (Čekerevac, 2009: 24-39).

6.3. Odnos kvaliteta života i socijalne podrške

Socijalna podrška je jedan od značajnijih faktora koji utiču na kvalitet života (Newsom, Schulz, 1996: 34-44). Odnosom socijalne podrške i kvaliteta života „na različite načine bave se Model glavnih efekata i Model ublažavanja stresa“ (Cohen, Syme, 1985: 3-22).

Po Modelu glavnih efekata „socijalna podrška doprinosi poboljšavanju kvaliteta života, dok po Modelu ublažavanja stresa socijalna podrška olakšava nošenje sa stresom, te se na taj način povećava kvalitet života osobe“. Kod prve hipoteze „osoba koja doživljava veću socijalnu podršku, ima bolji kvalitet života“. Prema drugoj hipotezi „kod osoba sa niskim nivoom stresa, socijalna podrška nije povezana sa kvalitetom života, a kod osoba sa visokim nivoom stresa, što je veća socijalna podrška, bolji je kvalitet života“. Socijalna integracija je „proporcionalna kvalitetu života, nezavisno od novog stresa što je u skladu sa Modelom glavnih efekata“.

Hipoteza usklađivanja je „specifikacija modela ublažavanja stresa i predviđa da različiti stresori uključuju potrebu za različitim tipom podrške“. Kao i originalni Model ublažavanja stresa i ona se značajno oslanja na „Lazarusovu teoriju stresa i ulogu socijalne podrške posebno kada se procjenjuje opasnost u stresnim situacijama“ (Lakey, Cohen, 2000: 29-52).

Brojne studije pokazale su da ukoliko pojedincu članovi porodice pružaju psihološke i materijalne resurse oni su boljeg zdravlja i brže se oporavljaju nego oni koji imaju manje socijalnih kontakata. Bliske veze mogu rezultirati „pozitivnim učincima jer primamo informacije i savjete od drugih ljudi, koji nam pomažu mnogo efikasnije riješiti probleme“ (Ganster, Victor, 1988: 17-36). Isti autori navode da socijalna podrška čak može uticati na poboljšanje zdravlja tako što će smanjiti negativne posljedice stresa.

Istraživanja su pokazala „značaj socijalne podrške tokom izloženosti uzrocima bolesti i u toku traženja medicinske pomoći kada se bolest dobije jer mijenja jačinu ili tok bolesti“ (Jemmott, Locke, 1984: 78-108).

Socijalna podrška (različiti oblici podržavajućeg ponašanja ljudi u socijalnoj okolini) jedan je od faktora koji doprinose kvalitetu života. Kvalitet života i domeni kvaliteta života vezani za zdravlje „predstavljaju multidimenzionalan konstrukt koji uključuje pojedinčevu percepciju opšteg blagostanja i ličnog ispunjenja brojnih fizičkih, psiholoških i socijalnih područja“ (Ngai, Ngu, 2013: 2031-2039). Za kvalitet života „najvažnijom se smatra emocionalna podrška“. Ipak, iako iz raznih izvora ljudi rado primaju emocionalnu kada im je potrebna informacijska podrška, više se oslanjaju na stručnjake, doživljavajući pritom informacije od rodbine kao neželjen savjet (Vuletić, Šincek, 2011).

Danas postoji niz teorijskih i empirijskih perspektiva o socijalnoj podršci, koje su važne za razumijevanje povezanosti između međuljudskih odnosa, dobrobiti i zdravlja ljudi. To su:

- „viđenje socijalne podrške kao stupnja socijalne integracije osobe;

- viđenje socijalne podrške kao subjektivnog doživljaja kvaliteta odnosa pojedinca;
- viđenje socijalne podrške kao percipirane pomoći drugih ljudi i
- viđenje socijalne podrške kao stvarno primljene pomoći“.

Navedena različita viđenja su komplementarna i ukazuju na različite nivoe analize socijalne podrške. Četiri perspektive predstavljaju „različito pretpostavljene mehanizme putem kojih socijalna integracija podržava zdrav način života, stabilno funkcionisanje osobe u razdobljima socijalnih promjena“. Socijalna integracija je „nužan, iako ne i dovoljan uslov za pozitivne učinke međuljudskih odnosa. Važan mehanizam socijalne podrške je i subjektivni doživljaj kvaliteta socijalnih odnosa osobe. Dovoljno je da osoba ima jedan ili dva bliska odnosa iz kojih će primiti informacije da je voljena, cijenjena i da je dio mreže komunikacije i uzajamnih obaveza. Socijalna podrška podrazumijeva percepciju primljene pomoći, koja je važna zbog osjećaja osobe da u kriznim ili stresnim situacijama može računati na savjete, informacije, instrumentalnu pomoć ili razumijevanje drugih ljudi. Takav osjećaj da možemo očekivati pomoć od drugih, može ublažiti ili spriječiti doživljaj nekog događaja kao stresnog“ (Karačić, 2012: 221-222).

Porodične i društvene veze su važne za održavanje kvaliteta života (Olagnero et.al., 2005), pa su pojedinci sa slabijim socijalnim vezama podložniji brojnim zdravstvenim i socijalnim problemima (Speer et.al., 2001: 716-732).

7. Predmet i cijevi istraživanja

Predmet istraživanja obuhvata ispitivanje socijalne podrške u Crnoj Gori i njen uticaj na percepciju kvaliteta života klijenata Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica. Problem istraživanja je određen i fokusiran predmetom, i odnosi se na nivo i povezanost kvaliteta života kao važne determinante procesa rehabilitacije sa ostalim konstruktima koje smo indukovali iz teorijskog okvira - emocionalna podrška, zdravstveni status i kvalitet života.

Istraživačka pitanja su određena ciljevima ovoga rada i postavljaju temelj za hipotetički okvir rada.

I istraživačko pitanje: Kolika je međuzavisnost socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci u Javnoj ustanovi za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica?

II istraživačko pitanje: Da li emocionalna podrška korelira sa kvalitetom života?

III istraživačko pitanje: Da li postoji veza između socijalne podrške i zdravstvenog statusa ispitanika?

Na osnovu istraživačkih pitanja formirane su glavne hipoteze rada:

I hipoteza: Postoji statistički značajna međuzavisnost između socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

II hipoteza: Postoji statistički značajna međuzavisnost između emocionalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

III hipoteza: Postoji statistički značajna međuzavisnost između socijalne podrške i zdravstvenog statusa bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

Na osnovu postavljenih hipoteza jasno se uočava da su konstrukti a time i glavne teme kojima se bavi istraživanje: socijalna podrška, emocionalna podrška, zdravstveni status kao i kvalitet života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

Predmet istraživanja doktorske disertacije je postojanje socijalne podrške i njen uticaj na percepciju kvaliteta života klijenata Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica.

Ciljevi rada su:

1. Ispitati povezanost socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije.
2. Ispitati povezanost emocionalne podrške sa kvalitetom života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije.
3. Ispitati povezanost socijalne podrške i zdravstvenog statusa bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije.

Iako je problem korišćenja psihoaktivnih supstanci široko rasporostranjena pojava, socijalna podrška nakon sprovedene rehabilitacije i resocijalizacije nije našla svoje mjesto u naučnim istraživanjima.

Rezultati studije treba da ukažu na veliku opasnost ignorisanja uticaja socijalne podrške na kvalitet života nakon rehabilitacije i resocijalizacije klijenata. Kvalitet života klijenata je ugrožen kada se prekine kontakt sa njima i kada izgube socijalnu podršku institucija sistema.

Problem izlazi iz okvira institucije koja sprovodi rehabilitaciju i resocijalizaciju i ima negativne posljedice kako na socijalni i zdravstveni sektor tako i na kvalitet pružanja socijalnih servisa i lokalnoj ili zajednici uopšte. Svako dovoljno svjesno društvo trebalo bi biti zainteresovano za pružanje socijalne podrške klijentima nakon boravka u ustanovi.

Istraživanja o ulozi socijalne podrške na kvalitet života klijenata će se prvi put raditi na prostoru Crne Gore, pa se očekuje da će rasvijetliti značaj ove usluge u tretmanu klijenata i njegovo uvođenje nakon napuštanje institucije i biti putokaz za promociju servisa socijalne podrške u sistemu socijalne zaštite, kao i model za sva daljnja istraživanja socijalne podrške kao važnog servisa u sistemu socijalne zaštite.

8. Metodologija, ispitanici i dizajn istraživanja

Istraživanjem su obuhvaćeni svi klijenti muškog pola Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica (ciljna populacija) koji su završili jednogodišnji period rehabilitacije i resocijalizacije. Istraživanje je sprovedeno od 1. juna 2015. godine do 1. septembra 2017. godine.

Studijom presjeka je sprovedeno istraživanje povezanosti socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije, povezanosti emocionalne podrške sa kvalitetom života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije kao i povezanosti socijalne podrške i zdravstvenog statusa bivših korisnika psihoaktivnih supstanci nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije.

Za bivše korisnike psihoaktivnih supstanci u istraživanju je korišćen termin klijent. Klijent je svaka osoba koja je nakon liječenja u zdravstvenoj ustanovi boravila u Javnoj ustanovi za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica u periodu od godinu dana i prošla kroz postupak rehabilitacije i resocijalizacije.

8.1. Instrumenti istraživanja

Na osnovu postavljenih hipoteza jasno se uočava da su konstrukti a time i glavne teme koje obrađuje istraživanje: socijalna podrška, emocionalna podrška, zdravstveni status kao i kvalitet života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci. Iz tog razloga instrument istraživanja je obimniji i kompleksniji a u svrhu dobijanja kvalitetnih i obuhvatnijih informacija. Za potrebe ovoga rada korišćene su standardizovane forme upitnika i to:

8.1.1. Upitnik o sociodemografskim podacima

Upitnik o sociodemografskim podacima obuhvata podatke o polu, godinama života, obrazovanju (školska sprema registrovana je u tri kategorije: osnovna škola ili niže, srednja stručna sprema te viša i visoka stručna sprema), bračnom statusu (oženjen, udovac, razveden, sam), porodičnom statusu (potpuna, nepotpuna porodica, usvojen), ekonomskom statusu, radnom statusu (zaposlen, nezaposlen), zdravstvenom statusu (postojenje drugih bolesti i oboljenja), drugim zavisnostima (pušenje, alkoholizam, kocka), društvenim aktivnostima (član kluba, udruženja).

8.1.2. Upitnik kvaliteta života

Za mjerenje kvaliteta života primijenjen je upitnik "Comprehensive Quality of Life Scale" za odrasle (ComQoL) (Cummins, R.A. 1997), koji se sastoji od 14 pitanja i to sedam skala likertovog tipa kojima se mjeri zadovoljstvo kvalitetom života i sedam skala za procjenu važnosti po domenima kvaliteta života. Domeni su:

1. „Materijalno blagostanje
2. Zdravlje
3. Postignuće
4. Intimnost (bliski odnosi s drugim osobama, prijateljima i/ili porodice)
5. Sigurnost (osjećaj sigurnosti)
6. Zajednica (pripadnost zajednici)
7. Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće“.

8.1.3. Upitnik socijalne podrške

Percipirana socijalna podrškamjerena je Multidimenzionalnom skalom percipirane socijalne podrške Zimeta i saradnika (1988). Skala se sastoji od „12 tvrdnji kojima se mjeri percipirana socijalna podrška porodice, prijatelja i drugih značajnih osoba“.

8.1.4. Upitnik zdravstvenog statusa

Za mjerenje zdravstvenog statusa ispitanika u istraživanju je korišten upitnik SF-36 koji je razvijen u okviru RAND HEALTH Korporacije (RAND HEALTH, 2017) a ima za „cilj sveobuhvatnu i komparativnu analizu zdravstvenog stanja ispitanika“. Instrukcije za rekodiranje varijabli i formiranje sumarnih skorova su utemeljene na radu korporacije a njihova interna saglasnost je ispitana Cronbach's Alpha koeficijentom. Analizirani su sljedeći domeni: „fizičko funkcionisanje, smanjenje sposobnosti zbog pogoršanja fizičkog zdravlja, smanjenje sposobnosti zbog emocionalnih problema, vitalnost, emotivno blagostanje, društveno funkcionisanje, bol i zdravlje (opšte)“. SF-36 je višestruko usmjeren kratki opšti zdravstveni upitnik kojim se procjenjuje osam domena kvaliteta života u posljednje četiri nedelje i jedan domen koji procjenjuje promjenu zdravlja u toku poslednjih godinu dana. Upitnik SF-36 „reprezentuje teorijski utemeljenu i empirijski provjerenu operacionalizaciju dva generalna koncepta zdravlja - fizičko zdravlje i psihičko zdravlje te dvije njegove opšte manifestacije - funkcionisanje i dobrobit“.

8.2. Uzorak i tok istraživanja

8.2.1. Uzorak

Uzorkom su obuhvaćeni ispitanici Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica. Od ukupne populacije koja je bila dio te javne ustanove u periodu ispitivanja (N=240) istraživanjem je obuhvaćeno 107 ispitanika muškog pola. Zbog specifične veličine uzorka i veličine populacije iz koje je taj uzorak obuhvaćen svi zaključci istraživanja se mogu generalizovati na populaciju bivših korisnika psihoaktivnih supstanci u Javnoj ustanovi za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica.

8.2.2. Tok istraživanja

Ispitivanje je sprovedeno u periodu od 1. juna 2015. g. do 1. septembra 2017. g. na slučajnom uzorku ispitanika tehnikom intervjuisanja licem u lice. Unos podataka je

obavljen u Microsoftovom paketu Access 2013, a zatim je formirana baza za programski paket SPSS (verzija 20.0) koji je korišćen u statističkoj obradi podataka.

U radu su primijene sljedeće statističke tehnike: mjere deskriptivne statistike, korelacija, faktorska analiza, formiranje sumarnih skorova kao i metod pouzdanosti mjerne skale.

9. Rezultati

9.1. Socio-demografske karakteristike ispitanika

Obrazovanje i prihodi ispitanika

Istraživanje je pokazalo da je najveći broj klijenata završio srednju školu (70.1%), osnovnu školu 19.6% dok fakultetsku diplomu posjeduje njih 10.3% (Tabela 1).

Procenat klijenata koji nisu napustili školu je visok i iznosi 60.7% dok je četvrtina klijenata napustio školovanje u srednjoj školi. Najučestaliji razlozi napuštanja škole su: gubitak interesovanja (13.1%), pojava blažeg oblika devijantnog ponašanja (11.2%) kao i početak upotrebe psihoaktivnih supstanci (15.9%) dok je 11.2% klijenata izbačeno iz škole (Tabela 1).

Što se tiče uspjeha koji su postigli u školi, više od polovine ispitanika je imalo dobar uspjeh. Sa odličnim uspjehom razred je završilo 10.3% klijenata dok je njih 15% ponavljalo razred.

Prosječni prihodi klijenata su 720€, uz vrijednosti skjunita (1.598) i kurtosisa (2.960).

Tabela 1: Obrazovanje ispitanika, razlozi napuštanja školovanja i prihodi

| Obrazovanje | Frekvencije | Procenti | | |
|--|-------------|----------|----------|----------|
| Osnovna škola | 21 | 19.6% | | |
| Srednja škola | 75 | 70.1% | | |
| Fakultet škola | 11 | 10.3% | | |
| Ako si napustio školu u kojem je to razredu bilo | | | | |
| Osnovna škola | 7 | 6.5% | | |
| Srednja | 27 | 25.2% | | |
| Viša | 1 | 0.9% | | |
| Fakultet | 7 | 6.5% | | |
| Nisam napustio školovanje | 65 | 60.7% | | |
| Zašto si prekinuo školovanje | | | | |
| Dobrovoljno (nezainteresovanost) | 14 | 13.1% | | |
| Izbačen sam | 12 | 11.2% | | |
| Zbog zasnivanja radnog odnosa | 4 | 3.7% | | |
| Porodični razlozi | 1 | 0.9% | | |
| Zbog drogiranja | 17 | 15.9% | | |
| Nisam prekinuo | 57 | 53.3% | | |
| Zbog izvršenog krivičnog djela | 2 | 1.9% | | |
| Uspjeh u prethodnoj školskoj godini | | | | |
| Ponavljao sam razred | 16 | 15.0% | | |
| Dovoljan | 12 | 11.2% | | |
| Dobar | 55 | 51.4% | | |
| Vrlodobar | 13 | 12.1% | | |
| Odličan | 11 | 10.3% | | |
| Prihodi ispitanika (Prosječne vrijednosti) | Mean | SD | Skewness | Kurtosis |
| | 720.70 | 461.38 | 1.598 | 2.960 |

Tip porodice i nasilje u porodici

Više od polovine ispitanih (Tabela 2.) živi sa roditeljima, od kojih najveći broj njih sa oba roditelja (30.8%), dok 27.1% živi sa majkom. Procenat ispitanih koji živi sa ocem je 1.9%. Veliki procenat ispitanih ne živi sa roditeljima 39.3%.

Tabela 2: Porodične karakteristike ispitanika (I)

| Sa kim živiš | Frekvencije | Procenti |
|-------------------------|-------------|----------|
| Sa oba roditelja | 33 | 30.8% |
| Samo sa majkom | 29 | 27.1% |
| Samo sa ocem | 2 | 1.9% |
| Ne živim sa roditeljima | 42 | 39.3% |
| Nedostaje odgovor | 1 | 0.9% |

U odnosu na red rođenja djece najveći broj je prvo dijete (45.8%) a zatim se trend smanjuje prema drugom (24.3%) i trećem djetetu (25.2%). Zastupljenost ispitanika kao četvrto i peto dijete u odnosu na red rođenja je slabo izražena i skoro zanemarljiva (4.7%) (Tabela 3).

Tabela 3: Porodične karakteristike ispitanika (II)

| S obzirom na red rođenja djece ti si | Frekvencije | Procenti |
|--------------------------------------|-------------|----------|
| Prvo | 49 | 45.8% |
| Drugo | 26 | 24.3% |
| Treće | 27 | 25.2% |
| Četvrto | 3 | 2.8% |
| Peto | 2 | 1.9% |

Najveći broj ispitanika nije mijenjao mjesto stanovanja od rođenja (80.4%). Procenat onih koji su se doselili sa sela je 1.9% dok je procenat onih koji su se doselili iz drugog grada nešto izraženiji i iznosi 16.8%.

Tabela 4: Mjesto stanovanja

| Mjesto stanovanja | Frekvencije | Procenti |
|---------------------------------|-------------|----------|
| Od rođenja živimo u istom gradu | 86 | 80.4% |
| Doselili smo se sa sela | 2 | 1.9% |
| Doselili smo se iz drugog grada | 18 | 16.8% |
| Nedostaje odgovor | 1 | 0.9% |

Prilikom ispitivanja školske spreme roditelja utvrđeno je da su očevi nešto obrazovaniji od majki, pa time procenat roditelja koji imaju diplomu fakulteta je nešto izraženiji kod očeva (25.2% očeva u odnosu na 19.6% majki). Ovaj trend prati očeve i za ostale nivoe obrazovanja (Tabela 5).

Tabela 5: Školska sprema oca i majke

| Školska sprema (izražena %) | Oca | Majke |
|-----------------------------|-------|-------|
| Završena osnovna škola | 3.7% | 16.8% |
| Završena srednja škola | 56.1% | 51.4% |
| Završena viša škola | 15.0% | 12.1% |
| Diploma fakulteta | 25.2% | 19.6% |

Veliki broj klijenat odrastao u tzv. potpunoj porodici (81.3%). Kod 50.3% klijenata roditelji žive u bračnoj zajednici, kod 11.2% klijenata roditelji su razvedeni dok je kod 33.6% jedan od roditelja preminuo. Prosječna veličina porodice je 4 člana (Tabela 6).

Tabela 6: Tip porodice, bračni status roditelja, broj članova porodice

| U kom tipu porodice si odrastao? (multipli odgovori) | Frekvencije | | Procenti | |
|--|-------------|------|----------|----------|
| Potpunoj | 87 | | 81.3% | |
| Jednoroditeljskoj | 9 | | 8.4% | |
| Proširenoj | 8 | | 7.5% | |
| Sadašnji bračni status roditelja? | | | | |
| Bračna zajednica | 54 | | 50.5% | |
| Vanbračna zajednica | 1 | | 0.9% | |
| Razvedeni | 12 | | 11.2% | |
| Jedan od roditelja je umro | 36 | | 33.6% | |
| Nedostaje odgovor | 4 | | 3.7% | |
| Ukupan broj članova porodice (Prosječne vrijednosti) | Mean | SD | Skewness | Kurtosis |
| | 4.09 | 1.24 | 0.028 | -0.521 |

Analiza je pokazala da je više od polovine ispitanih iz porodice u kojoj su bile rijetko ili nikada prisutne svađe i sukobi među roditeljima, dok su učestalije svađe (odgovori veoma često i često) prisutni kod 19.6% ispitanih. Fizičkog nasilja između roditelja nije

bilo kod 74.8% klijenata dok je nasilje oca prema majki bilo prisutno kod 19.6% klijenata. Od ukupnog broja ispitanika 19.6% je istaklo da je u svom djetinjstvu u porodici bilo prisutno psihičko nasilje.

Podaci ukazuju da je 70.1% ispitanih odgovorilo da je psihičko i fizičko nasilje obilježilo njihovo odrastanje.

Tabela 7: Sukobi i nasilje u porodici

| Svađe i sukobi među roditeljima | Frekvencije | Procenti |
|---|--------------------|-----------------|
| Veoma često | 12 | 11.2% |
| Često | 9 | 8.4% |
| Povremeno | 25 | 23.4% |
| Rijetko | 42 | 39.3% |
| Nikada | 18 | 16.8% |
| Nedostaje odgovor | 1 | 0.9% |
| Fizičko nasilje roditelja | | |
| Otac je tukao majku | 21 | 19.6% |
| Tukli su se uzajamno | 3 | 2.8% |
| Nisu se tukli | 80 | 74.8% |
| Nedostaje odgovor | 3 | 2.8% |
| Tip nasilja | | |
| Fizičko | 9 | 8.4% |
| Psihičko | 21 | 19.6% |
| Pokusaj ubistva | 1 | 0.9% |
| Fizičko i psihičko | 75 | 70.1% |
| Fizičko, psihičko i pokušaj ubistva | 1 | 0.9% |
| Koliko su često bili prisutni sukobi | | |
| Svakog dana | 9 | 8.4% |
| Jednom nedeljno | 15 | 14.0% |
| Jednom mjesečno | 20 | 18.7% |
| Jednom godišnje | 33 | 30.8% |
| Nije bilo sukoba | 30 | 28.0% |

Psihološko-penološka slika ispitanika

Većina ispitanika (87.6%) smatra da nije bilo zanemareno od strane roditelja kao i da su im roditelji poklanjali dovoljno pažnje i 90.7% smatra da nisu bili zanemareni u odnosu na ostalu djecu (Tabela 8).

Roditelji su poznavali u velikoj mjeri društvo ispitanika ali značajan procenat njih nije poznavao društvo u kojem se ispitanik kreće (Tabela 9).

Tabela 8: Odnos roditelja prema djetetu

| | Da | Ne |
|--|-----------|-----------|
| Da li smatraš da si bio zanemareno dijete? | 12.1% | 87.6% |
| Da li su ti roditelji poklanjali manje pažnje u odnosu na drugu djecu? | 9.3% | 90.7% |

Svađe zbog kućnog budžeta su bile učestalije (57%) i jedan određen broj ispitanih je u toku svog odrastanja ostao bez jednog roditelja (29.9%). Takođe prisutna je i značajnija upotreba alkohola od strane oca (61.7%) dok je kod majke ta pojava slabo izražena (3.7%). Međutim, majke su češće koristile sredstva za smirenje od očeva. Upotreba opojnih supstanci je bila slabo izražena kod roditelja (3.7%). Karakteristike porodica klijenata prikazane su u Tabeli 9.

Tabela 9: Karakteristike porodice

| Karakteristike porodice | Da | Ne |
|--|-----------|-----------|
| Da li su roditelji poznavali društvo ispitanika? | 73.8% | 26.2% |
| Da li su roditelji znali u kakvom se društvu izlazi? | 27.1% | 72.9% |
| Da i su se roditelji svađali zbog budžeta? | 57.0% | 43.0% |
| Da li ste izgubili jednog roditelja? | 29.9% | 70.1% |
| Da je li je tvoj otac koristio alkohol? | 61.7% | 38.3% |
| Da li je majka koristila alkohol? | 3.7% | 96.3% |
| Da li je otac koristio sredstva za smirenje? | 3.7% | 96.3% |
| Da li je majka koristila sredstva za smirenje? | 13.1% | 86.9% |
| Da li su roditelji koristili drogue? | 3.7% | 96.3% |

Psihološka slika roditelja (Tabela 10) govori o slabijoj zastupljenosti šizofrenije kod očeva (6.5%) kao i jako slaboj incidenci samoubistva u porodici (1.9%).

Tabela 10: Psihološke karakteristike u porodici

| Psihološke karakteristike u porodici | Da | Ne |
|---|-----------|-----------|
| Šizofenija oca | 6.5% | 93.5% |
| Samoubistvo u porodici | 1.9% | 98.1% |

Većina klijenata ima blizak odnos sa roditeljima pri čemu je odnos sa majkom privreženiji nego odnos sa ocem. Međutim taj dualizam odnosa naročito je izražen kod odnosa sa ocem, jer je skoro četvrtina ispitanih (22.4%) izrazila da ima distanciran ili veoma distanciran odnos sa ocem (Tabela 11)

Tabela 11: Odnos sa roditeljima

| Odnos sa roditeljima (izražen u procentima) | Sa majkom | Sa ocem |
|--|------------------|----------------|
| Veoma blizak | 36.4% | 20.6% |
| Blizak | 40.2% | 30.8% |
| Nije ni blizak ni distanciran | 17.8% | 24.3% |
| Distanciran | 4.7% | 12.1% |
| Veoma distanciran | 0.9% | 10.3% |

Kada je u pitanju bračni status, 48.6 % ispitanika je neoženjeno, u bračnoj zajednici živi 33.6 %, dok u vanbračnoj 8.4 % (Tabela 12). Ispitanici koji žive u bračnim i vanbračnim zajednicama svoj odnos sa suprugom opisuje kao veoma blizak odnosno blizak 33,65%, dok je 9.4% ispitanika ima distanciran i veoma distanciran odnos sa partnerom (Tabela 13).

Tabela 12: Bračno stanje

| Bračno stanje | Frekvencije | Procenti |
|----------------------|--------------------|-----------------|
| Neoženjen | 52 | 48.6% |
| Bračna zajednica | 36 | 33.6% |
| Vanbračna zajednica | 9 | 8.4% |
| Drugo | 10 | 9.3% |

Tabela 13: Odnosi sa suprugom

| Odnosi sa suprugom | Frekvencije | Procenti |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| Veoma blizak | 23 | 21.5% |
| Blizak | 13 | 12.1% |
| Nije ni blizak ni distanciran | 5 | 4.7% |
| Distanciran | 5 | 4.7% |
| Veoma distanciran | 5 | 4.7% |

Čak 67 klijenata odnosno njih 62.6% nema regulisan radni status i nezaposleni su. (Tabela 14)

Tabela 14: Zaposlenost

| Da li ste zaposleni? | Frekvencije | Procenti |
|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| Da | 40 | 37.4% |
| Ne | 67 | 62.6% |

Većina ispitanih je ispoljavala devijantno ponašanje u svojoj prošlosti. Analiza ukazuje da je 86% ispitanih bilo zakonski kažnjavano (prekršajno ili krivično) i nešto preko polovine ispitanih bilo u zatvoru (53.3%). Takođe značajan broj je bježao od kuće (57%) i ispoljavao određenu vrstu deprivacije, 61.7% je kazalo da se u poslednjih godinu dana osjećalo tužno ili deprivirano. Suicid je izražen u nešto manjem obimu i 7.5% klijenata je izjavilo da je nekad u životu pokušalo da izvrši samoubistvo. Psihološko-penološke karakteristike prikazane su u Tabeli 15.

Tabela 15: Psihološke-penološke karakteristike ispitanika

| Psihološko-penološke osobine | Da | Ne |
|---|-----------|-----------|
| Da li si bježio od kuće? | 57.9% | 42.1% |
| Da li si bio kažnjavao (prekršajno ili krivično)? | 86% | 14.0% |
| Da li si bio u zatvoru? | 53.3% | 46.7% |
| Da li si se osjećao tužno i potišteno? | 61.7% | 38.3% |
| Da li si pokušao da izvršiš samoubistvo? | 7.5% | 92.5% |

Klijenti su u djetinjstvu bili nemirni i pretjerano nemirni (34.2%), dok je 30.5 bilo svadljivo i sklono tučama. Danas njih 13.8% smatra da su nemirni i pretjerano nemirni dok je 17% klijenata svadljivo i sklono tučama (Tabela 16).

Tabela 16: Priroda ponašanja

| Priroda ponašanja | U djetinjstvu sam bio? | Sada sam? |
|--------------------------|-------------------------------|------------------|
| Miran | 17.3% | 51.6% |
| Nemiran | 23.5% | 11.3% |
| Pretjerano nemiran | 9.7% | 2.5% |
| Stidljiv | 19.0% | 17.6% |
| Svadljiv | 15.0% | 11.3% |
| Sklon tučama | 15.0% | 5.7% |

Ukoliko sumiramo odgovore 60% klijenata u djetinjstvu je bilo nemirno, svadljivo, sklono tučama i pretjerano nemirno.

Kada se govori o karakteristikama ispitanika, tj. određenim psihološkim manifestacijama koje su u direktnoj vezi sa njihovim afinitetima i stavom prema životu podaci pokazuju da su najizraženije posljedice „stila života“ ispitanih gubitak interesovanja (53%), nagle promjene raspoloženja (71%), kao i osjećaj krivice (63%). U odnosu na njih nešto slabije zastupljeno je razmišljanje o smrti (24%) kao i agresivno ponašanje i izlivi bijesa (37%) (Tabela 17).

Tabela 17: Osobine ispitanika (multipli odgovori)

| Da li si u poslednjih godinu dana imao neke od sledećih problema (multipli odgovori) | Frekvencije | Procenti |
|---|--------------------|-----------------|
| Gubitak interesovanja oko sebe? | 53 | 53.0% |
| Nagle promjene raspoloženja? | 71 | 71.0% |
| Agesivno ponašanje i izlive bijesa? | 37 | 37.0% |
| Krivica? | 63 | 63.0% |
| Razmišljanje o smrti? | 24 | 24.0% |

Apstinencija

Kada su u pitanju godine starosti početka konzumiranja psihoaktivnih supstanci (Tabela 18.), odgovori klijenata su sljedeći: sa konzumiranjem cigareta i alkohola kreće u prosjeku sa 13 godina, pri čemu vrijednosti standardne devijacije pokazuju nešto širi interval godina što govori o većoj varijabilnosti tog podatka. Zatim slijede tablete za smirenje i marihuana u 16-toj godini, i nakon toga heroin u 18-toj godini.

Tabela 18: Poroci - početak konzumacije

| Kada ste prvi put probali (prosječne vrijednosti) | Mean | SD | Skewness | Kurtosis |
|--|-------------|-----------|-----------------|-----------------|
| Cigarete | 13.71 | 4.337 | 0.667 | 4.101 |
| Alkohol | 13.88 | 2.539 | -0.904 | 10.619 |
| Tablete za smirenje | 16.64 | 6.604 | -0.369 | 2.324 |
| Marihuanu | 16.16 | 3.160 | -0.028 | 8.908 |
| Heroin | 18.49 | 2.799 | 0.286 | 0.262 |

Najčešći razlog za početak konzumiranja psihoaktivnih supstanci navode se „radoznalost“ 47.8% kao i „društvo“ 27.7% (Tabela 19).

Tabela 19: Faktori početka konzumiranja opojnih supstanci

| | N | Procenti | Procenat slučajeva |
|-------------|-----|----------|--------------------|
| Porodica | 18 | 11.3% | 17.5% |
| Društvo | 44 | 27.7% | 42.7% |
| Problemi | 21 | 13.2% | 20.4% |
| Radoznalost | 76 | 47.8% | 73.8% |
| Ukupno | 159 | 100.0% | 154.4% |

Kada je u pitanju broj odlazaka na tretmane liječenja (Tabele 20) najveći broj ispitanika išao je do 3 puta, tj. skoro polovina (48.6%). Zatim slijede odgovori od 4 do 6 puta dok su ostali odgovori slabije zastupljeni.

Tabela 20: Broj odlazaka na liječenje bolesti zavisnosti do sada

| | Frekvencije | Procenti |
|----------------------------|-------------|----------|
| 1-3 puta | 52 | 48.6% |
| 4-6 puta | 33 | 30.8% |
| 7-10 puta | 13 | 12.1% |
| Preko 10 | 7 | 6.5% |
| Nijesam se do sada liječio | 2 | 1.9% |

Najveći broj ispitanih je započeo tretman odvikavanja sa 31 godinu (Tabela 21). Takođe, gotovo svi ispitanici, 96.3% su dali odgovor da apstiniraju (Tabela 21), dok su tokom života prosječno apstinirali 5 puta.

Tabela 21: Apstinencija

| | Frekvencije | Procenti |
|----------------------------------|-------------|-----------|
| Da | 103 | 96.3% |
| Ne | 4 | 3.7% |
| Koliko često apstinirate? | Mean | SD |
| | 5.18 | 2.483 |

Procjena uspješnosti programa liječenja

95.3% klijenata smatra da je Program 12 koraka uspješan. Takođe značajan broj ispitanih psojećuje grupe samopomoći, 76.6%, pri čemu je najčešći odlazak više puta nedeljno (56.3%) (Tabela 22).

Tabela 22: Uspješnost liječenja

| Da li smatrate da je Program 12 koraka uspješan ? | Frekvencije | Procenti |
|--|--------------------|-----------------|
| Da | 102 | 95.3% |
| Ne | 5 | 4.7% |

| Da li posjećujete grupe samopomoći? | Frekvencije | Procenti |
|--|--------------------|-----------------|
| Da | 82 | 76.6% |
| Ne | 25 | 23.4% |

| Koliko često posjećujete grupe samopomoći? | Frekvencije | Procenti |
|---|--------------------|-----------------|
| Jednom nedeljno | 10 | 9.3% |
| Više puta nedeljno | 56 | 52.3% |
| Jednom mjesečno | 7 | 6.5% |
| Više puta mjesečno | 13 | 12.1% |

Kada je u pitanju zdravstveno stanje ispitanih, ne možemo tvrditi da je zdravlje ispitanih na zavidnom nivou jer 24.3% ima Hepatitis C.

9.2. Socijalna podrška - struktura i značaj kod bivših korisnika psihoaktivnih supstanci

Da bi pristupili analizi i testiranju hipoteza ovoga rada potrebno je ispitati Socijalnu podršku i strukturu njene latentnosti. Kako se govori o konstrukt o kojem ne postoje jasna slaganja već su mnogo češća mimoilaženja u naučnim krugovima (jedan od primjera je i mnogo definicija ovoga pojma) analiza bi bila nekompletna ukoliko se ne

bi ispitala karakteristike i struktura socijalne podrške. Na ovaj način ciljano i u odnosu na populaciju koja je predmet ovoga rada utvrđene su karakteristike ovog važnog konstrukta.

U istraživanju je korištena Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (MSPSS) (Zimet *et al.*, 1988). Skala se sastoji od 12 varijabli koje ukazuju na dimenzionalnost (faktorska validnost) izraženu kroz tri komponente: porodica, prijatelji, značajna podrška. Odgovori u skali su rangirani od 1 do 7 (1. Veoma jako se ne slažem, 7. Veoma jako se slažem).

Kako bi se utvrdila dimenzionalnost MSPSS korištena je analiza glavnih komponenti sa *direct oblimin* rotacijom (Tabachnick, Fidell, 2013) kojom je ispitana faktorabilnost MSPSS skale. Zatim se pristupilo ispitivanju pouzdanosti mjerne skale Cronbach alpha koeficijentom kao diskriminatornu validnost ispitivanjem međusobnih korelacija između komponenti.

Analizom glavnih komponenti izdvojene su komponente i utvrđena faktorabilnost unutar tri komponente. Prije sprovođenja Analize glavnih komponenti utvrđena je prikladnost podataka ispitivanjem korelacije između varijabli ($r > .3$). Vrijednost Kajzer-Mejer-Olkinovog pokazatelja je .845 što premašuje graničnu vrijednost od .6 uz statistički značajan Bartletov test sferičnosti (sig. = .00).

Analiza glavnih komponenti je otkrila prisustvo 3 komponente sa karakterističnim vrijednostima iznad 1, koje objašnjavaju 54.89%, 12.53% i 10.92% varijanse. U odnosu na strukturu komponenti nazvani su *Prijatelji*, *Porodica*, *Značajna podrška*. Pregledom tabele 23. uočava se struktura komponenti i opravdanost njenih naziva. Tako, npr. komponentu *Prijatelji* objašnjavaju varijable koje podrazumijevaju prijatelje kao važnu podršku i oslonac u životu. Sa druge strane komponenta *Značajna podrška* podrazumijeva varijable koje podrazumijevaju postojanje „posebne osobe“ u životu ispitanika i njene značajne uloge. I u komponenti porodica uočava se prisustvo varijabli koje ističu značajnu ulogu porodice u životu ispitanika.

U daljem postupku istraživanja ispitala se unutrašnja saglasnost skale. Iz tog razloga ispitivan je Cronbach Alpha koeficijent, koji je ispitan kako za cjelokupan skor varijabli koje čine sintetičku varijablu socijalna podrška tako i pojedinačne sintetičke varijable koje su ekstrahovane u prethodnoj analizi. Zimet i saradnici (1998) su prethodno ispitali ova svojstva i utvrdili sledeće. Koeficijent α za svih 12 varijabli (*Socijalna podrška*) je iznosio .88. *Porodica*, *Prijatelji* i *Značajna podrška* pokazuju koeficijent α od .85, .75, i .72. Komparativno sa sprovedenom analizom utvrđena je unutrašnja saglasnost Socijalne podrške od .92, dok su kod *Porodice*, *Prijatelja* i *Značajne podrške* ovi koeficijenti iznosili .89, .934, i .88.

Tabela 23: Matrica faktorskih težina i korelacija za PCA sa direct oblim rotacijom (Kajzerova normalizacija) trokomponentnog rješenja

| | Faktorske težine | | |
|---|------------------|------------------|-------------|
| | Prijatelji | Značajna podrška | Porodica |
| Mogu da računam na moje prijatelje kada stvari krenu po zlu. | .944 | -.002 | -.018 |
| Imam prijatelje sa kojima mogu da dijelim moju sreću i tugu. | .923 | -.017 | -.002 |
| Mogu da pričam o mojim problemima sa mojim prijateljima. | .856 | -.087 | .065 |
| Moji prijatelji se zaista trude da mi pomognu. | .764 | .160 | -.003 |
| Postoji posebna osoba koja je tu uvijek kada mi zatreba. | -.072 | .941 | .066 |
| Postoji posebna osoba koja mi predstavlja izvor utjehe. | .075 | .865 | .027 |
| Postoji posebna osoba u životu sa kojom mogu da djelim radost i tugu. | -.017 | .761 | -.034 |
| Postoji posebna osoba u mom životu kojoj je stalo do mojih osjećanja. | .278 | .417 | .095 |
| Mogu da razgovaram o svojim problemima sa svojom porodicom. | -.021 | .064 | .855 |
| Moja porodica je spreman da mi pomogne kada donosim odluke. | -.003 | -.001 | .822 |
| Imam emotivnu pomoć i podršku koja mi je potrebna od moje porodice. | -.014 | -.078 | .780 |
| Moja porodica se zaista trudi da mi pomogne. | .092 | .119 | .727 |
| Kajzer – Mejer – Olkinov pokazatelj | | | .845 |
| Bartletov test sferičnosti (sig.) | | | .000 |

Napomena: vrijednosti veće od .3 su boldovane

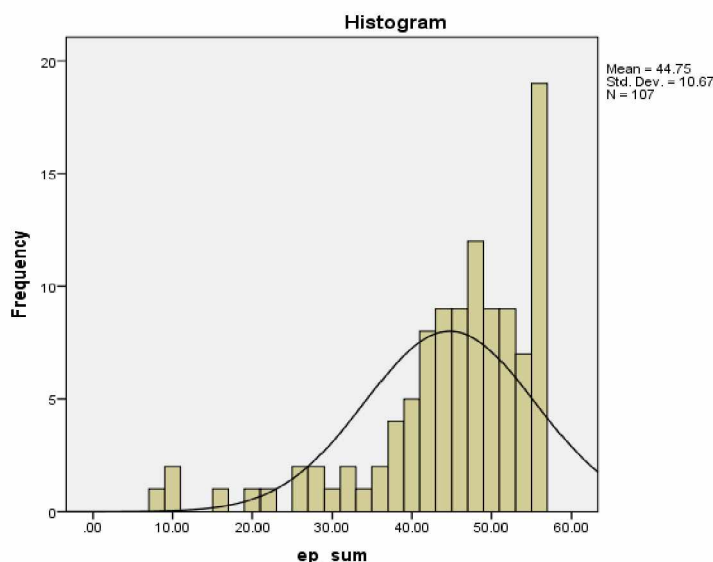
Prisustvo emocionalne podrške unutar MSPSS

Emocionalna podrška kao suma najčešće dvije komponente (*Prijatelji* i *Porodica*) predstavlja važan ako ne i najvažniji dio socijalne podrške. Ispitivanjem koeficijenata korelacije između tri komponente MSPSS utvrđena se validnost ove pretpostavke. Sve tri komponente pokazuju statistički značajne rezultate ($p < .05$). Korelacija između komponenti *Prijatelji* i *Značajna podrška* iznosi .510, dok je između *Značajne podrške* i *Porodice* .617. Sa druge strane korelacija između *Značajne podrške* i *Porodice* .525. sugerišu da postoji značajnija povezanost između komponenti *Prijatelji* i *Porodica*.

Da bi se ispitao značaj emocionalne podrške kod ispitanika korištena je deskriptivna statistika, odnosno formiran je sintetički skor od varijabli koje su u prethodnom dijelu prepoznate kao dio emocionalne podrške. Kao što tabela 24. pokazuje emocionalna podrška kod bivših korisnika psihoaktivnih supstanci ima veliki značaj. Vrijednosti distribucije se kreću u intervalu od 8 do 56. Aritmetička sredina je 44.75 a vrijednost skjunita govori o negativnoj asimetričnosti, tj. višku iznad prosječnih vrijednosti.

Tabela 24: Deskriptivna statistika Emocionalne podrške

| | | |
|---------------------------|--------|-----|
| N | 107 | 107 |
| | 0 | 0 |
| Aritmetička sredina | 44.747 | 7 |
| Standardna greška a.s. | 1.0315 | 2 |
| Medijana | 47.000 | 0 |
| Modus | 56.00 | |
| Std. Devijacija | 10.670 | 09 |
| Varijansa | 113.85 | 1 |
| Skjunis | -1.527 | |
| Std. greška skjunisa | .234 | |
| Kurtosis | 2.494 | |
| Std. greška kurtosisa | .463 | |
| Opseg | 48.00 | |
| Minimum | 8.00 | |
| Maksimum | 56.00 | |
| Suma vrijednosti | 4788.0 | |



Podaci iz Tabele 25 (nakon što je intervalna varijabla binovana i transformisana u kategorijalnu) pokazuju značaj koji emocionalnoj podršci pridaju klijenti. Iz tabele se uočava da je jako mali procenat izrazio da mu emocionalna podrška nije važna, dok sa druge strane 85.1% ispitanih je ukazalo na značaj ovoga konstrukta.

Tabela 25: Emocionalna podrška (binovana varijabla)

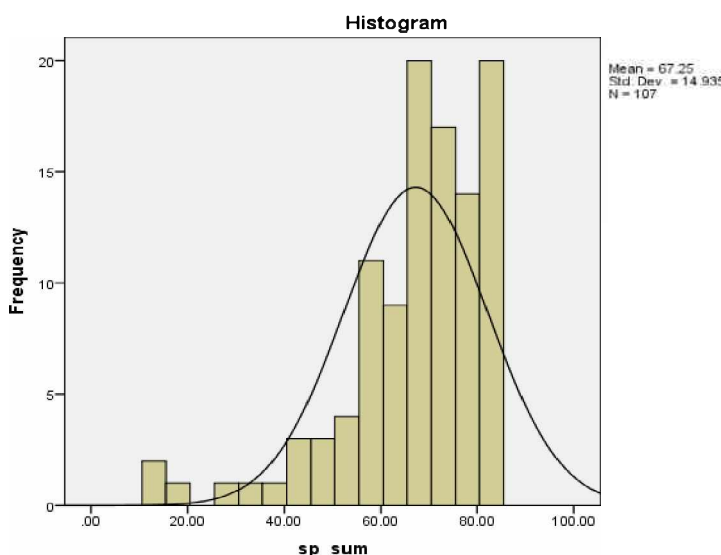
| Emocionalna podrška (binovana varijabla) | Frekvencije | Procenti |
|--|-------------|----------|
| Uopšte mi nije važna | 4 | 3.7% |
| Djelimično mi je važna | 4 | 3.7% |
| Nije mi važna ni nevažna | 8 | 7.5% |
| Važna je | 35 | 32.7% |
| Izuzetno je važna | 56 | 52.4% |

Socijalna podrška bivših korisnika psihoaktivnih supstanci

Da bi se utvrdio nivo socijalne podrške kod bivših korisnika psihoaktivnih supstanci konstruisan je sintetički skor varijabli koje čine ovaj konstrukt.

Tabela 26: Deskriptivna statistika Socijalne podrške

| | | |
|------------------------|---------|----------|
| N | Valid | 107 |
| | Missing | 0 |
| Aritmetička sredina | | 67.2523 |
| Standardna greška a.s. | | 1.44377 |
| Medijana | | 70.0000 |
| Modus | | 84.00 |
| Std. Devijacija | | 14.93451 |
| Varijansa | | 223.039 |
| Skjunis | | -1.574 |
| Std. greška skjunisa | | .234 |
| Kurtosis | | 3.116 |
| Std. greška kurtosisa | | .463 |
| Opseg | | 71.00 |
| Minimum | | 13.00 |
| Maksimum | | 84.00 |
| Suma vrijednosti | | 7196.00 |



U tabeli 26. se nalaze vrijednosti za varijablu Socijalna podrška. Kao što tabela pokazuje vrijednosti se kreću u intervalu od 13 do 84. Veće vrijednosti na skali podrazumijevaju prisustvo većeg značaja socijalne podrške. Ukoliko uočimo prosječne vrijednosti

primjećujemo izvjesna neslaganja, tačnije vrijednosti aritmetičke sredine, medijane i modusa značajnije odstupaju i ukazuju na asimetričnost distribucije. Pokazatelj skjunis, koji mjeri asimetriju distribucije, pokazuje nam da je u pitanju negativno asimetrična distribucija. To u ovom slučaju podrazumijeva prisustvo iznadprosječnih vrijednosti.

Nakon što je varijabla binovana i transformisana u kategorijalnu sa 5 kategorija, uočava se značaj koji ispitanici pridaju socijalnoj podršci. Kumulativno posmatrano 85.1% ispitanih je izjavilo da mu je socijalna podrška važna u životu (ili izuzetno važna) (Tabela 27).

Tabela 27: Socijalna podrška (binovana varijabla)

| Socijalna podrška (binovana varijabla) | Frekvencije | Procenti |
|---|--------------------|-----------------|
| Uopšte mi nije važna | 3 | 2.8% |
| Djelimično mi je važna | 3 | 2.8% |
| Nije mi važna ni nevažna | 10 | 9.3% |
| Važna je | 37 | 34.6% |
| Izuzetno je važna | 54 | 50.5% |

9.3. Kvalitet života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci

Za ispitivanje kvaliteta života korišten je upitnik kvaliteta života ComQol-A5, kojim je ispitivana subjektivna procjena kvaliteta života (u pitanju je redukovana verzija upitnika). Upitnik se sastoji od 14 pitanja podijeljenih na dva dijela — sedam skala kojima se mjeri zadovoljstvo kvalitetom života i sedam skala za procjenu važnosti po domenima kvaliteta života. Unutar skale se nalazi sedam domena: materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće, intimnost, sigurnost, zajednica, emocionalno blagostanje. Skala pokazuje dobru unutrašnju saglasnost, $\alpha = .863$. Utvrđeno je da taj model pokazuje najveću vrijednost Cronbach's Alpha i da nijedna druga „kombinacija“ varijabli ne bi dala polje „poklapanje“.

U tabeli 28 se nalaze prosječne vrijednosti izražene kroz aritmetičku sredinu kao i vrijednosti standardne devijacije i skjunisa kojima su mjerena odstupanja unutar distribucije. Odgovori podrazumijevaju intervale od 1. uopšte mi nije važno do 10. ne može mi biti važnije nego što jeste. Time više vrijednosti na skali označavaju važnost koju ispitanici daju određenim domenima.

U navedenoj tabeli se može jasno uočiti slaganje odgovora između dvije kategorije - zadovoljstvo kvalitetom života i važnost po domenima. Takođe vrijednosti skjunisa ukazuju na negativnu asimetričnost podataka, tj. gotovo sve distribucije imaju tendenciju „viška“ iznad prosječnih vrijednosti.

Kao što tabela pokazuje ispitanici su najmanje zadovoljni materijalnim blagostanjem kao i položajem u zajednici i postignućem u životu. Klijentima zdravlje po važnosti nije ni na prvom ni na poslednjem mjestu. Klijenti su najviše zadovoljni osećajem sigurnosti, bliskošću sa drugim osobama (porodicom, prijateljima) i emocionalnim blagostanjem.

Tabela 28: Kvalitet života ispitanika

| | Zadovoljstvo kvalitetom života | | | Važnost kvaliteta života (po domenima) | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------|----------|---|-------|----------|
| | Arit. Sred. | S.D. | Skewness | Arit. Sred. | S.D. | Skewness |
| <i>Materijalno blagostanje</i> | 6.07 | 2.565 | -.307 | 6.11 | 2.682 | -.403 |
| <i>Zdravlje</i> | 8.97 | 1.718 | -2.333 | 7.41 | 2.442 | -1.053 |
| <i>Postignuće u životu</i> | 8.43 | 2.106 | -1.808 | 6.62 | 2.583 | -.587 |
| <i>Intimnost</i> | 9.03 | 1.575 | -2.794 | 7.49 | 2.459 | -1.025 |
| <i>Sigurnost</i> | 9.01 | 1.799 | -2.601 | 7.78 | 2.143 | -1.180 |
| <i>Položaj u zajednici</i> | 8.14 | 2.332 | -1.558 | 7.40 | 2.394 | -1.013 |
| <i>Emocionalno blagostanje</i> | 9.15 | 1.660 | -2.525 | 7.40 | 2.445 | -1.019 |

Sa druge strane u odnosu kakvu važnost pridaju tim domenima može se utvrditi da materijalnom blagostanju pridaju najmanji značaj, u odnosu na ostale domene, dok domeni zdravlje, intimnost, položaj u zajednici i emocionalno blagostanje imaju skoro podjednaki značaj u njihovom životu. Najveći značaj ima domen sigurnost.

Da bi se ispitao ukupan skor kada je u pitanju kvalitet života i važnost kvaliteta života, korišteni su sumarni skorovi. Po sedam varijabli stavljena su u dva bloka kojima je ispitana latentnost ova dva konstrukta. Nakon binovanja varijable dobijena je kategorijalna varijabla koja pokazuje nivo zadovoljstva u ova dva konstrukta.

Većini klinjata je važno zadovoljstvo kvalitetom života (kumulativno 94.4% ispitanih je imalo ovaj stav). Takođe visok procenat pokazuje da je važnost kvalitetom života prisutna kod više od 70% ispitanih (Tabela 29).

Tabela 29: Kvalitet života ispitanika (binovane vrijednosti)

| Kvalitet života (binovana varijabla) | Zadovoljstvo kvalitetom života | Važnost kvaliteta života |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| Uopšte mi nije važna | 1.9% | 1.9% |
| Djelimično mi je važna | 0.9% | 3.7% |
| Nije mi važna ni nevažna | 2.8% | 17.8% |
| Važna je | 25.2% | 40.2% |
| Izuzetno je važna | 69.2% | 36.4% |

9.4. Zdravstveni status bivših korisnika psihoaktivnih supstanci

Zdravstveni status ispitivan je upitnikom SF-36 razvijenim u RAND korporaciji (RAND HEALTH, 2017). Upitnik procjenjuje 8 domena zdravstvenog stanja: fizičko funkcionisanje, ograničene mogućnosti zbog pogoršanja fizičkog zdravlja, ograničena uloga zbog emocionalnih problema, vitalnost, emotivno blagostanje, društveno funkcionisanje, bol, zdravlje (opšte). Upotreba varijabli iz upitnika, rekodiranje varijabli i kreiranje sintetičkih skorova je bila u skladu sa standardizovanom procedurom korporacije (Rand Health, 2017).

U tabeli 30. se nalaze vrijednosti koje ukazuju na prosječno zdravstveno stanje klijenata. Vrijednosti su rekodirane tako da veće vrijednosti ukazuju na bolji zdravstveni status ispitanika. Vrijednosti se kreću u rasponu od 0 do 100, pri čemu vrijednosti manje od 50 ukazuju na lošije zdravstveno stanje a vrijednosti iznad 50 poboljšanje zdravlja u tom domenu.

Tabela 30: Zdravstveni status ispitanika

| | Broj varijabli | Cronbach's Alpha | Aritm. sredina | S.D. |
|---|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------|
| <i>Fizičko funkcionisanje</i> | 10 | .922 | 81.72 | 31.34 |
| <i>Smanjene sposobnosti zbog pogoršanje fizičkog zdravlja</i> | 4 | .879 | 59.81 | 42.16 |
| <i>Smanjene sposobnosti zbog emocionalnih problema</i> | 3 | .851 | 57.94 | 43.51 |
| <i>Vitalnost</i> | 4 | .759 | 59.43 | 19.62 |
| <i>Emotivno blagostanje</i> | 5 | .761 | 65.38 | 17.07 |
| <i>Društveno funkcionisanje</i> | 2 | .698 | 71.68 | 22.78 |
| <i>Bol</i> | 2 | .913 | 76.58 | 25.32 |
| <i>Zdravlje (opšte)</i> | 5 | .712 | 69.95 | 18.98 |

Za fizičko funkcionisanje napravljen je sumarni skor od 10 varijabli. Provjera pouzdanosti mjerne skale pokazuje jako dobru unutrašnju saglasnost pri čemu je Cronbach's Alpha veći od .7 ($\alpha = .922$). Aritmetička sredina ukazuje na dobro fizičko funkcionisanje (prosječna vrijednost je 81.72, sa standardnom devijacijom od 31.34 koja ukazuje na asimetričnost distribucije i prisustvo viška ispod prosječnih vrijednosti).

Kada je u pitanju smanjenje sposobnosti zbog pogoršanja fizičkog zdravlja sumarni skor je kreiran od 4 varijable. Cronbach's Alpha koeficijent ukazuje na dobru unutrašnju saglasnost varijabli ($\alpha = .879$). Prosječna vrijednost za ispitanike ukazuje na smanjenu sposobnost zbog pogoršanja fizičkog zdravlja (59.81), kao i na asimetričnu distribuciju i višak ispod prosječnih vrijednosti.

Smanjenje sposobnosti zbog emocionalnih problema je domen kreiran od 3 varijable, koje pokazuju unutrašnju saglasnost i opravdanost skora ($\alpha = .851$). Aritmetička sredina za ovaj domen pokazuje manju vrijednost, naročito ako se uporede sa ostalim vrijednostima (iz ostalih domena).

Sintetički skor za domen vitalnost kreiran je od 4 varijable, a opravdanost ovog skora dolazi iz dovoljno visokog Cronbach's Alpha koeficijenta ($\alpha = .759$). Aritmetička sredina ukazuje na srednju vrijednost ovoga indikatora (59.43).

Skor emotivno blagostanje je kreiran od 5 varijabli sa unutrašnjom saglasnošću od $\alpha = .761$. Emotivno blagostanje pokazuje prosječnu vrijednost od 65.38 što je indikator zadovoljavajuće emotivnog stanja. Vrijednosti standardne devijacije pokazuju normalnu raspodjelu podataka.

Društveno funkcionisanje pokazuje unutrašnju saglasnost od $\alpha = .761$ a čine ga 2 varijable. Prosječna vrijednost pokazuje dovoljno visok nivo ovog domena (71.68). Standardna devijacija pokazuje asimetričnost i prisustvo viška iznad-prosječnih vrijednosti.

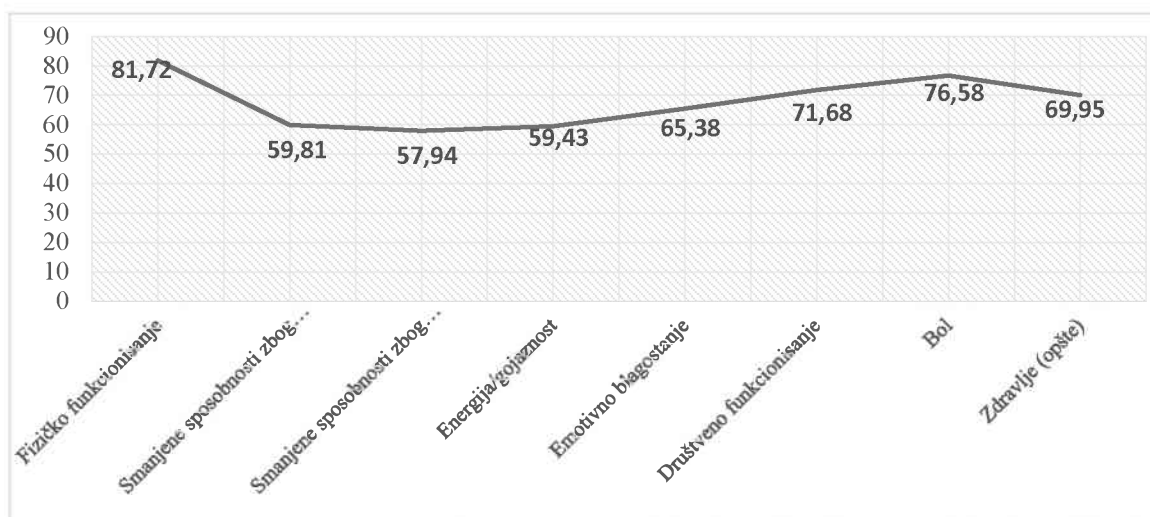
Prisustvo bola kod ispitanika ukazuje na smanjenu izraženost ovoga problema (76.58). Skor je kreiran od dvije varijable koje ukazuju na visoku unutrašnju saglasnost ($\alpha = .913$).

I poslednji skor unutar ovoga upitnika se odnosi na zdravlje uopšte. Kreiran je skor od 5 varijabli sa Cronbach's Alpha koeficijentom iznad zadovoljavajućeg nivoa ($\alpha = .712$). Vrijednost aritmetičke sredine pokazuje iznad-prosječno zdravstveno stanje ispitanika ali i vrijednost standardne devijacije koja ukazuje na asimetriju i to prisustvo iznad-prosječnih vrijednosti.

Odnos svih prosjeka za prikazanih 8 domena prikazan je u Grafiku 1. Uočava se da je najbolje zdravstveno stanje ispitanika u domenu fizičko funkcionisanje kao i odsustvu bola. Društveno funkcionisanje, zdravlje (opšte) i emotivno blagostanje se nalaze u prosjeku u odnosu na sve rezultate na skali. Najlošiji indikatori su vezani za smanjenu

spособnost usled pogoršanja fizičkog zdravlja i emocionalnih problema kao i vitalnosti. Uvidom u ove pokazatelje stiče se utisak postojanja određene latentne dimenzije naročito kada su u pitanju lošiji indikatori na skalama.

Grafik 1: Zdravstveni status (komparativni pregled domena)



9.5. Korelacione karakteristike skala primijenjenih u istraživanju

Utvrđivanje međukorelacije i korelacije sa drugim varijablama iz ostalih upitnika daće odgovor na glavne hipoteze ovoga rada. Kako smo varijable dobili formiranjem sintetičkih skorova intervalnog tipa, za svrhe daljeg ispitivanja u analizi će se koristiti bivarijantna korelacija. Naime, prethodno kreirane sintetičke varijable socijalna podrška, emocionalna podrška, zdravstveni status i kvalitet života stavljene su u jedan blok i dobijene su sljedeće korelacije (Tabela 31).

Prva hipoteza rada je podrazumijevala statistički značajnu vezu između socijalne podrške i kvaliteta života. Iz tabele se jasno uočava statistički značajna veza ($p = .001$) sa srednje jakim korelacionim koeficijentom ($r = .317$).

Druga hipoteza navodi da postoji statistički značajna veza između emocionalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci. Pregledom Pirsonovog

koeficijenta korelacije utvrđeno je da je veza pozitivna i umjerene jačine ($r = .299$). Test statističke značajnosti ukazuje na statistički značajnu vezu ($p = .002$).

Poslednjom hipotezom navodi se da postoji veza između socijalne podrške i kvaliteta života. Pirsonov koeficijent korelacije, koji kada je u pitanju ova međuzavisnost, pokazuje pozitivnu korelaciju ($r = .287$) sa statistički značajnim koeficijentom ($p = .003$).

Tabela 31: Korelacione karakteristike skala korišćenih u istraživanju

| | | Socijalna podrška | Emocionalna podrška | Zdravstveni status | Kvalitet života |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Socijalna podrška | Pearson | 1 | .951** | .287** | .317** |
| | Correlation | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 | .003 | .001 |
| | N | 107 | 107 | 107 | 107 |
| Emocionalna podrška | Pearson | .951** | 1 | .287** | .299** |
| | Correlation | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | | .003 | .002 |
| | N | 107 | 107 | 107 | 107 |
| Zdravstveni status | Pearson | .287** | .287** | 1 | .317** |
| | Correlation | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .003 | .003 | | .001 |
| | N | 107 | 107 | 107 | 107 |
| Kvalitet života | Pearson | .317** | .299** | .317** | 1 |
| | Correlation | | | | |
| | Sig. (2-tailed) | .001 | .002 | .001 | |
| | N | 107 | 107 | 107 | 107 |

Napomena: * $p < .05$; ** $p < .01$

10. Rasprava

Istraživanje je pokazalo da je najveći broj ispitanika završio srednju školu (70.1%). Međutim nije zanemarljiv ni podatak koji ukazuje da je 19.6 % ispitanika završilo samo osnovnu školu. Fakultetsku diplomu posjeduje svega 10.3% ispitanih. Obrazovanje se pokazalo kao značajan faktor koji doprinosi upotrebi droga, pa što je završen veći nivo obrazovanja, manja je vjerovatnoća zloupotrebe droga.

Podaci Zavoda za statistiku Crne Gore iz juna 2017. godine ukazuju da najveće učešće u obrazovnoj strukturi aktivnog stanovništva u Crnoj Gori imaju lica sa završenim srednjim obrazovanjem i to 59.5%, zatim 29.8% lica sa završenim višim ili visokim obrazovanjem, i 10.6% lica sa završenom osnovnom školom ili nižim obrazovanjem (Zavod za statistiku, Anketa o radnoj snazi Prvi kvartal 2017, 2017).

Važno je istaći da je postignuće u procesu obrazovanja normalno distribuirano pa time je najveći broj onih koji su imali dobar uspjeh u prethodnoj školskoj godini (poslednjoj koju su pohađali) a zatim vrijednosti opadaju normalno prema nedovoljnom i odličnom uspjehu. Ovakva slika generalno ne odstupa mnogo od prosječnog obrazovanja u Crnoj Gori, pa je time nivo obrazovanja ispitanih na prosječnom nivou građana Crne Gore.

Istraživanje koje je sprovedeno u Republici Hrvatskoj na uzorku od 146 ispitanika koji su se u trenutku sprovođenja istraživanja 2008. i 2009. godine nalazili na liječenju u Klinici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu Vrapče, KBC-u Sestre Milosrdnice, Centru za izvanbolničko liječenje Remetinec u Zagrebu i nekoliko terapijskih zajednica u Republici Hrvatskoj takođe je pokazalo da je većina zavisnika sa završenom srednjom stručnom spremom (78%), nižeg obrazovnog statusa ili bez osnovne škole je 18% dok samo 4% ispitanika ima višu ili visoku stručnu spremu (Ivandić Zimić, 2010).

Takođe rezultati istraživanja koje je 2013. godine sprovedeno u tri različita grada Jogeshwari, Bandra i Boriwali u Mumbaijukoji su dobijeni na uzorku od 100 ispitanika koja su na liječenju pokazalo je da je 53% završilo srednju školu, 19% njih je sa

osnovnom dok je samo 7% ispitanika sa fakultetskom diplomom (Jumade, Kasbe, Giri, 2016: 1115-1118).

Pitanje koji su razlozi nedovoljnog obrazovanja ispitanih i objašnjava veliki procenat klijenata sa diplomom osnovne škole. Naime, najveća stopa napuštanja procesa obrazovanja je prisutna u srednjoj školi kada i počinje proces upotrebe psihoaktivnih supstanci. Napuštanje škole takođe može biti posljedica nezrelost i pritiska vršnjaka. Međutim procenat onih koji nisu napustili školu je visok i iznosi 60.7%. Sve ovo upućuje na zaključak da imamo dvije strukture po pitanju obrazovanja ispitanih, sa jedne strane se nalaze oni koji napuštaju školovanje zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci a sa druge strane postoji izražena tendencija završavanja započetog procesa obrazovanja (bez obzira na nivo).

Najučestaliji razlozi napuštanja škole su gubitak interesovanja (13.1%) i pojava blažeg oblika devijantnog ponašanja (11.2%) kao i početak upotrebe psihoaktivnih supstanci (15.9%). Odnos između zavisnosti od droga i napuštanja školovanja su predmet interesovanja mnogih istraživača. Neki teoretičari smatraju da napuštanje škole smanjuje nivo frustracije koje učenici osjećaju i smanjuju učešće u upotrebi droga. Autori koji zastupaju stav teorije socijalne kontrole, s druge strane, smatraju da napuštanje škole kao posledicu ima odvajanje od društva i povećava vjerovatnoću zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (Krohn i sar., 1995). Chatterji (2006) je u svom istraživanju pokušao da utvrdi uzročno-poljedičnu vezu između broja godina završenog obrazovanja i zloupotrebe droga u toku srednje škole. On je zaključio da konzumiranje droga utiče na smanjenje trajanja srednjoškolskog obrazovanja.

Podaci koje se odnose na obrazovni status ispitanika pružaju platformu za dijalog o strategijama prevencija i intervencija koje su usmjerene na podgrupe koje su potencijalno u opasnosti. S obzirom da je većina ispitanika sa završenom srednjom stručnom spremom preventivni programi prevencije su neophodni još u ranim godinama odnosno u periodu osnovnog obrazovanja kako bi se djeca u što ranijem uzrastu upoznala sa posljedicama zloupotrebe psihoaktivnih supstanci kroz obrazovno-vaspitni sistem i sprovođenje javnozdravstvenih intrvencija. Edukacija o zloupotrebi supstanci može uključivati

činjenične podatke o tome šta je zloupotreba supstanci, koji su znaci zavisnosti, informacije o tome da konzumiranje droga utiče na zdravlje kao i koje su posljedice na fizičko i mentalno zdravlje kako onog koji konzumira droge tako i na porodicu, odnose u istoj, kao i informacije kako i zašto se supstance zloupotrebljavaju. Obrazovanje može uključivati i informacije o tome kako se baviti članom porodice ili prijateljem koji se bori sa poremećajem supstanci i kako se podržava tokom procesa detoksifikacije i rehabilitacije. S obzirom da je znanje moć, sa tačnim informacijama o ovoj temi, djeca u kritičnom uzrastu će vjerovatnije donositi odluku zasnovanu na činjenicama. Studije su pokazale da su programi prevencije zloupotrebe supstanci djelotvorni ukoliko se zasnivaju na istraživanju i pravilno sprovode, i značajno smanjuju upotrebu psihoaktivnih supstanci. Ovi programi podstiču zaštitne faktore koji smanjuju vjerovatnoću problema zloupotrebe supstanci, kao i uticaj faktora rizika koji čine pojedince podložnije zloupotrebi supstanci (National Institute on Drug Abuse, 2014).

Posebno je važno uključiti preventivne programe u školama, jer oni smanjuju rizik od razvoja poremećaja upotrebe supstanci kasnije u životu. Obrazovanje o zloupotrebi supstanci može započeti već u predškolskim ustanovama kako bi se smanjio uticaj faktora rizika na kasnije donošenje odluka - naročito tokom turbulentnih adolescentskih godina - gdje se često pojave poremećaji upotrebe supstanci. Naravno, programe je potrebno prilagoditi uzrastu učenika (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Kada govorimo o prihodima ispitanika prosječna primanja govore o stabilnom budžetu (720€). Međutim, uz datu vrijednost skjunisa (1.598) i kurtosisa (2.960) jasno je da imamo asimetričnu distribuciju u kojoj su izražene ispod-prosječne vrijednosti. Distribucija odgovara raspodjeli ove varijable koja se sreće u istraživanjima populacije u Crnoj Gori, osim što su prihodi većinske populacije u prosjeku nešto niži. Prosječna zarada (bruto) u decembru 2019. godine u Crnoj Gori iznosila je 781 eura, dok je prosječna zarada bez poreza i doprinosa (neto) iznosila 520 eura (Monstat, 2019).

Cijena tretmana za državljane Crne Gore ustanovi iznosi 1000€, od čega porodica klijenta participira sa 230€, dok ostatak finansira Glavni grad Podgorica i Ministarstvo rada i socijalnog staranja. Možemo zaključiti da su vrijednosti dobijeni istraživanjem

vjerovatno posljedica toga što su klijenti koji se liječe u ustanovi uglavnom boljeg materijalnog stanja i mogu priuštiti jednogodišnji tretman liječenja.

Slično istraživanje rađeno u Republici Hrvatskoj takođe ukazu da je svoj materialni status procjenjuje kao dobar ili osrednji čak 66% ispitanika, vrlo dobar i odličan 19% dok samo 15% ispitanika svoj materijalni status ocjenjuje kao loš (Ivandić Zimić, 2010).

Veći prihodi u porodici mogu biti povezani sa upotrebom psihoaktivnih supstanci zbog povećanja kupovne moći pojedinca i mogućnosti da, sa finansijske strane, omoguće pristup drogama. Sa druge strane ovaj prediktor može da bude značajan i zbog druženja sa osobama koje takođe imaju slična finansijska sredstva. Međutim, i niža primanja u porodici mogu da utiču na konzumiranje droga koja se u tim situacijama koristi kao mehanizam za suzbijanje zbog povećanog stresa. Studije koje su rađene u vezi sa ovom problematikom nisu dale dosljedne rezultate u ovim područjima (Huckle et al., 2010: 1192-1202).

Urednik časopisa Američka akademija za dječiju i adolescentnu psihijatriju 2009. godine proglasio je bogate mlade za "novu rizičnu grupu" za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci (Koplewicz, Gurian, Williams, 2009: 1053-1055). Istraživanja su ukazala na povećanu zloupotrebu psihoaktivnih supstanci u uglavnom obrazovanim i bogatim porodicama (Reboussin, et.al., 2010: 38-47). Slični obrasci se vide u visoko školskim ustanovama koje služe uglavnom bogatim učenicima (Bui, Dougherty, 2017). U nacionalno reprezentativnom uzorku od preko 13.000 američkih adolescenata, Coley, Sims, Dearing i Spielvogel (2017) ustanovili su da je školovanje gdje postoji veliki broj bogatih školskih prijatelja povezano sa značajno većom vjerovatnoćom za upotrebu nedozvoljenih droga. U sličnim analizama podataka u Norveškoj, Lund, Dearing i Zachrisson (2017) su pronašli povezanosti između bogatstva i korišćenja psihoaktivnih supstanci: đaci koji su pohađali najistaknutije škole su oko dva i po puta više zloupotrebljavali psihoaktivne supstance u odnosu na đake u najsiromašnijim školama, te se ovi rezultati poklapaju sa nalazima iz istraživanja sprovedenih u Sjedinjenim Državama (Luthar, D'Avanzo, 1999: 845–867; Lyman, Luthar, 2014: 913–930). Tokom poslednje dve decenije studije su ukazale na češću upotrebu psihoaktivnih supstanci

među gornjim srednjim slojem društva kod tinejdžera u odnosu na one koji imaju niža primanja (Luthar, Small, Ciciolla, 2017: 1-21).

Istraživanje je pokazalo da u Crnoj Gori više od polovine klijenata živi sa roditeljima, od kojih najveći broj njih sa oba roditelja (30.8%), dok 27.1% živi sa majkom. Procenat ispitanih koji živi sa ocem je jako mali 1.9%. Interesantno je da veliki procenat ispitanih ne živi sa roditeljima 39.3% što ukazuje na izvjesnu samostalnost određenog broja klijenata. Važno je istaći autoritativnu ulogu oca i njegov uticaj na stanje ispitanih, svega 1.9% ispitanih živi sa ocem - u nastavku ćemo obratiti pažnju na taj indikator.

Fenomen kasnog osamostaljivanja mladih, osim u Crnoj Gori, prisutan je i kod ostalih bivših jugoslovenskih zemalja. Osim loše ekonomske situacije, sociolozi uzrok pronalaze i u kulturološkim faktorima. Prema popisu stanovništva iz 2011. godine od ukupno 167.177 porodica u Crnoj Gori, čak 33.868 je njih u kojima sa roditeljima (ili sa jednim roditeljem) žive djeca starija od 25 godina, što čini 20.26%. Nepovoljna ekonomska situacija nije jedini uzrok teškog odvajanja od roditeljskog doma i udobnosti, pa su tako ispitanici naveli i osjećaj sigurnosti, mentalitetne razloge (reagovanje okoline) i nepostojanje stimulativne politike za njihovo osamostaljivanje kao moguće razloge (Plan akcije za mlade Glavnog grada 2014-2019, 2014).

Slični rezultati su dobijeni u Republici Hrvatskoj. Ivandić Zimić (2010) navodi da većina ispitanika (78%) živi sa roditeljima.

U odnosu na red rođenja djece najveći broj klijenata je prvo dijete (45.8%) a zatim se trend smanjuje prema drugom (24.3%) i trećem djetetu (25.2%). Zastupljenost ispitanika kao četvrto i peto dijete u odnosu na red rođenja je slabo izražena i skoro zanemarljiva. Sličan podatak nalazimo u istraživanju Ivandić Zimić (2010). Prva djeca su 39.1% ispitanika, druga 31.9%. Ovo navodi da su djeca koja su „prva“ rođena posebno osjetljiva kao budući korisnici psihoaktivnih supstanci.

Prvo rođeno dijete je u centru pažnje roditelja (Adler, 1931). Često su evolucionisti psiholozi i antropolozi sugerisali da je prvorodeno "jedino dijete" i prije rođenja druge

djece roditelji najviše „investiraju“ u svoje prvorodeno dijete. To je zato što se dijete posmatra kao jedno koji će gene svoje porodice prenositi na sljedeću generaciju; i prema tome, dijete se posmatra kao neko ko reprodukuje budućnost generacije (Dunbar, et.al., 2007).

Srednja djeca se često opisuju kao "istisnuta djeca" jer nikad ne mogu imati punu pažnju kao što je slučaj sa prvim i poslednjim rođenim (Craighead, Nameroff, 2002). Kao rezultat, srednja djeca se često, sa jedne strane osjećaju kao da su u trci sa prvim rođenim kako bi preuzeli povlašćeni položaj svog starijeg brata/sestre, dok sa druge strane se uvijek nalaze „iza“ najmlađeg dijeta (Kalkan, 2008: 455-466).

Često se u literaturi navodi da najmlađa djeca imaju posebno mjesto u porodici na isti način kao i prvi rođeni (Kalkan, 2008: 455-466). Kao što je slučaj sa prvorodenom djecom, najmlađi u svojoj porodici su centar pažnje svojih roditelja (Stewart et.al., 1998: 3187–3200; Gfroerer et.al., 1998: 455-466). Kao rezultat, najstarija i najmlađa djeca se mogu suočiti sa teškim emocionalnim i psihološkim problemima ako nisu u stanju da se suoče sa pritiskom roditelja, što za posljedicu može imati poremećaje vezane za konzumiranje psihoaktivnih supstanci.

Najveći broj klijenata nije mijenjao mjesto stanovanja od rođenja (80.4%). Procenat onih koji su se doselili sa sela je jako mali (1.9%) dok je procenat onih koji su se doselili iz drugog grada nešto izraženiji (16.8%). Ovo je interesantan indikator da osobe koje vode „porijeklo“ iz grada sklonije su upotrebi psihoaktivnih supstanci. Ovaj podatak možemo objasniti činjenicom da su u selima porodice ostale više tradicionalne, sa većom socijalnom podrškom i roditeljskim nadzorom djece i adolescenata. Razvoj modernog društva, brži način života u gradovima za posljedicu ima i manji nivo roditeljskog nadzora zbog većeg prisustva oba roditelja na tržištu rada.

Prema podacima Monstata najveći broj domaćinstava u Crnoj Gori je zabilježen u Podgorici i to 56.874 što je 30% od ukupnog broja domaćinstava, Nikšiću 21.538, odnosno 11%. Slijede Bar i Bijelo Polje sa 13.789 i 13.082 domaćinstva Šavnik je opština sa najmanjim brojem domaćinstava i to 690 ili 0.4%. Manje od 1% domaćinstava

u Crnoj Gori imaju još i Plužine, Žabljak i Andrijevica. Najviše domaćinstava 89.559 živi u Središnjem regionu što je 47% od ukupnog broja domaćinstava u Crnoj Gori. U Primorskom i Sjevernom regionu taj procenat je znatno niži i iznosi 26% odnosno 27%. U naseljima gradskog karaktera živi 126.087 domaćinstava, što predstavlja 66% od ukupnog broja domaćinstava u Crnoj Gori.

Slične podatke nalazimo u istraživanju u Hrvatskoj: većina ispitanika (85%) je rođena u velikom i gradu srednje veličine, dok samo njih 4% je sa sela (Ivandić Zimić, 2010).

Istraživanje koje je sprovedeno u Indiji u periodu 2010-2011. godine na uzorku od 125 muških zavisnika koji su u tretmanu pokazalo je slične rezultate. Većina zavisnika koja su u trenutku sprovođenja istraživanja bili na liječenju su bili iz urbanih sredina. Istraživači su ovu činjenicu objasnili mogućnošću da postoji stigma zbog tradicionalnih odnosa u seoskim područjima što otežava zavisnicima postupak traženja pomoći prilikom liječenja (Bashir, et.al., 2015: 94-97).

Prilikom ispitivanja školske spreme roditelja utvrđeno je da su očevi nešto obrazovaniji od majki, pa time procenat roditelja koji imaju diplomu fakulteta je nešto izraženiji kod očeva. Ovaj trend prati očeve i zaostale nivoe obrazovanja pa možemo zaključiti da su očevi ispitanika obrazovaniji od majki.

Što se tiče situacije u Republici Hrvatskoj, kod najvećeg broja ispitanika (više od 30%) očevi su završili srednju školu dok 24,4% ima diplomu visoke stručne spreme. Što se tiče majki ispitanika oko 40% ima srednju stručnu spremu dok 15.9% ima fakultetsku diplomu. Rezultati su slični sa našim rezultatima i očevi ispitanika su obrazovaniji od majki.

Važan indikator predstavlja i to što je veliki broj ispitanih odrastao u tzv. potpunoj porodici (81.3%) a da je trenutni status roditelja u najvećoj mjeri bračna zajednica (50.3%) i stanje u kojoj je jedna od roditelja preminuo (33.6%). Slične rezultate nalazimo kod ispitanika u Republici Hrvatskoj. Većina ispitanika potiče iz potpunih porodica

(68%), 32% ispitanika je iz nepotpunih porodica od čega 18% iz razvedeni i kod 4% ispitanika je jedan od roditelja preminuo.

Veliki broj autora smata da narušeni odnosi u porodici povećavaju rizik razvoja zavisničkog ponašanja (Cajner Mraović, 1999: 187-201), ali to nije uvijek slučaj. Istraživanje koje su proveli Lalić i Nazor (1997) pokazalo je da većina zavisnika spada u kategoriju „prosječnih“ mladih ljudi sa „normalnim“ porodicama. Iako vlada mišljenje da je delikventno ponašanje kod mladih ljudi posljedica života u nepotpunim porodicama veliki broj istraživanja ukazuje na drugačiju sliku. Tako istraživanje sprovedeno u Republici Hrvatskoj ukazuje da više od 80% maloljetnih prijestupnika živi u potpunim porodicama (Ljubotina, Galić, 2002: 207-232). Razloge delinkventnog ponašanja treba tražiti u poremećenim porodičnim odnosima i socijalnim prilikama u kojima dijete živi.

Neki teoretičari smatraju da su za objašnjavanje početka konzumacije psihoaktivnih supstanci značajni ekonomski resursi, stresni događaji, socijalizacija unutar porodice. Tako su npr. neka istraživanja pokazala da se povezanosti između zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i porodične strukture djelimično može pojasniti i porodičnim prihodima kao i odnosima između roditelja i djece (Hoffmann, 2017: 1667-1683).

Prosječna veličina porodice je 3 do 5 članova što se podudara sa rezultatima Hrvatskog istraživanja gdje 72% ispitanika potiče iz porodica koje broje 3 do 5 članova. Prema Popisu stanovništva, domaćinstava i stanova u Crnoj Gori iz 2011. godine prosječan broj članova jedne porodice je 3.3 gdje je osnovna porodica, u najužem smislu, definisana kao zajednica dva ili više lica koji žive u istom domaćinstvu i koji predstavljaju bračne ili vanbračne partnere sa ili bez djece, kao i jednog roditelja sa djecom. Nema značajnijih razlika u prosječnom broju članova domaćinstva po regionima. Domaćinstvo u Primorskom regionu u prosjeku, ima 3, u Središnjem 3.3 a u Sjevernom 3.4 člana. Prosječan broj članova domaćinstva u gradskim naseljima je 3.2, a u ostalim 3.3. Prosječan broj članova u porodici po opštinama kreće se od 3.8 u Rožajama do 3.1 u sljedećim opštinama: Kotor, Budva, Tivat, Pljevlja i Herceg Novi (Popis stanovništva, domaćinstava i stanova u Crnoj Gori, 2011).

Kada su u pitanju sukobi i nasilje u porodici stiče se utisak da su ispitanici uglavnom iz porodica koje ne prati visoka stopa svađe i nasilja. Tako npr. kumulativno podaci govore da je više od polovine ispitanih iz porodice u kojoj su bile rijetko ili nikada prisutne svađe i sukobi među roditeljima, dok su učestalije svađe (odgovori veoma često i često) prisutni kod 19.6% ispitanih. Tome u prilog ide i indikator fizičkog nasilja između roditelja gdje je 74.8% ispitanih odgovorilo „nisu se tukli“. Ipak ne treba izostaviti pokazatelj izraženog nasilja oca prema majki (19.6%). Kada pogledamo stav ispitanika prema tipu nasilja koji je vladao u porodici dobićemo nešto jasniju sliku prema kojoj je psihičko nasilje nešto što je obilježilo odrastanje ispitanika. Naime, 19.6% je istaklo da je u svom djetinjstvu u porodici bilo prisutno psihičko nasilje. Zabrinjava podatak da je 70.1% ispitanih odgovorilo da je psihičko i fizičko nasilje obilježilo njihovo odrastanje. Djeluje kontradiktorno prethodno iznešenim podacima, ali treba uzeti obzir osjetljivost pitanja i posledice prema ispitanima. Česta je praksa da su pitanja koja izražavaju kumulativan stav „pogodnija“ za „oslobađanje“ ispitanih što vodi iskrenijim odgovorima, a tome treba dodati i senzitivniju prirodu ispitanih i njihovo netolerisanje bilo kakvih oblika nasilja. Čak je učestalost sukoba u porodici dosta rijetka pa npr. učestaliji sukobi (svakog dana i jednom nedeljno) su prisutni kod 22.4% ispitanika a taj trend raste što su sukobi manje učestali.

Istraživanje u Republici Hrvatskoj je ukazalo da je 28% ispitanika smatra da su roditelji mali dobre odnose, uz povremene svađe i konflikte 39% ispitanika, dok je konfliktne odnose imalo 33% ispitanika.

Prilikom ispitivanja varijabili koje se tiču odnosa roditelja i njihovom ulogom u procesu odrastanja kao važne determinante psihološkog zdravlja ispitanika i izvora delinkvencije, rezultati pokazuju da je većina imala „zdravo“ i „prosječno“ djetinjstvo. Pod ovim se podrazumijeva da se njihovo odrastanje i sve što je povezano sa tim procesom ne razlikuje mnogo od odrastanja jednog prosječnog djeteta u Crnoj Gori. Pa time većina ispitanika (87.6%) smatra da nije bilo zanemareno od strane roditelja kao i da su im roditelji poklanjali dovoljno pažnje (90.7% smatra da nisu bili zanemareni u odnosu na ostalu djecu). Rezultati hrvatskog istraživanja su pokazala da je čak 60% zavisnika imalo doživljaj da majka pružala veću pažnju i brigu dok 31% njih smatra da je jednaku pažnju

dobijalo od oba roditelja. Isto istraživanje je pokazalo da 63% zavisnika smatra da se roditelji nisi bolje slagali sa ostalom braćom i sestrama u toku njihovog djetinjstva.

Roditelji su poznavali u velikoj mjeri društvo ispitanika ali značajan procenat njih nije poznavao društvo u kojem se ispitanik kreće. Ovo upućuje na specifičnu percepciju roditelja u odnosu na svoju djecu kao i izvjesno nepovjerenje u odnosu na kontakte koje djeca ostvaruju u njihovoj blizini/okruženju kao i izvan tog kruga.

Što se tiče situacije u Republici Hrvatskoj istraživanje je takođe ukazalo da kod čak 65% ispitanika su roditelji djelimično ili u potpunosti bilo upoznato sa prijateljima i mjestima izlazaka, dok kod 35% ispitanika roditelji nisu poznavali prijatelje niti mjesta na kojima njihovo dijete provodi slobodno vrijeme.

Istraživanje je pokazalo da je prisutna značajnija upotreba alkohola od strane oca (61.7%) dok je kod majke ta pojava slabo izražena (3.7%). Međutim, majke su češće koristile sredstva za smirenje od očeva. Sociopatološke pojave u porodici u koje spada konzumiranje alkohola mogu imati negativne posljedice na psihološki razvoj djeteta, što je često uzrok pojave rizičnih ponašanja kod djece (Glavak, Kuterovc Jagodić, Sakoman, 2003: 199-206). Alkoholizam kod roditelja a naročito kod oca dovodi do pojave određenih problema kod djece (delinkvencija, problemi i napuštanje škole, depresija) i predstavlja jedan od najrizičnijih faktora za pojavu zavisnosti kod djece (Vitaro, Tremblay, Zoccolillo, 1999: 901-908). Upotreba opojnih supstanci je bila slabo izražena kod roditelja (3.7%). Psihološka slika roditelja govori o slabijoj zastupljenosti šizofrenije kod očeva (6.5%) kao i jako slaboj incidenci samoubistva u porodici (1.9%).

Do sada analizirani podaci ukazuju da porodična slika ne ukazuje značajnije na disfunkcionalnu porodicu osim što je učestalije konzumiranje alkohola od strane očeva.

U Republici Hrvatskoj 39% zavisnika je izjavilo da je u porodici bilo zavisnosti od alkohola i duševnih oboljenja. Čak kod 62% ispitanika je prisutan alkoholizam kod oca u odnosu na 7% ispitanika kojima je majka konzumirala alkohol.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije prosječna potrošnja alkohola kod odraslog stanovništva iznad 15 godina u svijetu iznosi 6.4 litra po glavi stanovnika. Za Republiku Hrvatsku iznosi 13.6 litra, dok je u Crnoj Gori 9.6 litra po glavi stanovnika (WHO, 2017).

Većina klijenata ima blizak odnos sa roditeljima pri čemu je odnos sa majkom privrženiji nego odnos sa ocem. Međutim dualizam odnosa naročito je izražen kod odnosa sa ocem, jer je skoro četvrtina ispitanih (22.4%) izrazila da ima distanciran ili veoma distanciran odnos sa ocem. Hrvatsko istraživanje je pokazao slične rezultate i 52% zavisnika ima dobre odnose sa majkom dok samo njih 16% tako percipira odnose sa ocem.

Kada je u pitanju bračni status, 48.6 % ispitanika je neoženjeno, u bračnoj zajednici živi 33.6 %, dok u vanbračnoj 8.4 %. Ispitanici koji žive u bračnim i vanbračnim zajednicama svoj odnos sa suprugom opisuje kao veoma blizak odnosno blizak 33.65%, dok je 9.4% ispitanika ima distanciran i veoma distanciran odnos sa partnerom.

Istraživanje koje je sprovedeno u Indiji takođe je pokazalo je da je 73.5% ispitanika neoženjeno, dok je 4.8% razvedeno (Bashir, et.al., 2015: 94-97).

Većina zavisnika u Republici Hrvatskoj je neudato/neoženjeno čak njih 70%, 12% živi u vanbračnoj zajednici dok je 8% razvedenih ispitanika i samo 23% ima djecu.

Čak 67 klijenata odnosno njih 62.6% nema regulisan radni status i nezaposleni su. Slični rezultati dobijeni su u hrvatskom istraživanju gdje je 57% ispitanika nezaposleno, a samo 11% je zaposleno na neodređeno vrijeme.

Većina ispitanih je ispoljavala devijantno ponašanje u svojoj prošlosti. Taj zaključak potvrđuje podatak da je 86% ispitanih bilo zakonski kažnjavano (prekršajno ili krivično) pa je čak nešto preko polovine ispitanih bilo u zatvoru (53.3%). Mogući razlozi za visoku stopu prekršajnih i krivičnih kazni može biti i taj da je za konzumiranje droga potrebno izdvojiti značajna materijalna sredstva te većina zavisnika poseže za vršenjem krivičnih

djela u smislu krađa, provala, trgovine i posedovanja droga kako bi obezbjedili sredstva za kupovinu droge.

Takođe značajan broj je bježao od kuće (57%) i ispoljavao određenu vrstu deprivacije (61.7%) i u poslednjih godinu dana osjećalo tužno ili deprivirano. Suicid je izražen u nešto manjem obimu ali ne i zanemarljivom. Nekad u životu pokušalo da izvrši samoubistvo 7.5% klijenata.

Kod ljudi koji zloupotrebljavaju psihoaktivne susptance pokušaji samoubistva su šest puta češći u odnosu na one koji nisu zavisnici. Stopa samoubistva kod muških zavisnika je 2 do 3 puta veća od odnosu na muškarce koji nisu zavisnici (Dragišić, et.al., 2015: 31-43). Kod heroinskih zavisnika su češći pokušaji samoubistva (Borges, Loera, 2010: 195-204). Potencijalni razlozi ovakve pojave su što oni imaju određene emocionalne probleme i probleme sa ponašanjem koji snažno utiču na njihove aktivnosti, prvenstveno kroz impulsivne reakcije i nemogućnost kontrole ponašanja (Wojnar., et al. 2009: 131-139).

Psihološka slika ispitanih se može utvrditi i na osnovu prirode samog ponašanje ukoliko se ona posmatra u odnosu na kontinuum od mirnog ka pretjerano nemirnom, kao i današnje stanje (tj. nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije).

Ukoliko se sumiraju odgovori koji ukazuju ili mogu biti izvor devijantnog ponašanja podaci ukazuju da je više od 60% klijenata u djetinjstvu bilo nemirno, svadljivo, sklono tučama, i pretjerano nemirno. Zanimljivo je da je taj procenat sličan onom koji pokazuje procenat ispitanih koji je bio u zatvoru. Međutim, pohvalno je da je nakon terapije veliki broj klijenata značajno „popravio“ svoje ponašanje pa su time svi indikatori koje prethodno naveli u sadašnjosti značajno niži.

Kada ispitamo karakteristike ispitanika, tj. određene psihološke manifestacije koje su u direktnoj vezi sa njihovim afinitetima i stavom prema životu utvrđujemo da su najizraženije posledice „stila života“ ispitanih gubitak interesovanja (53%), nagle promjene raspoloženja (71%), kao i osjećaj krivice (63%). U odnosu na njih nešto slabije

zastupljeno ali ne i zanemarljivo u odnosu na ishod tih manifestacija su razmišljanje o smrti (24%) kao i agresivno ponašanje i izlivi bijesa (37%). Ovo su indikatori ne samo trenutnog stanja već mogu biti i korijen za buduću resocijalizaciju, ukoliko bi se tretman ispitanih i njihovo liječenje bazirali i na smanjenju ovih faktora.

Slični rezultati su dobijeni u hrvatskom istraživanju. Veći broj ispitanika je izjavilo da se više razmišlja pozitivno nego negativno. Od negativnih raspoloženja ističu usamljenost i razočaranost (17%), bezvoljnost i tugu (15%) i osjećanje potpune prazne (12%), 6% nema volje za životom do čak 57% razmišlja o smrti. S druge strane čak 61% ispitanika ističe da mogu uspjeti u životu i 25% da vjeruje u sebe i ljude.

Sa konzumiranjem cigareta i alkohola započinje se u prosjeku sa 13 godina, pri čemu vrijednosti standardne devijacije pokazuju nešto širi interval godina što govori o većoj varijabilnosti tog podatka. Sa konzumacijom tableta za smirenje i marihuane počinje se u 16 godini, i nakon toga klijneti počinju da koriste heroin u 18. godini. Koliko su ovo validni pokazatelji govore vrijednosti skjunisa koji nam govore o normalnoj distribuciji naročito kod osoba koje su konzumirale heroin.

Nešto slične rezultate imamo u Republici Hrvatskoj gdje je većina ispitanika probala drogu u periodu između 13 i 15 godina (62%).

U istraživanju u Indiji 70.5 % klijenata je započelo sa konzumiranjem marihuane u uzrastu od 10 do 19 godina dok je ostale psihoaktivne susptance u tom uzrastu koristilo 76.9% klijenta (Bashir, et.al., 2015: 94-97).

Analiza podataka prikupljenih u 2004. i 2005. godini u Kini pokazala je da većina korisnika počinje sa konzumiranjem droga u dobi od 13-14 godina (Yang, et.al. 2009: 445-453).

Adolescenti su u značajno većem riziku od započinjanja korišćenja psihoaktivnih supstanci u poređenju sa odraslima, i što ranije počnu sa konzumiranjem, u većem su riziku da postanu zavisni od istih. Devet od 10 osoba koji imaju neki od poremećaja

zloupotrebe psihoaktivnih supstanci započeli su da puše, piju ili koriste droge prije nego što su napunili 18 godina. Ukoliko se započne sa konzumacijom psihoaktivnih supstanci prije 15-te godine života, povećava se mogućnost za razvoj bolesti zavisnosti šest i po puta u odnosu na pojedince koji počinji sa konzumiranjem sa 21 godinu ili više (28.1% naspram 4.3%) (National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2011).

Takođe, kao najčešći razlog za početak konzumiranja opojnih supstanci klijenti vidi kao „radoznalost“ i „društvo“. „Porodica“ ne pokazuje veće učešće u ukupnom procentu što je negdje i potvrđuje već iznešenu konstataciju o porodičnom porijeklu ispitanika.

U Republici Hrvatskoj takođe su u najvećem procentu (52%) započeli konzumaciju zbog radoznalosti i društva (40%) i u želji da se osjećaju dobro (40%) dok samo 13% smatra da su započeli zbog porodičnih razloga.

Istraživanje sprovedeno u Italiji pokazalo je da je traženje senzacija, društveno suočavanje, loše školsko postignuće i niži nivo roditeljskog staranja utiču na upotrebu droga (Gerra, et al. 2004: 345-67).

Čak 72.8% klijenata u Indiji je izjavilo da je početak konzumacije psihoaktivnih supstanci posljedica pritiska društva, 39.2% smatra da je uzrok stres dok je 21.6% izjavilo da je uzrok konzumacije droga radoznalost (Bashir, et.al., 2015: 94-9).

Istraživanje sprovedeno u Kini na uzorku od 467 registrovanih zavisnika koji su na liječenju ukazalo je na slične rezultate. Naime radoznalost je kod 62.3% klijenata bio uzrok započinjanja dok je pritisak vršnjaka kod 13.1% klijenata (Yang et.al, 2009: 445-453).

Kada je u pitanju broj odlazaka na tretmane liječenja se može uočiti da je najveći broj ispitanika išao do 3 puta, tj. skoro polovina (48.6%). Zatim slijede odgovori od 4 do 6 puta dok su ostale odgovori slabije zastupljeni. Takođe, gotovo svi ispitanici, 96.3% su

dali odgovor da apstiniraju a kada je u pitanju prosječan broj apstinencija, najčešći odgovor klijenata je bio 5 puta.

S obzirom da je zavisnost hronična bolesti to podrazumjeva da je recidiviranje zloupotrebe droga u nekom trenutku nije samo moguća, već je i vrlo vjerovatna. Stopa relapsa (tj. koliko često se simptomi ponavljaju) kod zavisnika je slična stopama relapsa za druge hronične bolesti kao što su dijabetes, hipertenzija i astma, koje takođe imaju i fiziološke i bihevioralne komponente. Tretman hroničnih bolesti podrazumijeva promjenu duboko ugrađenih ponašanja, a recidiv ne znači da tretman nije uspio. Za osobu koja se oporavlja od zavisnosti, recidiv ukazuje na to da se tretman treba ponoviti i prilagoditi potrebama klijenta (McLellan, et.al., 2000: 1689-1695).

Neke studije su ukazale na podatak da se zavisnici obično liječe prosječno 3 do 4 puta prije nego što uspostave apstinenciju (Dennis, et.al., 2005: 51-62).

Najveći broj ispitanih je započeo tretman odvikavanja sa 31 godinu. Ukoliko uporedimo ove podatke sa onima prethodno možemo zaključiti da je prosječna dužina konzumiranja opojnih supstanci 12 godina.

Kada je u pitanju percepcija klijenata u vezi uspjehnosti programa 12 koraka koji se koristi u ustanovi 95.3% ispitanih je odgovorilo pozitivno. Takođe značajan broj ispitanih posjećuje grupe samopomoći, 76.6%, pri čemu je najčešći odlazak više puta nedeljno (56.3%).

Rezultati više empirijskih studija potkrepljuju navedene rezultate u vezi procjene uspjehnosti programa 12 koraka. Pregled literature (Humphreys, 2003: 149-164; Humphreys et.al., 2004: 151-158; Kaskutas, 2009: 145–157; Krentzman et.al., 2010: 75-84; Owen et.al., 2003: 524-532) ukazuje na zaključak da je učeće u grupama samopomoći povezano sa većom vjerovatnoćom apstinencije, kao i na produženost trajanja apstinencije do 16 godina (Moos, Moos, 2006: 735-750), poboljšanja psihosocijalnog funkcionisanja i većeg nivoa samofikasnosti (Donovan et.al., 2013: 313-332).

Studije su pokazale jasnu vezu između učešća u grupi za samopomoć i smanjenja upotrebe droge (Connors, et.al., 2001: 817-825; Moos, Moos, 2004: 81-90; Hoffmann, et.al., 1983: 311-318). Pozitivan efekat grupa za samopomoć je, između ostalog, pripisana promjeni društvene mreže (Kaskutas, Bond, Humphreys, 2002: 891-900). Učesnici stiču nove prijatelje koji apstiniraju i uče nove strategije za održavanje apstinencije. Kroz pomaganje drugima pomažu sebi i na taj način povećavaju učešće u oporavku, ostvaruju bolji društveni status i grade samopouzdanje (Zemore, Kaskutas, Ammon, 2004: 1015-1023). U skandinavskim zemljama Program 12 koraka integrisan u program liječenja zavisnosti. Nakon završenog tretmana, klijenti se ohrabruju da idu na sastanke Udruženja Anonimni narkomani (McKellar, Stewart, Humphreys, 2003: 302-308). Istraživanje sprovedeno u Norveškoj u periodu između 2003-2004 godine na uzorku od 114 zavisnika od psihoaktivnih supstanci ukazalo je da je procenat klijenata koji su dvije godine nakon liječenja apstinirali prilično visok i iznosi 39-59%. Istovremeno, procenat onih koji apstiniraju je veći među onima koji redovno odlaze na sastanke grupa za samopomoć u odnosu na one koji ne idu na sastanke (81% u poređenju sa 26%) i učešće u grupama je prepoznat kao jedan prediktivnih faktora za održavanje apstinencije (Vederhus, Kristensen, 2006: 35).

U SAD-u postoji široka mreža organizacija za samopomoć za korisnike koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance i grupe su društveno prihvaćene (Humphreys, 1997: 1445- 1449). Situacija u Evropi je nešto drugačija. Tako npr. u Austriji, ove grupe nemaju podršku profesionalaca, dok je na Islandu ovaj program široko prihvaćen i Program 12 koraka koriste institucije koje se bave rehabilitacijom i resocijalizacijom zavisnika (Eisenbach-Stangl, Rosenqvist, 1998: 7-24).

Kada je u pitanju zdravstveno stanje ispitanih, ne možemo tvrditi da je zdravlje ispitanih na zavidnom nivou jer 24.3% ima Hepatitis C. Veliki broj zavisnika od psihoaktivnih supstanci koji injektiraju droge su zaražni virusom Hepatitisa C. U Sjedinjenim Državama, kao i u drugim zemljama, postoji epidemija infekcijom virusa hepatitisa C (HCV) među korisnicima droga (Page, et.al., 2013: 32-38). Navedeni podaci navode na zaključak da je potrebno da se ljekari i drugi zdravstveni radnici/saradnici bolje edukuju

o upotrebi supstanci kako bi se prevenirala pojava epidemije ovim virusom među zavisnicima, i kako bi se sprovodilo adekvatno liječenje.

Uspješno liječenje hepatitisa C zahtijeva saradnju između zdravstvenih radnika i onih koji se bave rehabilitacijom i resocijalizacijom zavisnika. Multidisciplinarni pristup je najefikasniji princip u cjelom tretmanu kako bi se omogućilo da klijenti budu zdraviji što im pomaže u cjelokupnom postupku tretmana.

U istraživanju socijalne podrške korišćena je multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (MSPSS) (Zimet et al., 1988: 30-41). Analiza glavnih komponenti je otkrila prisustvo 3 komponente *Prijatelji*, *Porodica*, *Značajna podrška* sa karakterističnim vrijednostima iznad 1. Komponentu *Prijatelji* objašnjavaju varijable koje podrazumijevaju prijatelje kao važnu podršku i oslonac u životu. Sa druge strane komponenta *Značajna podrška* podrazumijeva varijable koje podrazumijevaju postojanje „posebne osobe“ u životu ispitanika i njene značajne uloge. I u komponenti porodica uočava se prisustvo varijabli koje ističu značajnu ulogu porodice u životu ispitanika.

Emocionalna podrška kao suma najčešće dvije komponente (*Prijatelja* i *Porodice*) predstavlja važan ako ne i najvažniji dio socijalne podrške. Ispitivanjem koeficijenata korelacije između tri komponente MSPSS utvrđena je se validnost ove pretpostavke. Podaci pokazuju značaj koji emocionalnoj podršci pridaju naši ispitanici. Jako mali procenat izrazio da mu emocionalna podrška nije važna, dok sa druge strane 85.1% ispitanih je ukazalo na značaj ovoga konstrukta.

Istraživanje je pokazalo da je prosječna socijalna podrška ispitanih važan faktor u njihovom životu, čak i važniji nego što prosječne vrijednosti pokazuju i čak 85.1% ispitanih je izjavilo da mu je socijalna podrška važna u životu (ili izuzetno važna).

Porodica predstavlja dominantan izvor društvenosti i socijalne podrške (Wall, et.al., 2001: 213-233; Novak, et.al., 2004; Saraceno, Olagnero, Torrioni, 2005; Olagnero, Meo A., Corcoran, 2005: 53-79). Bliski srodnici su češće izvor emocionalne i instrumentalne

podrške dok su prijatelji važniji za druženje (Wellman, Wortley, 1989: 273-306; Schweizer, Schnegg, Berzborn, 1998: 1-21). Instrumentalnu podršku često pružaju i komšije (Novak, et.al., 2004; Schweizer, Schnegg, Berzborn, 1998: 1-21). Društvene grupe za podršku mogu da budu izvor informacione podrške, jer obezbjeđuju dragocjene informacije za obrazovnu i emotivnu podršku, uključujući i podršku (ohrabrenje) ljudi koji prolaze kroz slične životne okolnosti (Helgeson, Cohen, 1996: 135-48; Umberson, Montez, 2010: 54-66). Studije su uglavnom utvrdile korisne efekte intervencija grupa za socijalnu podršku kod različitih stanja (Hogan, Najarian, 2002: 383-442), grupe za podršku - samopomoć i uzajamnu pomoć (Hazzard, et.al., 2002: 69-86).

U Vijetnamu je 2011. godine sprovedeno je istraživanje koje je pokazalo da većina porodica bivšim zavisnicima aktivno pruža podršku kroz finansijsku pomoć (stanovanje, hrana, sredstva za zdravstvenu zaštitu) i emotivnu podršku. Roditelji, supruge, braća i sestre pružali su većinu ove podrške, dok su roditelji posebno značajni izvori podrške za razvedene muškarce. Većina njih su, nakon liječenja, živjeli sa svojim supružnicima, roditeljima ili braćama i sestrama. Takođe, ispitanici su navodili da apstinenciju održavaju zahvaljujući podršci koju dobijaju od članova porodice. S obzirom da su imali poteškoće prilikom pronalaska posla, članovi porodice su obično bili jedini koji su ih prihvatili i brinuli za njih. Nekoliko učesnika naglasilo je značaj emotivne podrške od strane porodice za svakodnevno funkcionisanje. Emocionalna podrška koju su im pružale porodice značajno je doprinosila u borbi protiv prepreka sa problemima sa kojima su se susretali i često su pružali snažnu motivaciju da se odvoje od droga, brinu za svoje zdravlje i traže zaposlenje (Tomori, et. al, 2014: 897-904).

Istraživanje koje je sprovedeno 2015. godine kod pacijenata u Kini ukazalo je da je dobra socijalna podrška bila jak zaštitni prediktor zadržavanja na tretmanu (Kai-Na Zhou et.al., 2016: 11-15). Istim istraživanjem je utvrđeno da su klijenti koji su imali dobru socijalnu podršku imali bolji kvalitet života te rezultati navedene studije ukazuju da je ključna uloga podrške od strane porodice i drugih značajnih osoba iz okruženja za percepciju kvaliteta života klijenata. Isto istraživanje je ukazalo na značaj socijalne podrške u periodu oporavka i značaj iste za dugogodišnji period rehabilitacije kod zavisnika. Nadalje, istraživanje je ukazalo da dobra socijalna mreža kao i podrška od strane

profesionalaca koji su zaposleni u ustanovama za rehabilitaciju i resocijalizaciju koreliraju sa kvalitetom života zavisnika i da socijalna podrška utiče na oporavak zavisnika što je naročito značajno za klijente u toku dugoročne rehabilitacije. Takođe, istraživanjem je ukazano da zaposleni u ustanovama, osim što pružaju podršku klijentima u toku liječenja, mogu biti značajna karika za pružanje podrške i članovima porodice, prijateljima i drugim značajnim osobama kroz zdravstvene edukacije, porodična savjetovališta i sl.

Porodična podrška se pokazala značajnom za postupak liječenja dok su dobri odnosi sa drugim značajnim osobama u životu značajan faktor za psihičko i mentalno zdravstveno stanje klijenata i naročito su značajni sa perspektive socijalnog funkcionisanja (Fei, Yee, Habil, 2016: 49-55).

Za klijente koje su na programu liječenja od psihoaktivnih supstanci podrška porodice je možda i najznačajniji aspekt socijalne podrške (de Maeyer et.al., 2011: 1244-57; Zimet et.al., 1988: 30-41). Klijenti koji percipiraju podršku porodice kao dobru, stava su da imaju sigurno okruženje, adekvatnu zdravstvenu i socijalnu zaštitu, finansijsku podršku, mogućnost korišćenja društvenih resursa (Yen CN et.al., 2011: 177-83; Chen JP, et.al., 2013: 888-92) što se u velikoj mjeri odražava na njihov kvalitet života.

Recidiv je jedna od značajnih tema u periodu oporavka (Nielsen, et al. 2012: 113-20). Neki autori smatraju da je čak 90% zavisnika počinilo recidiv u toku jedne godine nakon liječenja (Naderi, et.al., 2008). Zato je od izuzetnog značaja utvrditi koji faktori utiču na prevenciju recidiva.

Rezultati istraživanja koreliraju sa rezultatima koje su sproveli Shahzad, Begum i Malik (2014: 63-70) kod klijenata koji su na liječenju od zavisnosti od droga u rehabilitacionim centrima u Pakistanu. Istraživanje je ukazalo da psihosocijalna podrška ima značajan uticaj na zdravlje osobe i da može poslužiti kao pozitivan katalizator i poboljšati psihološki imunološki sistem klijenata. S obzirom da se klijenti nakon perioda liječenja suočavaju sa brojnim problemima kao što su društveno-ekonomski, odbacivanje od strane porodice, prijatelja i drugih članova zajednice, stigmatizacija i diskriminacija koje

dodatno pogoršavaju njihove probleme, istraživanje je pokazalo da podrška zavisnicima nakon liječenja ima veliki značaj kako za njihovo blagostanje tako i za razvoj ličnosti. Dostupnost socijalne podrške od strane porodice, prijatelja i zaposlenih u ustanovama u kojima se liječe pomaže im da se na bolji način nose sa zavisnošću i značajan je faktor u spriječavanju pojave recidiva.

Akbar Atadokht sa saradnicima (Atadokht, et.al., 2015) je ukazao na pozitivan odnos između izraženih porodičnih emocija i učestalosti recidiva. Istraživanje je pokazalo negativan odnos između učestalosti recidiva i percipirane podrške od strane porodice, prijatelja i drugih značajnih osoba. To znači da se vjerovatnoća pojave recidiva povećava srazmjerno smanjenjem socijalne podrške od strane porodice, prijatelja i drugih značajnih osoba. S obzirom da je kod zavisnika često prisutno osjećanje samoće, organizovana socijalna mreža koja mu pruža podršku ima značajnu ulogu u spriječavanju recidiva. Rezultati ovog istraživanja impliciraju da emocionalna podrška porodice ima značajnu ulogu u percipiranoj socijalnoj podršci kod zavisnika i utiče na stopu uspjehnosti liječenja kao i da nedostatak socijalne podrške povećava vjerovatnoću da će doći do recidiva nakon procesa liječenja.

Na osnovu sprovedenog istraživanja zaključujemo da kod klijenata nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije emocionalna podrška ima značajnu ulogu u percipiranoj socijalnoj podršci. Preporuka je da se socijalna podrška promoviše kroz programe intervencija koje se koriste u radu sa klijentima u postupku rehabilitacije i resocijalizacije.

Za ispitivanje kvaliteta života korišten je upitnik kvaliteta života ComQol-A5, kojim je ispitivana subjektivna procjena kvaliteta života (u pitanju je redukovana verzija upitnika).

U odgovorima ispitanika se može jasno uočiti slaganje odgovora između dvije kategorije: zadovoljstvo kvalitetom života i važnost po domenima. Ispitanici su najmanje zadovoljni materijalnim blagostanjem kao i položajem u zajednici i postignućem u životu. Zanimljivo je da zdravlje nije remetilački faktor u njihovom životu pa je ono po važnosti

nije ni na prvom ni na poslednjem mjestu. Klijenti su najviše bili zadovoljni osećajem sigurnosti, bliskošću sa drugim osobama (porodicom, prijateljima) i emocionalnim blagostanjem. Na osnovu ovih indikatora jasno se uočava da pojedinci imaju značajnu distancu prema i od zajednice dok im porodica pruža intimnost i osjećaj sigurnosti.

Sa druge strane u odnosu kakvu važnost pridaju tim domenima može se utvrditi da je materijalnom blagostanju pridaju najmanji značaj, u odnosu na ostale domene, dok domenima zdravlje, intimnost, položaj u zajednici i emocionalno blagostanje imaju skoro podjednaki značaj u njihovom životu. Najveći značaj ima domen sigurnost.

Kada se govori o zadovoljstvu kvalitetom života većini klijenata je važno zadovoljstvo kvalitetom života (kumulativno 94.4% ispitanih je imalo ovaj stav). Takođe visok procenat pokazuje da je važnost kvalitetom života prisutna kod više od 70% klijenata.

Kvalitet života se odnosi na percepciju pojedinca o njihovom položaju u životu u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja, standarde. Posljednje dvije decenije ispitivanja kvaliteta života kod zavisnika se značajno povećalo, jer su mnogi autori došli do zaključka da krajnji cilj tretmana nije samo apstinencija već poboljšanje percepcije kvaliteta života nakon liječenja (Strada, et.al., 2017: 3187-3200).

Istraživanje sprovedeno u Australiji na uzorku od 201 ispitanika koji su na liječenju zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, od kojih su većina zavisnici od heroina (58.2%), kanabisa (10%), amfetamina (4.5%) i drugih opijata (4%) pokazalo je da zavisnici na tretmanu percipiraju kvalitet života i subjektivno blagostanje lošije u odnosu na ostalu populaciju a naročita povezanost sa njihovom percepcijom kvaliteta života bila je povezana sa lošim mentalnim zdravljem i sa varijablom zaposlenost (Miller, et al., 2014: 651-657). Objašnjenje ovakvog podatka može se pronaći u pretpostavci da zavisnici u oporavku kroz prisustvo na tržištu rada imaju veću percepciju uključenosti u društvenu zajednicu kao i osjećanja korisnosti za istu.

U Belgiji je istraživanje sprovedeno je na uzorku od 159 zavisnika koji su podjeljeni u tri kategorije na osnovu finansijskog statusa. Rezultati su ukazali da oni zavisnici koji

pripadaju klasi sa najvećim primanjima imaju bolje struktruisane dnevne aktivnosti, i u odnosu na druge dvije grupe ispitanika, bolje percipiraju psihološko stanje i odnose sa prijateljima. Takođe ispitanici iz ove grupe smatraju da su nezavisni u svakodnevnicima i da njihov život ima svrhu što su značajne komponente za percepciju kvaliteta života.

Pripadnici srednje klase imali više poteškoća u pogledu zaposlenosti i strukturiranju dnevne aktivnosti, a samo jedna trećina imala je emotivnu vezu. Skoro 83% ispitanika ove klase zavisilo je od socijalnih davanja. Prijavili su težu psihopatologiju u poređenju sa zavisnicima iz visoke klase i imali su niži rezultat u odnosu na percepciju perspektive njihovog života. Takođe smatraju da su sigurni u njihovoj kući kao i u zajednici u kojoj žive. Međutim i dalje su prilično nezadovoljni aspektima života u vezi sa njihovom društvenom integracijom u društvo. Ovi rezultati ukazuju na značaj jačanje pozicija u društvu i kao i osnaživanja klijenata i društvene zajednice u procesu liječenja kako bi se proširila neformalna mreža u zajednici. Njihova percepcija kvaliteta života značajno snažno korelira sa povezanošću sa zajednicom i društvom u cjelini. Ovaj podatak navodi na zaključak da je integrisani pristup podršci zavisnicima nakon liječenja izuzetno značajan za njihov svakodnevni život. Socijalna isključenost, stigmatizacija i diskriminacija negativno utiču na kvalitet života.

Zavisnici koji su pripadali trećoj grupi, odnosno oni sa najmanjim prihodima su navodili da su spremni ali nesposobni da promjene svoju životnu situaciju u protekloj godini. Često su bili žrtve fizičkog nasilja ili vršili neke prestupe i imali su niže rezultate u odnosu na prethodne dvije grupe kada je u pitanju domen osjećaja sigurnosti (de Maeyer et al. 2013: 1244-57).

Istraživanje sprovedeno u Engleskoj pokazalo je da klijenti ne percipiraju zaposlenost samo u smislu finansijske sigurnosti. Naime, ispitanici su stali da, pored unutrašnjeg zadovoljstva koje proizilazi iz aktivnosti kao što su zapošljavanje, obrazovanje i volontiranje, ove aktivnosti mogu poboljšati oporavak zavisnicima jer im pruža mogućnost da imaju prilike da se povežu sa novim ljudima a time ih istovremeno sprječava da slobodno vrijeme provode sa zavisnicima i na taj način preveniraju učešće u rizičnim situacijama povezanih sa recidivom. Podaci iz istraživanja su ukazali da

apstinencija sama po sebi ima ograničen uticaj na kvalitet života, ukoliko nije povezana sa drugim elementima koji su zavisnicima značajni kao što je bavljenje njima značajnim aktivnostima i pripadnost društvenoj zajednici (Best, et al. 2013).

U Indiji je 2012. godine sprovedeno istraživanje na uzorku od 420 zavisnika. Rezultati su pokazali da se više od četvrtine ispitanika ne osjeća sigurnim u svojoj zajednici i da se skoro polovina ispitanika osjeća isključenim i stigmatizovanim od porodice i zajednice (Armstrong, et al., 2013: 151-162).

Istraživanje sprovedeno u Australiji na uzorku od 164 ispitanika koji žive u ruralnim i 996 ispitanika koji žive u urbanim pokazalo je da za kao važne životne oblasti koje su značajne za određivanje percepcije kvaliteta života ispitanici procjenjuju porodicu, zdravlje, novac, stanovanje i partnerstva. Učesnicima iz ruralnih područja je manje značajno mjesto stanovanja u odnosu na ispitanike iz gradova. Takođe ispitanici sa sela su niže ocjenjivali značaj novca (33.1% naspram 47.0%) i partnerstva (53.8% naspram 71.1%), što ukazuje na razlike u percepciji kvaliteta života među zavisnicima sa sela i iz grada. U istraživanju nisu pronađene statistički značajne razlike u uticaju zdravlja na njihovu percepciju kvaliteta života (Conroy, et al., 2008: 607-617).

Zdravstveni status ispitan je upitnikom SF-36. Upitnik SF-36 potiče iz nepsihijatrijskog polja i razvijen je osamdesetih godina dvadesetog vijeka (Tarlov, et al., 1989: 925-930; Ware, Sherbourne. 1992) te je jedan od najčešće korišćenih instrumenata širom svijeta za mjerenje zdravstvenih rezultata.

Za fizičko funkcionisanje napravljen je sumarni skor od 10 varijabli. Aritmetička sredina ukazuje na dobro fizičko funkcionisanje (prosječna vrijednost je 81.72, sa standardnom devijacijom od 31.34 koja ukazuje na asimetričnost distribucije i prisustvo viška ispod prosječnih vrijednosti).

Kada je u pitanju smanjenje sposobnosti zbog pogoršanja fizičkog zdravlja sumarni skor je kreiran od 4 varijable. Cronbach's Alpha koeficijent ukazuje na dobru unutrašnju saglasnost varijabli ($\alpha = .879$). Prosječna vrijednost za ispitanike ukazuje na smanjenu

spособnost zbog pogoršanja fizičkog zdravlja (59.81), kao i na asimetričnu distribuciju i višak ispod prosječnih vrijednosti. U odnosu na ostale prosjeke ovaj domen je jedan od lošijih indikatora zdravlja ispitanika. Ipak objektivnim pregledom primjećuje se da se vrijednost ovoga, i svih indikatora nalaze iznad sredine intervala svih sumarnih skorova.

Smanjenje sposobnosti zbog emocionalnih problema je domen koji je kreiran od 3 varijable, koje pokazuju unutrašnju saglasnost i opravdanost skora ($\alpha = .851$). Aritmetička sredina za ovaj domen pokazuje manju vrijednost, naročito ako se uporede sa ostalim vrijednostima (iz ostalih domena), što je jasan indikator nestabilnog stanja zbog emocionalnih problema i važne uloge istih u funkcionisanju osobe.

Sintetički skor za domen vitalnost keiran je od 4 varijable, a opravdanost ovog skora dolazi iz dovoljno visokog Cronbach's Alpha koeficijenta ($\alpha = .759$). Aritmetička sredina ukazuje na srednju vrijednost ovoga indikatora (59.43), i u poređenju sa ostalima prisustvo ovoga problema.

Skor emotivno blagostanje je kreiran od 5 varijabli sa unutrašnjom saglasnošću od $\alpha = .761$. Emotivno blagostanje pokazuje prosječnu vrijednost od 65.38 što je indikator zadovoljavajuće emotivnog stanja. Vrijednosti standardne devijacije pokazuju normalnu raspodjelu podataka.

Društveno funkcionisanje pokazuje unutrašnju saglasnost od $\alpha = .761$ a čine ga 2 varijable. Prosječna vrijednost pokazuje dovoljno visok nivo ovog domena (71.68). standardna devijacija pokazuje asimetričnost i prisustvo viška iznad-prosječnih vrijednosti.

Prisustvo bola kod ispitanika ukazuje na smanjenu izraženost ovoga problema (76.58). Skor je kreiran od dvije varijable koje ukazuju na visoku unutrašnju saglasnost ($\alpha = .913$).

I poslednji skor unutar ovoga upitnika se odnosi na zdravlje uopšte. Vrijednost aritmetičke sredine pokazuje iznad prosječno zdravstveno stanje klijenata ali i vrijednost

standardne devijacije koja ukazuje na asimetriju i to prisustvo iznad-prosječnih vrijednosti.

Najbolje zdravstveno stanje klijenata u domenu fizičko funkcionisanje kao i odsustvu bola. Društveno funkcionisanje, zdravlje (opšte), i emotivno blagostanje se nalaze u prosjeku u odnosu na sve rezultate na skali. Najlošiji indikatori su vezani za smanjenu sposobnost usled pogoršanja fizičkog zdravlja i emocionalnih problema kao i prisustvo gojaznosti. Uvidom u ove pokazatelje stiče se utisak postojanja određene latentne dimenzije naročito kada su u pitanju lošiji indikatori na skalama.

Posljednju deceniju ciljevi u tretmanu zloupotrebe supstanci su se promijenili. Apstinencija više nije glavni cilj liječenja, već ciljevi tremana danas uključuju i poboljšanje fizičkog zdravlja kao i poboljšanje socijalnog i ličnog funkcionisanja (McLellan, et al. 1996: 51- 85).

Zato je značajno, iz kliničke perspektive, da li sam klijent pozitivno procjenjuje program liječenja i u kojoj mjeri njegova percepcija utiče na motivaciju da i dalje održi apstinenciju. Stoga je značajno utvrditi koji faktori doprinose percepciji subjektivnog blagostanja kako bi se isti koristili u cjelokupnom postupku rehabilitacije i resocijalizacije i time doprinijelo optimizaciji programa liječenja zavisnika od droga.

Kohortna studija sprovedena je među 394 zavisnika od droga u periodu od februara i avgusta 2005. godine u Amsterdamu. Većina učesnika u istraživanju su bili dugogodišnji korisnici droga, prvenstveno korisnici heroina, metadona i kokaina. Domen tjelesni bol je jedini od osam domena skale koja je koja su imala ograničen efekat. Podaci ukazuju da bivši zavisnici najveća oštećenja prijavljuju iz oblasti mentalnog zdravlja (Buchholz, et al., 2008: 1021-1029).

U Australiji sprovedeno istraživanje na uzorku od 51 ispitanika pokazalo je da zavisnici procjenjuju znatno lošije fizičko i emocionalno zdravlje u odnosu na opštu populaciju. Ovo ukazuje na potrebu za sprovođenjem različitih zdravstvenih usluga kojima bi se riješili problemi iz domena fizičkog i mentalnog zdravlja. Takođe podaci iz

istog istraživanja ukazuju da duže zadržavanje klijenata u procesu liječenja značajno utiče na poboljšanje zdravstvenog statusa. Veliki broj istraživanja ukazalo je na sličan zaključak odnosno da je vrijeme provedeno na tretmanu jedan od najznačajnijih prediktora za uspješnost liječenja od psihoaktivnih supstanci (Freeman, 2003: 409-416).

U Americi je sprovedeno istraživanje na uzorku od 252 ispitanika na tretmanu. Podaci su ukazali na značajno poboljšanje percepcije zdravstvenog statusa u svih osam domena nakon tremana klijenata. Zanimljiva poboljšanja nađena su na polju fizičkog funkcionisanje i bola u tijelu, manja poboljšanja za područje fizičko i opšte zdravlje kao i vitalnost dok su najveća poboljšanja pronađena u polju socijalnog funkcionisanja, emocionalnog i mentalnog zdravlja (Morgan, et.al. 2003: 198-210).

Još jedno istraživanje sprovedeno na uzorku od 112 heroinskih zavisnika u Americi (u Bostonu) pokazalo je da čak 47% zavisnika smatra da ima dobro ili relativno dobro zdravstveno stanje.

Pretpostavka za objašnjenje ovakvih rezultata je da percepcija dobrog zdravlja može biti barijera za započinjanje tretmana liječenja zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. S tim u vezi potrebno je edukovati zavisnike o uticaju droga i rizičnog ponašanja kao važnih komponenti ukupnog zdravlja. Takve edukacije su značajne u smislu preventivnih i interventnih programa koje bi poboljšale uvid u ozbiljnost zdravstvenog rizika od upotrebe heroina za pacijente koji su na tretmanu (Meshesha, et al., 2013: 84-2887).

U Kini je u periodu od marta do septembra 2012. godine sprovedeno istraživanje u dvije klinike za liječenje zavisnika psihoaktivnih supstanci čiji je osnivač država, na uzorku od 1.212 ispitanika. Značajne rezlike su pronađene u pogledu opšteg zdravlja klijenata, emocionalnog i mentalnog zdravlja dok nije bilo promjena u percepciji vitalnosti kod zavisnika nakon tretmana (Zhou, et al. 2013).

Istraživanje sprovedeno u Njemačkoj na uzorku od 100 zavisnika na tretmanu ukazalo je na značajnu povezanost domena mentalnog zdravlja sa socijalnim funkcionisanjem i emocionalnim zdravljem. Takođe podaci ukazuju na značaj dužine trajanja zavisnosti u

odnosu na percepciju zdravstvenog statusa (Richter, Bernd Eikermann, Berger, 2004: 907-914).

11. Zaključci i preporuke

U zaključnim razmatranjima će se, kroz finalne komentare, napraviti sinteza dobijenih rezultata i ukazati na sličnosti i razlike istraživanja sa srodnim istraživanjima u svijetu, a čiji su rezultati prikazani ranije u tekstu.

Analiza je ukazala da prosječni bivši korisnik psihoaktivnih susptanci u Crnoj Gori ima završenu srednju stručnu spremu i dobar uspjeh u školi, što je slično sa sličnim rezultatima istraživanja koja su rađena kako u okruženju tako i u drugim djelovima svijeta. U odnosu na red rođenja djece najveći broj klijenata je prvo dijete, iz grada su i nisu se selili od rođenja. Očevi su nešto obrazovaniji od majki što je slučaj i u drugim istraživanjima.

Značajan podatak koji je dobijen prilikom istraživanja je sljedeći: većina bivših zavisnika odrastao je u tzv. potpunoj porodici, i najčešće je trenutni status roditelja bračna zajednica, sa prosječnim brojem članova od 3 do 5, što se podudara sa rezultatima istaživanja sprovedenog u regionu. Nadalje, podaci ukazuju da klijenti potiču iz porodica u kojima nije izraženo nasilje, i da je najveći procenat klijenata imalo prosječno djetinjstvo. Takođe klijenti smatraju da nisu bili zanemareni od strane roditelja i da su im roditelji poklanjali dovoljno pažnje. Klijenti odnose sa roditeljima percipiraju kao bliske pri čemu je odnos sa majkom privrženiji nego odnos sa ocem. Roditelji su poznavali u velikoj mjeri društvo ispitanika ali značajan procenat njih nije poznavao društvo u kojem se ispitanik kreće. Istraživanje je pokazalo da su očevi češće koristili alkohol dok su majke konzumirale sredstva za smirenje. Većina klijenata nema zasnovan radni odnos, što je najčeći rezultat i u istraživanjima koja su sprovedena u svijetu.

Više od polovine ispitanih je ispoljavala devijantno ponašanje u svojoj prošlostii bili su nemirni, svadljivi, skloni tučama. Prekršajno ili krivično je kažnjavano većina ispitanika te je nešto preko polovine ispitanih bilo u zatvoru.

Uglavnom se sa konzumacijom cigareta i alkohola započinje sa 13 godina, dok su prvi put probali tablete za smirenje i marihuanu sa 16 godina, a heroin sa 18 godina. Najčešći razlog za početak konzumiranja opojnih supstanci su „radoznalost“ i „društvo“ dok „porodica“ ne pokazuje veće učešće u ukupnom procentu što i potvrđuje već iznešenu konstataciju o porodičnom porijeklu ispitanika.

Kada je u pitanju percepcija klijenata u vezi uspjeha programa 12 koraka koji se koristi u ustanovi skoro svi klijenti odgovorili su pozitivno. Veliki dio ispitanika više puta nedeljno posjećuje grupe samopomoći. Navedeni rezultati navode na zaključak da je učešće u grupama samopomoći od velikog značaja za klijente u cilju održavanja i trajanja apstinencije, na šta ukazuju i istraživanja u svijetu.

Verifikacija hipoteza i odgovori na istraživačka pitanja

I istraživačko pitanje: Kolika je međuzavisnost socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci Javne ustanove za smještaj rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica?

I hipoteza: Postoji statistički značajna međuzavisnost između socijalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

Prva hipoteza rada je podrazumijevala statistički značajnu vezu između socijalne podrške i kvaliteta života. Postoji statistički značajna veza ($p = .001$) sa srednje jakim korelacionim koeficijentom ($r = .317$). Pod ovim nalazom podrazumijeva se da postoji statistički značajna veza između socijalne podrške i kvaliteta života umjereno pozitivnog karaktera. Doslovno to bi značilo da je kvalitet života u direktnoj vezi sa socijalnom podrškom čime je dokazana prva hipoteza.

II istraživačko pitanje: Da li emocionalna podrška kovarira sa kvalitetom života?

II hipoteza: Postoji statistički značajna međuzavisnost između emocionalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

Kada je u pitanju druga hipoteza kojom se tvrdilo da postoji statistički značajna veza između emocionalne podrške i kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci pregledom Pirsonovog koeficijenta korelacije utvrđujemo da je veza pozitivna i umjerene jačine ($r = .299$). Test statističke značajnosti ukazuje na statistički značajnu vezu ($p = .002$). Tačnije, kao i u prethodnoj hipotezi, utvrđena je međuzavisnost ova dva konstrukta, emocionalne podrške i kvaliteta života.

III istraživačko pitanje: Da li postoji veza između socijalne podrške i zdravstvenog statusa ispitanika?

III hipoteza: Postoji statistički značajna međuzavisnost između socijalne podrške i zdravstvenog statusa bivših korisnika psihoaktivnih supstanci.

I na kraju, posljednjom hipotezom tvrdilo se da postoji veza između socijalne podrške i kvaliteta života. I u ovom slučaju analitički aparat Pirsonov koeficijent korelacije, koji kada je u pitanju ova međuzavisnost pokazuje pozitivnu korelaciju ($r = .287$) sa statistički značajnim koeficijentom ($p = .003$). Ovim je potvrđena i treća hipoteza na osnovu koje zaključujemo da postoji pozitivna korelacija između konstrukta, tj. da rast jedne varijable koincidira sa rastom druge i obratno.

Preporuke

Preporuka u odnosu na navedene podatke bi se odnosila na podsticanje razvoja preventivnih aktivnosti u što ranijem uzrastu kako bi se djeca upoznala sa štetnim efektima konzumiranja psihoaktivnih supstanci. Kako prosječan korisnik psihoaktivnih supstanci nema specifičan profil, već se uklapa u sliku prosječnog građanina Crne Gore, preventivne aktivnosti bi bile univerzalne i njima bi bile obuhvaćene sve kategorije đaka u osnovnim školama u cijeloj zemlji.

Za efikasnu prevenciju zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, od velikog je značaja konsenzus na nacionalnom nivou od strane svih aktera koji se bave korisnicima droga, odnosno od strane socijalnog, zdravstvenog, pravosudnog sektora i službe policije. Takođe prilikom izrade preventivnih programa važno je, pored državnih i organa lokalne samouprave, uključiti i nevladin sektor kao i udruženja koje okupljaju bivše zavisnike psihoaktivnih supstanci one koji su u procesu oporavka.

Podaci iz istraživanja ukazuju na postojanje određenog ponašanja u djetinjstvu kod bivših zavisnika psihoaktivnih supstanci, te je preporuka edukacija kroz osnaživanje vještina i jačanje kompetencija zaposlenih u obrazovnom sistemu kako bi blagovremeno primjetili određene teškoće u socijalizaciji i ponašanju i pružili podršku kroz saradnju sa zaposlenim u socijalnom sektoru i roditeljima.

S obzirom da kapaciteti u lokalnim kancelarijama prevencije zavisnosti od psihoaktivnih supstanci nisu razvijeni u dovoljnoj mjeri preporuka se odnosi na jačanje kapaciteta (povećanje broja edukovanih socijalnih radnika, psihologa, pedagoga, zdravstvenih radnika) koji bi mogli sprovoditi preventivne mjere na lokalnom nivou. Takođe preporuka se odnosi na razvoj programa i servisa podrške porodicama u lokalnoj zajednici, kao i servisa u periodu rehabilitacije i resocijalizacije za bivše korisnike psihoaktivnih supstanci.

U Crnoj Gori postoje dva neprofitna udruženja koja okupljaju kako zavisnike tako i bivše zavisnike od psihoaktivnih supstanci koji se nalaze u Podgorici. Kako klijenti smatraju

da ovo udruženje ima signifikantan značaj u njihovom oporavku, preporuka je da se ovakvo udruženje formira u svakom gradu u Crnoj Gori. Takođe, studenti Fakulteta političkih nauka koji se obrazuju za profesiju socijalnog rada bi kroz praktičan rad u ovim udruženjima imali priliku da steknu specifična praktična znanja iz oblasti bolesti zavisnosti koja bi mogli kasnije da primjenjuju u svakodnevnom radu u lokalnim centrima za socijalni rad kao i u okviru ustanova zdravstvenog sistema u kojima se sprovodi liječenje zavisnika od psihoaktivnih supstanci.

Preporuka za lokalnu samoupravu je da zajedno sa drugim akterima u zajednici koji se bave zapošljavanjem participira u osmišljavanju i uspostavljanju mjera prekvalifikacije i dokvalifikacije bivših zavisnika kako bi isti bili konkurentni na tržištu rada nakon tretmana u ustanovi, jer su nalazi iz istraživanja ukazala na visoku stopu nezaposlenosti kod klijenata nakon perioda rehabilitacije i resocijalizacije. U tom smislu od velikog je značaja jačanje saradnje između Biroa za zapošljavanje, centara za socijalni rad i Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica kako bi se omogućilo bolje planiranje servisa u odnosu na angažovanje nezaposlenih.

Nalazi iz istraživanja su ukazali na poseban značaj porodice i prijatelja u periodu rehabilitacije i resocijalizacije te se kao preporuka može definisati edukacija zaposlenih u sektoru socijalne zaštite koji bi, sprovođenjem mjera individualnog i grupnog socijalnog rada, kroz programe psiho-socijalne podrške, njegovali odnose bivših zavisnika od psihoaktivnih supstanci nakon rehabilitacije i resocijalizacije kako sa članovima porodice tako i sa prijateljima.

12. Literatura:

1. A Practitioner's Guide to Science-Based Prevention, A Handbook of Promising, Effective, and Model Programs (2002): SAMHSA: U.S. Substance Abuse nad Mental Health Services Administration.
2. Acun – Kapikiran, N., Körükcü, Ö., Kapikiran, Ş. (2014): Relation of Parental Attitudes to Life Satisfaction and Depression in Early Adolescents: The Medating Role of Self-esteem. *Educational Sciences: Theory and Practice* 14 (4), 1246-1252.
3. Adeyemo D.A. (2007): Interpersonal factors as correlates of alcohol use among secondaryschool adolescents in Oyo State, Nigeria, *Anthropologist* 9 (4): 321-326.
4. Adler, A. (1931). Cited in Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 8th ed. CA: Thomson Brooks/Cole).
5. Ager A. (2002): Quality of Life Assessment in Critical Context, *J Appl Res Intellect Disabil*; 15 (4): 369-76.
6. Agneessens F., Waeye, H. i Lievens, J. (2002): Social Support Typologies: Different Approaches for Reducing Social Support Data. In: *Anuška Ferligoj en Andrej Mrvar [red.], Developments in social science methodology, Metodološki zvezki* 18, Ljubljana: FDV, 73-94.
7. Agneessens F., Waeye, H. i Lievens, J. (2006): Diversity in Social Support by Role Relations: A Typology. *Social Networks*, 28 (4): 427-441.
8. Ajduković D. (1995): Programi psihosocijalne pomoći prognanoj i izbjegloj djeci. *Društvo za psihološku pomoć Zagreb*: 8 – 9.
9. Ajduković M. (1990): Stil odgoja u obitelji kao faktor delinkventnog ponašanja djece: *Primijenjena psihologija* 11: 47–54.
10. Albee GW. (1982): Preventing psychopathology and promoting human potential. *Am Psychol*; 37 (9): 1043–50.
11. Allen M., Donohue W.A., Griffin A., Ryan, D., Turner M.M. (2003). Comparing the influence of parents and peers on the first choice to use drugs. *Criminal Justice and Behavior* 30: 163-186.

12. American Psychiatric Association. (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association.*
13. Anderson, P., Aromaa, S., Rosenbloom, D. (2006): *Prevention Education in America's School: Findings and Recommendations from a Survey of Educators*, Join Together and Communitas Online.
14. Antonucci T. C. (1985): Personal Characteristics, Social Support, and Social Behaviour. U: R. H. Binstock i E. Shanas (ur.), *Handbook of Aging and the Social Sciences New York, Van Nostrand Reinhold Company*: 94-128.
15. Antonucci T. C. (2001): Social Relations an Examination of Social Networks Social Support and Sense of Control. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.), *Handbook of the Psychology of Aging San Diego, Academic Press*: 427-453.
16. Antonucci T. C., Israel, B. A. (1986): Verticality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4):432-438.
17. Arambašić L. (1996): Savjetovanje. U: Pregrad, J. (ur.), Stres, trauma, oporavak. *Društvo za psihološku pomoć, Zagreb*: 63-86.
18. Armstrong G., Nuken A., Samson L., Singh S., Jorm A.F., Kermode M. (2013): Quality of life, depression, anxiety and suicidal ideation among men who inject drugs in Delhi, India. *BMC Psychiatry*, 13: 151-162.
19. Arthur, M.W., Hawkins J.D., Pollard J.A., Catalano R.F., Baglioni, A.J., Jr. (2002): Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors, *Evaluation Review*, 26 (6): 575-601.
20. Atadokht A, Hajloo N, Karimi M, Narimani M. (2015): The Role of Family Expressed Emotion and Perceived Social Support in Predicting Addiction Relapse, *Int J High Risk Behav Addict.*; 4(1): e21250.
21. Backović A., Mugoša B., Laušević D. (2000): Prevencija narkomanije, *Unicef, Podgorica*: 23-26, 32-34.
22. Backović D., Maksimović M., Stevanović D. (2007): Psihosocijalni faktori rizika i zloupotreba psihoaktivnih supstancija kod adolescenata, *Vojnosanitetski pregled*, 64 (5), 331-336
23. Ball S. A. (2005): Personality traits, problems and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.

24. Bandura A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*; 84 (2): 191–215.
25. Barnes G.E., Mitic W., Leadbeater, B., Dhami, M.K. (2009): Risk and protective factors for adolescent substance use and mental health symptoms. *Canadian Journal of Community Mental Health* 28 (1): 1-15.
26. Barrera M., Jr. (1986): Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14 (4): 413-445.
27. Bashir N., Ahmad Sheikh A., Bilques S. and Mudasir Firdosi M., (2015): Socio-demographic correlates of substance use disorder patients seeking de-addiction services in Kashmir India -A cross sectional study, *British Journal of Medical Practitioners*, 8 (4): 94-97
28. Bašanović B. (2012): Sociološki aspekti narkomanije, *Sociološka luča VI/2, Podgorica Crna Gora*, 58-65.
29. Baumeister R. F., Leary M. R. (1995): The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117: 497-529.
30. Berc G, Milić Babić M. (2016): Izazovi i principi savjetovanišnog rada u području ovisnosti, Lucija Vejmelka, Annamarija Vuga, Tereza Oreb (ur.). *Zbornik radova 2. konferencija prevencije ovisnosti: alkoholizam, ovisnost o drogama i novije ovisnosti i 1. ljetne škole Modernih tehnologija, Zagreb*: 11-18.
31. Berk L, E. (2008): Psihologija cjeloživotnog razvoja. *Jastrebarsko, Naklada Slap*: 367-368, 400.
32. Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Honor, S., Karpusheff, J. Lubman, D.I. (2013): The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45: 273-279.
33. Bjegović V, Vuković D, Živković M, Lozanović D, Paunović P, Rajin G. (1997): Zdravstveno vaspitanje u osnovnim školama –Vodič za nastavnike, *Katedra socijalne medicine Medicinskog fakulteta u Beogradu*: 83-84.
34. Bjeloglav D, Prica I, Bjelić I, Green M, Laušević D, Terzić N. (2013): Nacionalno istraživanje o zdravlju stanovništva Crne Gore u 2008. godini. Institut za javno zdravlje. Podgorica.

35. Bleeker A. (2001): *Drug use and young people-rationale for the DSP*, 2nd International Conference on Drugs and Young People: Exploring the Bigger Picture, Melbourne: *Australian Drug Foundation*.
36. Block J., Block J., Keyes S. (1988): Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 59: 336-355.
37. Bloom F.E. (2001): Neurotransmission and the central nervous system. In J.G. Hardman, L.E. Limbird, A.G. Gillman (Eds.) *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, 10th edition, New York: McGraw-Hill: 293–320.
38. Böhnke P. (2008): Are the Poor Socially Integrated? The Link between Poverty and Social Support in Different Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 18 (2): 133-150
39. Bolger N, Amarel D. (2007): Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92:458–75
40. Bond L., Butler, H., Thomas L., Carlin J. (2007): Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes, *Journal of Adolescent Health* 40(4): 357.e9–357.e18.
41. Borgatti SP, Mehra A, Brass DJ, Labianca G.(2009): Network Analysis in the Social Sciences. *Science*, 323(5916): 892–5.
42. Borges G, Loera CR: (2010): Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opi. Psychiatry*, 23(3): 195-204.
43. Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.
44. Bouillet D., Uzelac S. (2007): Osnove socijalne pedagogije. *Školska knjiga, Zagreb*: 190-197.
45. Boyd A. B. (2002): Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4): 208-215.
46. Brajša-Žganec A. (2003): *Dijete i obitelj: emocionalni i socijalni razvoj*. Jastrebarsko: Naklada Slap: 25

47. Brekke J, Kohrt B, Green M. (2001): Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophr Bull*; 27: 697-708.
48. Brlas S. (2011): *Savjetodavni rad s ovisnicima*, Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije: 4.
49. Brlas S. (2011): *Terminološki opisni rječnik ovisnosti opis važnih termina iz područja ovisnosti o drogama, alkoholizma i problematičnog i patološkog kockanja*, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije: 78
50. Brlas S. (2016): *Funkcionira li mozak ovisnika zaista drukčije*, Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije: 26.
51. Brlas S., Gorjanec V. (2015): *Uvodno o ovisnosti, Radionice u borbi protiv ovisnosti. Edukacijske i socijalizacijske radionice za djecu i mlade*, Centar za nestalu i zlostavljaju djecu Osijek: 21-36.
52. Brlek I., Berc G., Milić Babić M.. (2014): Primjena savjetovanja kao metode pomoći u klubovima liječenih alkoholičara iz perspektive socijalnih radnika. *Soc. psihijat., Vol. 42 Br. 1*: 62-70.
53. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. (2002): Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence and substance abuse disorders. *Archives of General Psychiatry*; 59(11): 1039-44.
54. Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M, Cohen P. (1990): The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 116: 111–267
55. Brook, J.S., Brook, D.W., Richter, L., Whiteman, M. (2006): *Risk and Protective Factors of Adolescent Drug Use: Implications for Prevention Programs*, In: Sloboda Z, Bukoski WJ, editors. Handbook of drug abuse prevention. New York: Springer Publishing Company: 265- 289
56. Buchholz A., Krol A., Rist F., Nieuwkerk P., Schippers G. (2008): An assessment of factorial structure and health-related quality of life in problem drug users using the Short Form 36 Health Survey, *Qual Life Res*, 17: 1021–1029.
57. Bui, Q., Dougherty, C. (2017): Good schools, affordable homes: Finding suburban sweet spots. New York Times. Retrieved from <https://www.>

nytimes.com/interactive/2017/03/30/upshot/good-schools-affordable-homesuburban-sweet-spots.html?

58. Burkhardt G., Matt B. (2003): *Community-based drug prevention programmes from EDDRA*.
59. Butorac K. (2010): Neka obilježja osobnosti kao prediktivni čimbenici zlouporabe i ovisnosti o drogama i alkoholu. *Kriminologija i socijalna integracija* 18 (1): 79-98.
60. Butorac K., Rogar A. (2002): Neformalna i formalna socijalna kontrola u domeni Centra za prevenciju ovisnosti. *Kriminologija i socijalna integracija*, 10 (2): 119-139. 122,.123.
61. Cajner Mraović, I. (1999). Uloga obitelji u odabiru nasilničkoga stila ponašanja kod mladih. U: Obitelj u suvremenom društvu. Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži, Zagreb, 187-201.
62. Calman K.C. (1984): Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10: 124 -127.
63. Campo A.T., Rohner R.P. (1992): Relationships between perceived parental acceptance-rejection, psychological adjustment and substance abuse among young adults. *Child Abuse and Neglect*, 16: 429-440.
64. Car Čuljak I., Culej J., Dodić K. (2013): Oblici rehabilitacije liječenih alkoholičara u zajednici – prikaz rada KLA. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*; 9: 141-75.
65. Car S. (2013): Adolescencija 21. stoljeća: društvena uvjetovanost, temeljne karakteristike i pedagoški izazovi. *Pedagogijska istraživanja* 10 (2): 285-294.
66. Centre for social expertise of the Institute of sociology at the National academy of science of Ukraine (2005): *A review of work with injecting drug users in Ukraine in the context of the HIV/AIDS epidemic*, United nations childrens fund (Unicef) in Ukraine and Joint United nations programme on HIV/AIDS (UNAIDS) in Ukraine, Kyiv: 123.
67. Champion HL., Foley KL., DuRant RH., Hensberry R., Altman D., Wolfson M. (2004): Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *J Adolesc Health*; 35(4): 321–8.
68. Chatterji, Pinka. (2006): “Illicit Drug use and Educational Attainment.” *Health Economics*, 15 (5), 489-511.

69. Chen JP, Wang H, Liu L. (2013): Quality of life and related social support for men who have sex with men among university students in Chongqing, China. *Chin, J Epidemiol.*;34:888–92
70. Christiansen B. A., Smith G. T., Roehling P.M., Goldman M. S. (1989): Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 93-99.
71. Cohen S., Syme S.L. (1985): Issues in the study and application of social support. U S. Cohen i S.L. Syme (Ur.), *Social support and health*. San Francisco: Academic Press: 3-22.
72. Cohen S., Wills, T. A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2): 310-358.
73. Coley, R. L., Sims, J., Dearing, E., Spielvogel, B. (2017). Locating economic risks for adolescent well-being: Poverty and affluence in families, schools, and neighborhoods. *Child Development*. Advance online publication. doi:10.1111/cdev.12771
74. Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR: (2001): A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples. *J Stud Alcohol.*, 62: 817-825.
75. Conroy, E., Kimber, J., Dolan, K., Day, C. (2008): An examination of the quality of life among rural and outer metropolitan injecting drug users in NSW, Australia. *Addiction Research and Theory*, 16: 607-617.
76. Convention on psychotropic substances, Vienna, 21. February 1971. including Final Act and Resolutions, as agreed by the 1971 United Nations Conference for the Adoption of a Protocol on Psychotropic Substances, and the Schedules annexed to the Convention, United Nations
77. Conway KP., Kane RJ., Ball SA., Poling JC., Rounsaville BJ. (2003): Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 71: 65-75.
78. Corey G. (2004): *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*, Naklada Slap, Jastrebarsko: 5
79. Council for Health Research(1996): Prioriteti u prevenciji, Haag.

80. Craighead, W. E., Nameroff, C. B. (2002). *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioural Science*. 3rd ed. NY: John Wiley & Sons Publishers.
81. Creek, J. (2002.) *Occupational therapy and mental health*. London: Churchill Lingstone.
82. Crnogorski medicinski vodič Medical (2015): *doo Flear i NVO MedicalCG, Podgorica*: 129-130, 174-175.
83. Cuffe S.P., McKeown R.E., Addy C.L., Garrison, C.Z. (2005): Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2): 121-129.
84. Cummins R.A (1997): *Comprehensive quality of life scale*, School of Psychology Deakin University
85. Cummins R.A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies*, 1:133-158.
86. Čekerevac A. (2009): Socijalna politika i mrežni socijalni rad u prevenciji bolesti zavisnosti, *XXV savetovanje o bolestima zavisnostima sa međunarodnim učešćem*. Smederevo: 24-39
87. Čudina-Obradović M., Obradović, J. (2003): Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. *Revija za socijalnu politiku*, 10(1): 45-68.
88. Ćorić D. (2006). *Ovisnost o drogama – simptom bolesti društva*. Suvremena pitanja: 38-50.
89. de Maeyer J, Vanderplasschen W, Camfield L, Vanheule S, Sabbe B, Broekaert E. (2011): A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals. *Int J Nurs Stud*.;48:1244–57.
90. de Maeyer, J., Van Nieuwenhuizen, C., Bongers, I.L., Broekaert, E., Vanderplasschen, W. (2013): Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: a latent class analysis. *International Journal of Drug Policy*, 24: 342-350.
91. Deci E.L, Ryan R.M (2000): The “What and Why” of Goal Pursuits: Human needs and the Self Determination of Behavior, *Psychological Inquiry*, 11(4): 227-268
92. Demo D. H., Fine M. A. (2010): *Beyond the Average Divorce*, Thousand Oaks, Sage Books

93. Dennis M, Scott C, Funk R, Foss M, (2005): The duration and correlates of addiction and treatment careers, *Journal of Substance Abuse Treatment* 28: S51–S62)
94. Diego M.A., Field T.M., Sanders, C.E. (2003): Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38: 35-42.
95. Dimitrijević I (2007): *U veku droge - priručnik za porodicu i školu*. "Stojadinović", Petrovac na Mlavi: 116.
96. Donovan D. M, Ingalsbe Michelle H., Benbow James., Daley Dennis C. (2013): 12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview *Soc Work Public Health.*; 28(0): 313–332.
97. Dragisic T, Dickov A, Dickov V, Mijatovic V. (2015): Drug Addiction as Risk for Suicide Attempts Mater, *Sociomed.*; 27(3): 188–191.
98. Dragišić-Labaš S., Milić M. (2007): Bolesti zavisnosti kao bolesti društva, porodice i pojedinca – kritika nečinjenja, *Sociologija*, 49(1): 31-43.
99. Drozdek D, (2016): *Uloga terapijske zajednice u liječenju ovisnosti*, Zbornik radova 2. konferencije - prevencije ovisnosti: alkoholizam, ovisnost o drogama i novije ovisnosti 1. ljetne škole Modernih tehnologija: 31
100. Drummond, D.C., Perryman K. (2007): *Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: a literature review*. Background document prepared for third meeting of Technical development group (tdg) for the WHO "Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of opioid dependence", 17-21 september 2007, Geneva, Switzerland.
101. Društvo za socijalnu podršku (2014): *Ovisnost kako ju prepoznati, razumjeti i spriječiti*, *Priručnik prevencije ovisnosti za mlade i roditelje*, Studio 77, Drugo izdanje, Zagreb: 13, 65-66
102. Duis S.S., Summers M., Summers, C.R. (1997): Parent versus child in diverse family types: An ecological approach. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17: 53-73.
103. Dujmović A., Čolović P. (2012): Psihopatija i osobine ličnosti kod heroinskih zavisnika u tretmanu i opšte populacije, *Primenjena psihologija*, Vol. 5(4): 357-374.
104. Dunbar, R. I. M., Barrett, L. (2007). *Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*. NY: Oxford University Press

105. Đurišić T, Golubović Lj, Mugoša B. (2017): Istraživanje o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore: Nacionalni izvještaj istraživanja. Podgorica: Institut za javno zdravlje Crne Gore i Monstat. Podgorica
106. Easley D, Kleinberg J. (2010): Overview. Networks, Crowds, and Markets: Reasoning about a Highly Connected World. Cambridge: *Cambridge University Press*: 1–20.
107. Eisenbach-Stangl I, Rosenqvist P: (1998): *Variations of Alcoholics Anonymous. In Diversity in unity; Studies of Alcoholics Anonymous in eight societies*. Edited by Eisenbach-Stangl I, Rosenqvist P. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD):7-24.
108. EMCDDA (2010): *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK), EMCDDA Manuals 4, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon*.
109. Epstein J.A., Botvin G.J., Doyle M. (2009): Gender-specific effects of social influences and competence on lifetime poly-drug use among inner-city adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 18(3): 243-256.
110. Etz K.E., Robertson E.B., Ashery, R.S. (1998): Drug abuse prevention through family-based interventions: Future Research. In: Ashery, R.; Robertson, E.; and Kumpfer, K., eds. Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph Number 177, Pub. No. 99–4135. Rockville, MD: *National Institute on Drug Abuse: 1–11*: 103-120,
111. Farman J. (1996): *Oprez, opasno po roditelje!*, Mozaik knjiga, Zagreb: 56, 99,23, 116
112. Farrington, D.P. (2005): Childhood Origins of Antisocial Behavior, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12:177-190
113. Fei J, Yee A, Habil MH. (2016): Psychiatric comorbidity among patients on methadone maintenance therapy and its influence on quality of life. *Am J Addict.*;25:49–55.
114. Feinberg M. E. (2012): Community Epidemiology of Risk and Adolescent Substance Use: Practical Questions for Enhancing Prevention, Framing Health Matters, *American Journal of Public Health (AJPH)* 102(3): 457–468
115. Felce D., Perry J. (1993): *Quality of life: A contribution to its definition and measurement*.Mental Handicap in Wales Applied Research Unit Cardiff.

116. Ferić - Šlehan M. (2008.) Rizični i zaštitni čimbenici u obiteljskom okruženju: razlike u procjeni mladih i njihovih roditelja, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 44 (1): 15-26.
117. Filipović I. (2005): *Knjiga za roditelje*. Zagreb: HUSR.
118. Fishbein M., Ajzen, I. (1975): *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research Reading*. MA: Addison-Wesley.
119. Flaker V. (2004): *Heroin i obiteljska drama*. Konferencija "Borba protiv ovisnosti-borba za zdravu obitelj" Pula 2004. Zbornik radova. Zagreb
120. Flay B, Sobel J. (1983): *The Role of Mass Media in Preventing Adolescent Substance Abuse*, Department of health and human services Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration National Institute on Drug Abuse Rockville, Maryland: 5-35.
121. Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore, Institut za javno zdravlje Crne Gore (2014): *Program zdravstvene zaštite u Crnoj Gori za 2014. godinu*, Podgorica: 5, 10, 22, 37-38.
122. Forko M., Lotar M. (2012). Izlaganje adolescenata riziku na nagovor vršnjaka - važnost percepcije sebe i drugih. *Kriminologija i socijalna integracija* 20 (1): 35-47.
123. Franc R., Šakić V., Ivičić I. (2002): Vrednote i vrijednosne orijentacije adolescenata: hijerarhija i povezanost sa stavovima i ponašanjima. *Društvena istraživanja*, 2(3): 239-263.
124. Franić Tukić S. (2001): Čimbenici spriječavanja ovisnosti u djece i mladeži. Medicinski i pravni mehanizmi za zaštitu djece od zlouporabe sredstava ovisnosti i zlostavljanja. *Nacionalni centar za psihotraumu*, Zagreb: 69-75.
125. Freeman K. (2003): Health and well-being outcomes for drug-dependent offenders on the NSW Drug Court programme, *Drug and Alcohol Review*, 22: 409-416
126. Friedman AS, Bransfield S, Kreisher C. (1994): Early Teenage Substance Use as a Predictor of Educational- Vocational Failure. *American Journal on Addictions*; 3: 325-36.
127. Frith J. (1996): The use of role plays in teaching drug and alcohol management. *Aust Fam Physician*; 25(4): 532-3.
128. Galić J. (2002): *Zloporaba droga među adolescentima*. Medicinska naklada Zagreb.

129. Galoić-Cigit B. (2003): *Porodična obilježja zavisnika o opijatima (magistarski rad)*. Medicinski fakultet Zagreb.
130. Ganster D.C., Victor B. (1988): The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61: 17-36.
131. Gerra G, Angioni L, Zaimovic A, Moi G, Bussandri M, Bertacca S. et al. (2004): Substance use among high-school students: relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Subst Use Misuse*. 39(2): 345-67.
132. Gfroerer, K. P., Gfroerer, C. A., Curlette, W. L., White, J., & Kern, R. M. (2003). Cited in Kalkan, M. (2008). The Relationship of Psychological Birth Order to Irrational Relationship Beliefs. *Social Behaviour and Personality*, 36(4), 455-466.
133. Ghosh N., Mohit A., Murthy S. (2004): Mental health promotion in post conflict countries. In: *The journal of The Royal Society for the Promotion of Health, Vol 124 (6)*: 268-270
134. Glantz MD, Pickens RW. (1991): Vulnerability to drug abuse Washington, DC: *American Psychological Association*:1-14.
135. Glavak R., Kuterovac Jagodić., Sakoman S (2003): Perceived parental acceptance-rejection, family-related factors, and socio-economic status of families of adolescent heroin addicts. *Croat Med J*. 44(2): 199-206.
136. Glavni grad Podgorica. (2014): *Plan akcije za mlade glavnog grada 2014-2019*
137. Glynn TJ, Anderson DM, Schwarz L. (1991): Tobacco-use reduction among high-risk youth: recommendations of a National Cancer Institute Expert Advisory Panel. *Prev Med*; 20(2): 279-91.
138. Golubović S. (2005): *Droga Istine i zablude*, Zograf : 8-12.
139. Gordon R. (1987): *An operational classification of disease prevention*, U: Steinberg, J.A., Silverman, M.M. (ur.). Preventing Mental Disorders, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services
140. Gore, S. (1981): Social support and styles of coping with stress. In. S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), Social support and health, New York: Academic Press. New York: Prodist: 263-280.
141. Granovetter M. (1983.): The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*, 1: 201-233.

142. Grbović M. (2008): *Model organizacije sistema primarne zdravstvene zaštite - komentari i uputstva o primjeni*, MOUSE Podgorica: 9-10, 12,13,19, 54.
143. Greblo Z. (2005). Religioznost, obiteljski čimbenici i zloupotreba droge kod adolescenata. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 12 (2): 263-27.
144. Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MM. (2003): Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance initiation. *Preventive Medicine*;36(1): 1-7
145. Grupa autora (2006): *Priručnik za multidisciplinarni pristup prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci*, Udruženje za prevenciju ovisnosti i smanjenje štete LINK, Sarajevo: 60
146. Guelfi JD. (1992): Measuring quality of life. *Ann Med Psychol Paris*;150(9): 671-677.
147. Hale C.J., Hannum J.W., Espelage, D.L. (2005): Social Support and Physical Health: The Importance of Belonging. *Journal Of American College Health*, 53(6): 276-284.
148. Handbook Prevention; alcohol, drugs and tobacco (1998): How to make the every day life of a prevention worker easier, *Dr. Jaap van der Stel, assisted by: Deborah Voordewind* i *Pompidou Group - Council of Europe & Jellinek Consultancy*
149. Hann, D.M., Borek, N. (2001): *Taking Stock of Risk Factors for Child/Youth Externalizing Behavior Problems*, Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Mental Health
150. Haralambos M., Holborn M. (2002): *Sociologija/Teme i perspektive*: Golden marketing. Zagreb: 509
151. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*: 64-105.
152. Hawks D., Scott K., McBride N. (2002). *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization Geneva.
153. Hazzard A, Celano M, Collins M, Markov Y. (2002): Effects of Starbright World on knowledge, social support, and coping in hospitalized children with sickle cell disease and asthma. *Children's Health Care*, 31: 69-86

154. Helgeson V. S, Cohen S. (1996): Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol.* 15(2):135-48
155. Heller K., Swindle R. W., Jr. Dusenbury L. (1986): Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4) 466-471.
156. Hemphill S. A., Heerde J. S., Herrenkohl T. D. (2011): Risk and protective factors for adolescent substance use in Washington State, United States and Victoria, Australia: A longitudinal study, *Journal of Adolescent Health*, 49 (3): 312-320
157. Hengelson V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1): 25-31
158. Hoffmann J., (2017): Family Structure and Adolescent Substance Use: An International Perspective, *Substance Use & Misuse*, 52(13): 1667-1683
159. Hoffmann NG, Harrison PA, Belille CA: (1983): Alcoholics Anonymous after treatment: attendance and abstinence. *Int J Addict.* 18: 311-318
160. Hogan BE, Najarian B. (2002): Social support interventions: Do they work? *Clin Psychol Rev.* 22(3):383-442.
161. Horowitz LM, Krasnoperova EN, Tatar DG, Hansen MB, Person EA, Galvin KL, Nelson KL. (2001): The way to console may depend on the goal: Experimental studies of social support. *Journal of Experimental Social Psychology.* 37: 49–61.
162. Hrabar D. (2001): *Obiteljskopравни mehanizmi zaštite djece od zlouporabe sredstava ovisnosti i zlostavljanja. Medicinski i pravni mehanizmi za zaštitu djece od zlouporabe sredstava ovisnosti i zlostavljanja.* Nacionalni centar za psihotraumu, Zagreb: 35-49.
163. Huckle, T., You, R. Q., & Casswell, S. (2010). Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently. *Addiction*, 105, 1192–1202.
164. Hudek-Knežević J., Kardum I. (2006): *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: 1. Stres i tjelesno zdravlje.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
165. Humphreys K, (1997): Clinicians' referral and matching of substance abuse patients to self-help groups after treatment. *Psychiatr Serv*, 48: 1445- 1449.

166. Humphreys K, Wing S, McCarty D, Chappel J, Gallant L, Haberle B, Weiss R. (2004): Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment.*; 26(3):151–158.
167. Humphreys K. (2003): Alcoholics Anonymous and 12-step alcoholism treatment programs. *Recent Developments in Alcoholism.* 16: 149–164.
168. Hurd P., C.A. Johnson, T. Pechacek, (1980): Prevention of cigarette smoking in seventh grade students, *Journal of Behavioral Medicine* 3: 15-28
169. Ilić I., Milić I., Arandelović M. (2010): Procena kvaliteta života - sadašnji pristupi, *Acta medica Medianae*, 49 (4): 52-60.
170. Institut za javno zdravlje (2008): *Evropsko istraživanje o upotrebi duvana, alkohola i droga ESPAD 2011*, Nacionalni izvještaj za Crnu Goru, Podgorica.
171. Institut za javno zdravlje (2008): Nacionalni strateški odgovor na droge (2008-2012) i Akcioni plan za 2008/2009 godinu, Institut za javno zdravlje, *Mouse studio d.o.o.*, Podgorica.
172. Institut za javno zdravlje (2011): *Evropsko istraživanje o upotrebi duvana, alkohola i droga ESPAD 2013*, Nacionalni izvještaj za Crnu Goru, Podgorica.
173. Institut za javno zdravlje (2015): *Evropsko istraživanje o upotrebi duvana, alkohola i droga ESPAD 2016*, Nacionalni izvještaj za Crnu Goru, Podgorica.
174. Institut za javno zdravlje Crne Gore (2016): *Potražnja za tretmanom usljed upotrebe droga u javno-zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori u 2013. g.*, Podgorica.
175. Ipsos Strategic Marketing (2012): Unaprjeđenje Sistema zdravstvene zaštite u Crnoj Gori – Istraživanje sa domaćinstvima, Podgorica
176. Iranpour A., Jamshidi E., Nakhaee N. (2015): Development and Psychometric Properties of Risk and Protective Factors of Substance Use Scale in Iran: An Application of Social Development Model, *PubMed*, 7 (3-4): 117-29
177. Itković, Z. (1995): Roditelji kao odgojitelji – uloga obiteljskog odgoja u prevenciji zloupotrebe droga. *Društvena istraživanja.* 4-5: 575-586.
178. Ivandić Zimić, J. (2010): Rizični čimbenici za pojavu ovisnosti o drogama s naglaskom na čimbenike u obiteljskom okruženju. *Kriminologija i socijalna integracija*, 19(1): 65-81.
179. Ivandić Zimić, J., Jukić, V. (2012): Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *Journal od Psychoactive Drugs*, 44 (2): 173-185.

180. Ivandić, J. (2003): *Psihosocijalna obilježja porodice i psihološki razvoj zavisnika o drogama*. Magistarski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb.
181. Ivandić, Zimić, J. (2010): *Obiteljski rizični činitelji pojave ovisnosti o drogama*. Doktorska disertacija Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada. Zagreb
182. Ivanić Zimić J. (2011): Žene ovisnice – razlike u obilježjima obitelji i obilježjima psihosocijalnog razvoja između žena: *Kriminologija i socijalna integracija* 19 (2): 59.
183. Izvještaj o radu Javne ustanove za smještaj, rehabilitaciju i resocijalizaciju korisnika psihoaktivnih supstanci Podgorica za 2014. godinu, Podgorica 2015.g
184. Jaffe J., Petersen R., Hodgson, R. (1986): *Ovisnosti – Problemi i rješenja*. Zagreb: Globus.
185. Janković J. (1994): Obitelj-društvo-obitelj. *Revija za socijalnu politiku*. 1(3): 277-282.
186. Janković J. (2008): *Obitelj u fokusu*, Zagreb: Et. Cetera Zlouporaba sredstava ovisnosti.
187. Janković J.(2006): Partnerstvo obitelji i odgojno- obrazovne ustanove u procesu socijalizacije novih generacija, *Zrno br. 72*: 5.
188. Janse AJ, Gemke RJ, Uiterwaal CS, Tweel I van der, Kimpen JL, Sinnema G. (2004): Quality of Life: Patients and Doctors Dont Always Agree: a Meta-Analysis. *J Clin Epidemiol*; 57(7): 653-61.
189. Jarholm B, Albin M, Johansson G, Wadensjo E. (2009): Perspective of working life research. *Scand J Work Environ Health*; 35(5):394-6.
190. Jelačić A., Jerković, T. (2000): *Djeca traže vrijeme*, Osnovna Škola „Gripe“, Split: 9
191. Jemmott J.B., Locke S.E. (1984): Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? *Psychological Bulletin*, 95: 78-108.
192. Jerotić V. (2008): Ličnost narkomana, *Beograd Ars Libri*: 105-110
193. Jessor R. (1993): Succesful adolescent development among youth in high risk settings. *American psychologist*; 48(2): 117-26.
194. Jessor R., Donovan J.E., Costa F.M. (1991): *Beyond adolescence – problem behavior and young adult development*, Cambridge: Cambridge University Press.

195. Jessor R., Jessor S. (1977): *Problem behavior and psychosocial development – a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
196. Johnston LD. (2003): Alcohol and illicit drugs: The role of risk perceptions. In: Romer D, editor. *Reducing Adolescent risk: an Integrated Approach*. Thousand Oaks, CA: *Sage publications Inc*: 55.
197. Joković S, Pavlović J, Hadživuković N, Đević R, Vilotić S, (2017): Metode ispitivanja i pokazatelji kvaliteta života, Pregledni rad Medicinski fakultet Foča, Univerziteta u Istočnom Sarajevu, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina, *Medicinska istraživanja*;8(1): 90-94
198. Jones S.C., Rossiter J.R. (2009): Social and religious factors in adolescents' drug use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 18(1): 85-92.
199. Jović V N. (2005): *Vodič za roditelje, porodica u vrtlogu droge*, Megraf, Beograd: 57-60
200. Judge, S. L. (2001): Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, 47(3):, 263-268.
201. Juventas, Centar za monitoring i istraživanje – CeMI, Open Society foundation, (2013): *Izveštaj o stanju ljudskih prava korisnika droga u Crnoj Gori 2011/2012*, Juventas, Podgorica: 30-32.
202. JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-Dobojskog kantona. (2017): Bilten, godina 12. *Scan Studio Duran, Zenica*: 30,31.
203. Kai-Na Zhou, Heng-Xin Li, Xiao-Li Wei, Xiao-Mei Li, Gui-Hua Zhuang (2016): Relationships between perceived social support and retention patients receiving methadone maintenance treatment in China mainland, *Chinese Nursing Research* 3, 11-15.
204. Kalebić Maglica, B. (2006). Spolne i dobne razlike adolescenata u suočavanju sa stresom vezanim uz školu. *Psihologijske teme* 15 (1): 7-24.
205. Kalkan, M. (2008). The Relationship of Psychological Birth Order to Irrational Relationship Beliefs. *Social Behaviour and Personality*, 36(4), 455-466.
206. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. (1992): Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol*; 53(5): 447–57.

207. Karačić S. (2012): Socijalna podrška kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem, *JAHR, Vol. 3 (5)*: 221-222
208. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K. (2002): Social networks as mediators of the effect of *Alcoholics Anonymous*. *Addiction*, 97: 891-900.
209. Kaskutas LA. (2009): Alcoholics anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases*.28(2): 145–157
210. Katsching H. (2000): Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*;102(407): 33-37.
211. Katz L.G., McClellan, D. E. (1999): *Poticanje razvoja dječje socijalne kompetencije : uloga odgajateljica i učiteljica*. Zagreb: Educa: 22-23, 97.
212. Kearns A., Forrest R. (2000): Social Cohesion and Multilevel Urban Governance. *Urban Studies*, 37 (5-6): 995-1017.
213. Keil Slawik R., M. Kerres (2002): Wirkungen und Wirksamkeit. *Neuer Medien in der Bildung*: 259-260.
214. Keresteš G. (2002): *Dječje agresivno i prosocijalno ponašanje u kontekstu rata*. Zagreb: Naklada Slap.
215. Khantzian EJ. (1997): The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiat*;5: 231-44.
216. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. (1997): A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *J Consult Clin Psychol*; 65(5): 834–47.
217. Klarin M. (2002): Dimenzije obiteljskih odnosa kao prediktori vršnjačkim odnosima djece školske dobi. *Društvena istraživanja*, 4 (5), 805-822.
218. Klarin M. (2002): Osjećaj usamljenosti i socijalno ponašanje djece školske dobi u kontekstu socijalne interakcije. *Ljetopis socijalnog rada* 9 (2): 249-258.
219. Kljaić S. (2005): *Socijalna podrška*, U Petz, B. (Ur). *Psihologijski rječnik*, Jastrebarsko: Naklada Slap: 449
220. Knotek I. Ž., S. Maloić. (2000). Program stručnog rada s ovisnicima o drogama u odgojnom zavodu Turopolje, *Kriminologija i socijalna integracija* 8 (1-2):118.
221. Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulo, E., Kostogianni C. (1998): Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23(6): 841–853.

222. Koplewicz, H. S., Gurian, A., & Williams, K. (2009). The era of affluence and its discontents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48: 1053–1055.
223. Kornber, M.S., Caplan G. (1980): Risk factors and preventive intervention in child psychopathology: A review. *The Journal of Prevention*, 1(2): 71-133
224. Kosten TR, Rounsaville J, Kleber HB. (1982): DSM III Personality Disorders in opiate addicts. *Compr. Psychiatry* 23: 572–581.
225. Kovačević M, Đukanović B. (2009): *Ličnost narkomana u porodičnom i socijalnom kontekstu*, Skripta internacional Beograd, 58-70, 88.
226. Kovčo I. (1999): *Uloga porodice u odabiru stila ponašanja kod mladih – alkoholizam roditelja*. U: (Zbornik) Porodica u suvremenom društvu. Državni zavod za zaštitu porodice, materinstva i mladeži, Zagreb, 201-207.
227. Krentzman AR, Robinson EA, Moore BC, Kelly JF, Laudet AB, White WL, Strobbe S. (2010): How Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) work: Cross-disciplinary perspectives. *Alcohol Treatment Quarterly*. 29(1):75–84.
228. Krivični zakonik Crne Gore, Sl.list RCG, br. 70/03 i 47/06 i Sl. list CG, br.40/08,25/10,32/11,40/13,14/15,42/15 i 44/17
229. Krizmanić M., Kolesarić V. (1989): Pokušaj konceptualizacije pojma “kvaliteta života”. *Primijenjena psihologija*, 10: 179 -184.
230. Krohn, Marvin, Thronberry, Terence, CollinsHall, Lori, and Lizotte, Alan. (1995): *School Dropout, Delinquent Behavior and Drug Use: An Examination of the Causes and Consequences of Dropping out of School*. In *Drugs, Crime and Other Deviant Adaptations* H.B. Kaplan (Ed.). New York: Plenum
231. Kumpfer K., Adler S. (2006): Dissemination of research-based family interventions of substance abuse, u: Sloboda, Z., Bukoski, W.J., *Handbook of Drug Abuse Prevention-Theory, Science and Practice*, New York: Springer: 75-101.
232. Kurtović A. (2013): Odnos perfekcionizma i socijalne podrške s anksioznošću i depresivnošću kod studenata. *Medica Jadertina*, 43(4): 189-200
233. Lakey B., Cohen S. (2000): Social support theory and measurement. U S. Cohen, L.G. Underwood i B.H. Gotlieb (Ur.), *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press: 29-52.
234. Lalić D., Nazor M., (1997): *Narkomani – smrtopisi*, Alinea, Zagreb

235. Larimer M., Kilme: J., Lee, C. (2005). College Student Drug Prevention: A Review of Individually-Oriented Prevention Strategies, *Journal of Drug Issues*, 35: 431-456.
236. Lasić K. (2013). Odgojne vrijednosti u ovisničkim komunama, *Putokazi*, 1: 13-24.
237. Lebedina Manzoni M., Lotar M. (2011). Simptomi depresivnosti i samoorijentirane kognicije. *Psihologijske teme* 20 (1): 27-45
238. Leshner AI. (1999): Drug abuse and mental disorders: Comorbidity is reality. *NIDA NOTES*, 14(4):3-4.
239. Leutar Z., Oršulić V.(2015): Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju, *Rev. soc. polit.*, 22 (2): 153-176.
240. Lewis C, Battistich V, Schaps E.(1990): School-based primary prevention:what is an effective program? *New Dir Child Dev* (50): 35–59.
241. Lijun Yang, Jianghong Li, Zhang Yiping, Zhang Wendong, Dai Fuqiang, Zhouyang Ren, Bruce Maycock (2009): Reported Reasons for Initiating Drug Use among Drug-Dependent Adolescents and Youths in Yunnan, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 35 (6): 445-453
242. Lin N., Dean A., Ensel, W. (Eds.) (1986). Social support, life events and depression. *New York: Academic Press*: 17-30.
243. Lin, N. (2001): *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge, Cambridge University Press
244. Livazović G. (2011): *Utjecaj medija na poremećaje u ponašanju adolescenata*. Doktorski rad. Zagreb: Filozofski fakultet: 36
245. Livazović, G. (2014): *Osobni i socijalni razvoj djece u obitelji i školi. priručnik za roditelje/staratelje i nastavnike*, Udruženje „Društvo ujedinenih građanskih akcija“. Sarajevo, Jordan Studio: 21.
246. Lloyd C., Joyce R., Hurry J., Ashton M. (2000): The effectiveness of primary school drug education, *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 7,(2): 109- 126.
247. Longo I (2004): *O čemu razgovarati u obitelji (mali priručnik za obitelj)*, Mirta, Split: 173

248. Lučev I., Tadinac M. (2008): Kvaliteta života u Hrvatskoj- povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtnom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 24(1-2): 67-89.
249. Lund, T. J., Dearing, E., & Zachrisson, H. D. (2017). Is affluence a risk for adolescents in Norway? *Journal of Research on Adolescence*. Advance online publication. doi:10.1111/jora.12304
250. Luthar S., Small P, Ciciolla L. (2017): Adolescents from upper middle class communities: Substance misuse and addiction across early adulthood Development and Psychopathology, *Cambridge University Press* 1-21
251. Luthar, S. S., D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 11: 845–867.
252. Lyman, E. L., Luthar, S. S. (2014). Further evidence on the “costs of privilege”: Perfectionism in high-achieving youth at socioeconomic extremes. *Psychology in the Schools*, 51: 913–930
253. Ljubotina D., Galić J. (2002): Obiteljski odnosi i konzumacija droga na populaciji adolescenata Grada Zagreba, *Ljetopis socijalnog rada*, 9 (2): 207-232.
254. Macuka I., Smojver-Ažić S. (2012): Osobni i obiteljski čimbenici prilagodbe mlađih adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48/1: 27-43
255. Malhotra A., Basu, D., Gupta, N. (2005): Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents. *JAICAM*. 1(1): 1-13
256. Malow-Iroff, M.S. (2006): Cross-sex best friendship influences on early adolescent cigarette and alcohol expectancies and use. *Journal of Psychology* 140(3): 209-227.
257. Mandič S., Hlebec V. (2005): Socialno omrežje kot okvir upravljanja s kakovostjo življenja in spremembe v Sloveniji med letoma 1987 in 2002. *Družboslovne razprave*, XXI (49/50): 263-285.
258. Marčinko I., Vuletić, G., Šincek D. (2011): *Kvaliteta života studenata*, Kvaliteta života i zdravlje, Filozofski fakultet, Osijek, 73-94.
259. Maremmanni I, Pacini M, Pani PP, et al. (2007): The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a “dual diagnosis?”. *Ann. Gen. Psychiatry*: 6-31.

260. Marić M. (2011): *Činioci upotrebe psihoaktivnih supstanci u adolescenciji, Doktorska disertacija*, Filozofski fakultet Univerziteta u Novom Sadu.
261. Marić M. (2013): Društveni kontekst, ličnost i upotreba ilegalnih psihoaktivnih supstanci u adolescenciji, *Sociologija, Vol. LV N° 1*: 141-154.
262. Marlatt GA, Donovan DM. (2005): *Relapse prevention. New York*: The Guilford Press.
263. Matthews K. A., Avis N. E. (1982): Psychologists in schools of public health current status, future prospects and implication for other health settings. *American Psychologist*, 37: 949-542.
264. McCabe SE, Knight JR, Teter CJ, Wechsler H. (2005): Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*; 100(1): 96–106.
265. McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ. (2004): The use, misuse and diversion of prescription stimulants among middle and high school students. *Subst Use Misuse*; 39(7): 1095–116.
266. McKellar J, Stewart E, Humphreys K: (2003): Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *J Consult Clin Psychol*. 71: 302-308.
267. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. (2000): Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 284(13):1689-1695.
268. McLellan AT, Woody GE, Metzger D, et al. (1996): Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable expectations, appropriate comparisons. *Milbank Q*; 74: 51- 85.
269. Mejovšek, M. (1996): Osnosi u obitelji i druga obilježja obitelji nasilnih i nenasilnih delinkvenata, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 32 (2):1-12.
270. Mendes F., Relvas A.P., Lourenço M., Reccio J.L., Pietralunga S., Broyer G., Bussac M.H., Calafat A., Stocco P. (1999): *Family Relationships and Primary Prevention of Drug Use in Early Adolescence*, Coimbra: Irefrea.

271. Mental Health and Drug and Alcohol Office (2008): *NSW Health, Drug and Alcohol Psychosocial Interventions: Professional Practice Guidelines* Sydney: NSW Department of Health.
272. Merianos A.L., Nabors L.A., Vidourek R.A., King K.A. (2013): The Impact of Self-Esteem and Social Support on College Students' Mental Health. *American Journal of Health Studies*, 28(1): 27-34.
273. Meshesha L., BA, Tsui J., Liebschutz J., Crooks D., Anderson B., Debra S. Herman D., Stein M (2013): Days of heroin use predict poor self-reported health in hospitalized heroin users, *Addictive Behaviors*, 38(12): 2884-2887
274. Mihić J., Musić T., Bašić J. (2013): Obiteljski rizični i zaštitni čimbenici kod mladih nekonzumenata i konzumenata sredstava ovisnosti, *Kriminologija i socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 21 (1): 51.
275. Mikas D. (2012): Utjecaj emocionalnih i ponašajnih problema na školski uspjeh učenika. *Pedagogijska istraživanja* 9 (1-2): 83-101.
276. Mikšaj – Todorović, Lj., Uzelac, S. (1991): Osnovna obilježja ispitanih ponašanja učenika. *Defektologija* 27 (1): 45-70.
277. Milić Babić M. (2010): *Socijalna podrška, obilježja roditelja i djeteta kao odrednice doživljaja roditeljstva*. (Doktorska disertacija). Zagreb: Pravni fakultet.
278. Milić Č.T. (2000): Characteristics of the use and abuse of psychoactive substances. *Vojnosanit Pregl*; 57(1): 49–53.
279. Miliša Z., M. Tolić. (2010): Kriza odgoja i ekspanzija suvremenih ovisnosti, *Medianali, Vol. 4 (8)*: 135-164.
280. Miliša Z., Proroković A. (2000): Radne vrijednosti i zadovoljstvo životom zavisnika i nezavisnika. *Napredak*, 141(2): 170-180.
281. Miller, P.G., Hyder, S., Zinkiewicz, Droste, N., Harris, J.A. (2014): Comparing subjective well-being and health-related quality of life of Australian drug users in treatment in regional and rural Victoria. *Drug and Alcohol Review*, 33: 651-657
282. Milošević Lj. (2015): *Mediji i prevencija bolesti zavisnosti, Bolesti zavisnosti- Savremena dostignuća u prevenciji, lečenju i rehabilitaciji*, Graficom Uno, Beograd: 207-224
283. Milovanović D., Sakoman S., Mičić J., Dimitrijević I., (2004): *Bolesti zavisnosti, Evropski centar za mir i razvoj (ECPD)*, Grafikom, Beograd: 97,190-192

284. Miljenović A. (2010): Psihosocijalni pristup i alkoholizam: iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*; 17: 281-94.
285. Miljković S., Vukić D., Trajanović LJ. (2004): *Kvalitet života kod mentalnih poremećaja*. Društvo bihevioralne teorije i prakse, Niš.
286. Ministarstvo sigurnosti Bosne i Hercegovine (2011): *Godišnji izvještaj o stanju zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za 2010. godinu*, Profis d.o.o. Sarajevo
287. Ministarstvo zdravlja, rada i socijalnog staranja (2008): *Model organizacije sistema primarne zdravstvene zaštite*
288. Mirfin-Veitch, B., Bray A., Watson M. (1997): „We’re just that sort of family“: *Intergenerational relationship in families including children with disabilities. Family Relations*, 46(3): 305- 311.
289. Moos RH, Moos BS. (2006): Participation in treatment and alcoholics anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 62(6):735–750.
290. Moos RH, Moos BS: (2004): Long-term influence of duration and frequency of participation in Alcoholics Anonymous on individuals with alcohol use disorders. *J Consult Clin Psychol*. 72: 81-90.
291. Morcellini M. (1992): Passaggio al futuro. La socializzazione dei mass media, *Agneli, Milano*: 155-164
292. Morgan, T.J., Morgenstern, J., Blanchard, K.A., Labouvie, E. Bux, D.A. (2003): Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment, *American Journal on Addictions*, 12(3), 198-210.
293. Moro L., Frančišković T. i sar: (2011): *Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Drugo izdanje*. Medicinska naklada, Zagreb.
294. Mugoša B. (2009): *Epidemiološka studija o korišćenju droga u populaciji školske djece u Republici Crnoj Gori*, doktorska disertacija: 121
295. Naderi SH, Bina Zadeh M, Sefatian S. 1 ed Tehran: Medical Council Organization; 2008
296. Nastasić P, (2004): Sindrom zavisnosti/zloupotrebe više psihoaktivnih supstanci kod adolescenata i mladih; *Evropski centar za mir i razvoj (ECPD)*, Grafikom, Beograd: 186-196.

297. National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2011): Adolescent Substance Abuse: America's #1 Public Health Problem, p. 2.
298. National Institute on Drug Abuse (1997): *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues* (Research Monograph 168).
299. National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug abuse among children and adolescents (in brief)*
300. National Institute on Drug Abuse. (2014). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction.*
301. Nenadić-Bilan D. (2012): Strategije prevencije ovisnosti o drogama, *Sveučilište u Zadru Magistra Iadertina* 7(7)
302. Newcomb MD, Bentler PM (1989): Substance use and abuse among children and teenagers. *Am Psychol*; 44: 242-8.
303. Newcomb, Michael D. (1994): Prevalence of alcohol and other drug use on the job: cause for concern or irrational hysteria?. *The Journal of Drug Issues*, 24: 403-416.
304. Newsom J. T., Schulz, R. (1996); Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1): 34-44.
305. Ngai, F., Ngu, S. (2013): Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*, 22: 2031–2039.
306. Nielsen DA, Ho A, Bahl A, Varma P, Kellogg S, Borg L, et al. (2012): Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug Alcohol Depend.*; 124(1-2): 113–20).
307. Nikolić D. (2000): *Bolesti zavisnosti*, Socijalna misao, Beograd-B: 129-194
308. Nikolić S. (1985): Doprinos psihoanalitičkom razumijevanju razvoja identiteta i konstitucije selfa (sebstva) kod čovjeka. *Socijalna psihijatrija* 13: 261-269.
309. Ninčević M. (2009): Izgradnja adolescentskog identiteta u današnje vrijeme. *Odgojne znanosti* 11 (1): 119-141.
310. Nirmala, M. C. (2005). *Family and drug addiction*. Coordinated by: UNODC, Regional Office for South Asia. P 1-2.
311. Novak M., Bašić J. (2008): Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada* 15 (3): 473-498

312. Novak, M., Černigoj-Sadar, N., Dragoš, S., Dremelj, P., Ferlogoj, A., Hlebec, V., Kogovšek, T. i Nagode, M. (2004): *Omrežja socialne opore prebivalstva Slovenije*, Ljubljana, Inštitut Republike Slovenije za socijalno varstvo
313. NSW department of health, (2008): *NSW Health Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines*, Better Health Centre – Publications Warehouse, Sydney
314. NVO Drustvo za borbu protiv side Crne Gore- Cazas (2009): *Zloupotreba opojnih droga u Crnoj Gori*, Cazas Podgorica: 10-13.
315. O'Brien C.P. (2001): Drug addiction and drug abuse, In, Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 10th edition. (Hardman, J.G., Limbird, L.E. and Goodman Gilman, A., eds.) McGraw-Hill (Medical Publishing Division): 621–642
316. Oetting E.R., Lynch R.S. (2006): Peers and the Prevention of Adolescent Drug Use, u: Sloboda, Z., Bukoski, W.J. (ur.), Handbook of Drug Abuse Prevention - Theory, Science and Practice, New York: Springer: 101- 119.
317. Oetting, E.R. i Beauvais, F. (1986): Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*, 65: 17-22.
318. Olagnero M., Meo A., Corcoran, M. P. (2005): Social Support Networks in Impoverished European Neighbourhoods. *European Societies*, 7 (1): 53-79.
319. Opalić P. (2008): *Psihijatrijska sociologija: teorijski i empirijski problemi sociologije mentalnih poremećaja*. Beograd: Zavod za udžbenike
320. Owen PL, Slaymaker V, Tonigan JS, McCrady BS, Epstein EE, Kaskutas LA, Miller WR. (2003): Participation in alcoholics anonymous: Intended and unintended change mechanisms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 27(3): 524–532.
321. Page K, Morris M., Hahn J., Maher L., Prins M. (2013): Injection Drug Use and Hepatitis C Virus Infection in Young Adult Injectors: Using Evidence to Inform Comprehensive Prevention, *Clin Infect Dis.*; 57 (2): S32–S38.
322. Pahl R., Spencer L. (1997): The Politics of Friendship. *Renewal*, 5 (34): 100-107.
323. Pal D. K., Chaudhury T., Das, T., Sengupta S. (2002): Predictors of parental adjustment to children's epilepsy in rural India. *Child: Care, Health & Development*, 28(4): 295-300.
324. Palmer, E.J., Begum, A. (2006): The Relationship Between Moral Reasoning, Provicim Attitudes, and Interpersonal Aggression Among Imprisoned Young Offenders,

- International *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (4): 446-457.
325. Palmgreen P., Donohew L. (2003): *Effective Mass Media Strategies for Drug Abuse Prevention Campaigns*. Department of Communication, University of Kentucky, Lexington, Kentucky: 27-43
326. Pastuović N. (1993): Kvaliteta života kao kriterij održivosti razvoja - psihologijski pristup. *Socijalna ekologija* 2(3): 471-479.
327. Patton LH. (1995): Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatr Clin North Am*; 42(2): 283-93.
328. Paučić-Krinčić E., Prpić I. (2003): Znaci i simptomi korištenja sredstava ovisnosti. *Hrvatski pedijatrijski časopis*, 47 (1): 191-196.
329. Paugam S., Russell H. (2000): The Effects of Employment Precarity and Unemployment on Social Isolation. U: D. Gallie i S. Paugam (ur.), *Welfare Regimes and the Experience of Unemployment in Europe*Oxford, *Oxford University Press*: 243-265.
330. Pećnik N, Rabotek-Šarić R (2005): Neformalna i formalna podrška jednoroditeljskim i dvoroditeljskim obiteljima, *Revija za socijalnu politiku*, 12(1): 1-21.
331. Perkins H. W. (2003): *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians*. New York: Hobart and William Smith College.
332. Perren K., Arber S., Davidson, K. (2004): Neighbouring in Later Life: The Influence of Socio-Economic Resources, Gender and Household Composition on Neighbourly Relationships. *Sociology*, 38 (5): 965-984.
333. Petrović J., Mihić I., Zotović M. (2007): Forme i učestalost rizičnih ponašanja kod studentkinja novosadskog univerziteta. *Pedagoška stvarnost* (9-10): 875-891
334. Petrović S. P. (2003): *Droga i ljudsko ponašanje*, Pertenon, Beograd: 263-269.
335. Petrović Z. (2006): *Alkoholizam i narkomanija, problemi i tretman*, Podgorica: 155, 232-237.
336. Pfeffer A.Z., Ruble. D.C (1946): Chronic psychosis and addistion to morphine, *Arshives of Neuroogy and psychiatry*, 56, 665-672
337. Pichler F., Wallace, C. (2007): Patterns of Formal and Informal Social Capital in Europe. *European Sociological Review*, 23 (4): 423-435.

338. Pichler, F. Wallace, C. (2009): Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*, 25 (3): 319-332. doi:10.1093/esr/jcn050
339. Piselli F. (2007): Communities, Places, and Social Networks. *American Behavioral Scientist*, 50 (7): 867-878.
340. Pivac J. (2009). *Izazovi školi*. Zagreb, Školska knjiga: 52.
341. Polovina N., Bogunović B. (2007): Saradnja škole i porodice - pretpostavke, teškoće i mogućnosti; *Institut za pedagoška istraživanja, Beograd*: 174-205.
342. Pouyamanesh J. (2011). Comparison of Personality Characters of Individuals with Substance Abusing and Individuals without Substance Abusing. *American Journal of Scientific Research*, 32: 51–57.
343. Powers M. B., Vedel E., Emmelkamp M. B. (2008). Behavioral Couples Therapy for Alcohol and Drug Use Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*. 28(6): 952-962
344. Prashil P. Jumade, Abhiram M. Kasbe, Purushottam A. Giri, (2016): Socio-demographic profile of male drug abusers residing in Mumbai city, Maharashtra, India, *International Journal of Community Medicine and Public Health Jumade*;3(5):1115-1118
345. Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, Geneva, 1972.
346. Raboteg-Šarić Z., Pećnik N., Josipović V. (2003): *Jednoroditeljske obitelji: Osobni doživljaj i stavovi okoline*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.
347. Raboteg-Šarić Z., Sakoman S., Brajša-Žganec A. (2002): Stilovi roditeljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih. *Društvena istraživanja*. 11 (2-3): 239-263
348. Radat K. (2003): *Prednosti tematskih terapijskih sastanaka u klubovima liječenih alkoholičara*. U: Golik Gruber V, ur. Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara.
349. Radovanović N., Glavak R. (2003): Povezanost straha od negativne evaluacije sa samopoimanjem i socijalnom percepcijom kod adolescenata. *Društvena istraživanja* 12 (6): 1123-1139.

350. Radović S. (2004): *Prevenција i zaštita od droge; što trebate znati o drogama*, Naklada Žagar, Rijeka: 5.
351. Rakočević V. (2003): *Otkrivanje i suzbijanje zloupotrebe droga*, Podgorica, Graf Crna Gora: 78
352. Ramah A. (2001): *Psihoaktivne supstance*. Beograd: Interprint.
353. RAND (2017): *Zvanična stranica RAND HEALTH Korporacije*. (Pristupljeno dana 22.12.2017. godine, dostupno na: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html).
354. Ratkajec Gašević G. (2012): Specifičnosti savjetovanja maloljetnih počinitelja kaznenih djela, *Kriminologija i socijalna integracija*, 19(2): 73-89. str. 74
355. Ratković D. (2017): *Uticaj temperamenta na nastanak i razvoj zavisnosti od opijata*, Doktorska disertacija, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet: 22
356. Reboussin, B. A., Preisser, J. S., Song, E. Y., & Wolfson, M. (2010). Geographic clustering of underage drinking and the influence of community characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 106: 38–47.
357. Reić Ercegović I. (2011): Neki prediktori doživljaja roditeljstva majki i očeva djece dojenačke dobi. *Napredak*, 152: 267-288.
358. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. (2002): Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull.* 128(2):3 30–66.
359. Richter D., Bernd Eikermann B., Berger K. (2004): Use of the SF-36 in the evaluation of a drug detoxification program, *Quality of Life Research* 13: 907–914
360. Riehm K.S., Wechsberg W.M., Zule W., Lam W.K., Levine, B. (2008): Gender Differences in the Impact of Social Support on Crack Use Among African Americans. *Substance Use & Misuse*, 43: 85–104
361. Ruchkin, V. (2002): *Family Impact on Youth Violence*, (u) Corado, R.R., Roesch, R., Hart, S.D., Gierowski, J.K. (ur), Multi-Problem Violent Youth, IOS Press, Amsterdam: 105-115.
362. Rudan V. (1995): *Neuroza i formiranje spolnog identiteta*. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
363. Rudan V. (2004): Normalan adolescentni razvoj. *Medix* 10 (52): 36-39.

364. Sakoman S. (1995): *Reći ne nidje dovoljno*, SySPrint Zagreb: 22-25.
365. Sakoman S. (2000): Substance abuse in the Republic of Croatia and National program for drug control. *Croatian Medical Journal*. 41: 270-286.
366. Sakoman S. (2009): *Školski programi prevencije ovisnosti*. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.
367. Sakoman S. (2009): Uloga obitelji u razvoju ovisničkih ponašanja, *Medicus*. Vol. 18, No. 2: 193-204.
368. Sakoman S., Brajša-Žganec A., Glavak R. (2002): Indicators of early recognition among Croatian youth at high risk of substance use. *Društvena istraživanja*, 2-3: 291-310
369. Sakoman S., Raboteg-Šarić Z., Kuzman M. (2002): Raširenost zlorabe sredstava ovisnosti među hrvatskim srednjoškolcima. *Društvena istraživanja Zagreb; god. 11 br. 2-3 (58-59)*, 311-334.
370. Sakoman, S. (2002): *Čiste glave bez cuge i trave*. Zagreb: Sys Print d.o.o.
371. Saraceno C., Olagnero M., Torrioni P. (2005): *First European Quality of Life Survey: Families, Work and Social Networks*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities
372. Sarafino, E. (2002): *Health psychology*. New York: Wiley.
373. Sarason B. R., Shearin E. N., Pierce, G. R., Sarason, I. G. (1987): Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (4): 813-832.
374. Sarason I. G., Sarason, B. R. (2009): Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1): 113-120.
375. Sarason I. G., Sarason, B. R. (eds.) (1985): *Social support: Theory, research and applications*. The Hague. The Netherlands Martinus Nijhof.
376. Schipper H., Levitt M. (1985): Measuring quality of life. Risk and benefits. *Cancer Treat Rep*, 69: 1115-1123.
377. Schweizer T., Schnegg M., Berzborn, S. (1998): Personal Networks and Social Support in a Multiethnic Community of Southern California. *Social Networks*, 20 (1): 1-21.

378. Shahzad S, Begum N, Malik S. (2014) Multi-dimensional perceived social support as determinant of wellbeing in people with substance use disorder, *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*;1(2): 63-70.
379. Sher K. J., Walitzer K. S., Wood P. K., Bren, E. D. (1991): Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 427-448
380. Shope J., Elliott M., Raghunathan T., Waller P. (2001): Long term follow-up of a high school Alcohol Misuse Prevention Programme's effect on students subsequent driving, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(3): 403-410.
381. Shwebel R., (1995): *Reći ne nije dovoljno. Kako odgajati djecu da razborito odlučuju o drogama i alkoholu*, „SysPrint“ d.o.o., Zagreb: 46.
382. Single Convention on Narcotic Drugs, New York, 1961.
383. Skodol AE, Oldham JM, Gallagher PE. (1999): Axis II comorbidity of substance abuse disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am. J. Psychiatry*; 156: 733–738.,str 99, 106, 121, 122
384. Speer P. W., Jackson C. B., Peterson, N. A. (2001): The Relationship between Social Cohesion and Empowerment: Support and New Implications for Theory. *Health Education & Behavior*, 28 (6): 716-732.
385. Stacy A. W., Newcomb M. D., Bentler P. M. (1991): Cognitive motivation and problem drug use: A nine-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 502-515.
386. Stattin, H., Kerr, M. (2000): Parental Monitoring: A Reinterpretation. *Child Development*. 71 (4): 1072-1085.
387. Stefanović-Stanojević T., Vidanović S., Anđelković V. (2010): Privrženost, agresivnost i potreba za traženjem uzbuđenja u adolescenciji. *Ljetopis socijalnog rada*, 17 (1): 71-92.
388. Stewart AL, Verboncoeur CJ, McLellan BY, Gillis DE, Rush S, Mills KM et al. (2001): Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56(8): M465-70.
389. Stewart, A. E., Campbell, L. F. (1998). The Relationship of Psychological Birth Order to Irrational Relationship Beliefs. *Social Behaviour and Personality*, 36(4), 455-466. 1998;

390. Strada L., Vanderplasschen W., Buchholz A., Schulte B., (2017): Measuring quality of life in opioid-dependent people: a systematic review of assessment instruments, *Qual Life Res*, 26: 3187–3200
391. Sugisawa H., Shibata H., Hougham G. W., Sugihara Y., Liang, J. (2002): The Impact of Social Ties on Depressive Symptoms in U.S. and Japanese Elderly. *Journal of Social Issues*, 58 (4): 785-804.
392. Sullivan, C.J. (2006): Early Adolescent Delinquency – Assessing the Role of Childhood Problems, Family Environment, and Peer Pressure, *Youth Violence and Juvenile Justice*, 4 (4) 291-313.
393. Süss D. (2004): *Mediensozialisation und Heranwachsenden. Dimensionen-Konstanten-Wandel*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 295.
394. Svensson R. (2000): Risk factors for different dimensions of adolescent drug use, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 9(3): 67-90.
395. Tabachnick, B., Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th edition)*. Boston: Pearson Education. 612-680.
396. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, et al. The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 262: 925-930.
397. Taylor J., Lang, A. R. (2006): Psychopathy and Substance Use Disorders. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy New York: The Guilford Press*: 495–511.
398. Taylor SE. (2011): Social support: A Review. In Friedman MS (ed). *The Handbook of Health Psychology*. New York, NY: *Oxford University Press*: 189–214.
399. Teesson M, Havard A, Fairbairn S, et al. (2005): Depression among entrants to treatment for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence, correlates and treatment seeking. *Drug Alcohol Depend.* 78: 309–315.
400. Telalović M. (2013): *Etiologija prestupničkog ponašanja*, JZU Zavod za bolesti ovisnosti Zeničko-dobojskog kantona, 8 (12): 11
401. Thoits P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4: 416-424.
402. Thompson KL, Bundy KA, Wolfe WR. (1996): Social skills training for young adolescents: cognitive and performance components. *Adolescence*; 31(123): 505–21.

403. Thorne B., Mearns D. (2010): *Savjetovanje usmjereno na osobu*, Jastrebarsko: Naklada Slap: 130
404. Tolan, P.H., Loeber, R. (1993): *Antisocial Behavior*, (u) Handbook of Clinical Research and Practice with Adolescents, (ur) Tolan, P.H., Cohler, B.J., A Wiley-Interscience Publication, New York: 307-325.
405. Tomori C, Go V, Le Tuan, N, Mai Huong N, Thanh Binh N, Zelaya C, Celentano C, Tuan Dat D, Minh Quan V. (2014): "In their perception we are addicts": Social vulnerabilities and sources of support for men released from drug treatment centers in Vietnam, *Int J Drug Policy*. 25(5): 897–904.
406. Torre R. (2001): Droge: dugo putovanje kroz noć. *Promete zdravlja*. Zagreb: 190-191.
407. Toumbouro J.W., Rowland B., Jefferies A., Butler H., Bond L. (2004): Preventing drug-related harm through school re-organisation and behaviour management, *Prevention Research Evaluation Report*, 12: 3-22
408. Umberson D, Montez JK. (2010): Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav*, 51: 54–S66
409. United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. 20. December 1988, Vienna.
410. United Nations Office on Drugs and Crime (2017): *World Drug Report*, ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6.
411. United Nations Office on Drugs and Crime UNODC publication (2008): *Drug dependence treatment: sustained recovery management*: 17
412. Unković L., Majdak M. (2010): *Zloporaba opojnih droga među adolescentima na području grada Splita*, u: Napredak 151 1: 47.
413. Uprava za statistiku, Anketa o radnoj snazi, januar 2020. godine, Podgorica, <http://www.monstat.org/userfiles/file/zarade/2019/12/zarade%20saopstenje%20decembar%202019.pdf>
414. Ured za suzbijanje zlouporabe droga (2014): *Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu*: 16-20, 28- 30
415. Ustav Crne Gore, Sl.list CG, 1/07, 38/13

416. V, Motiečienė R. (2010): Alcoholism as a Global Social Problem: Roles of a Social Worker Responding to This Addiction. *Tiltai I*: 111-17
417. Valentiner DP, Holahan CJ, Moos RH. (1994): Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 66: 1094–102
418. Valković J. (2016): Utjecaj medija na socijalizaciju, *Riječki teološki časopis, god. 24 br. 1*: 99-116
419. Vander Zanden J. (1993): *Human Development*, McGraw-Hill, Inc., New York
420. Vasta R, Marshall M. Haith, Scott A. Miller. (2004): *Dječja psihologija*, Naklada Slap: 464
421. Vasta R., Haith M.M., Miller S.A. (1997): *Dječja psihologija*. Zagreb: Naklada Slap: 464, 623, 636
422. Vederhus J., Kristensen Ø. (2006): High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy, *BMC Psychiatry*, 6:35
423. Vitaro F., Tremblay R. E, Zoccolillo M, (1999): Pere Alcoolique, consommation de psychotropes a l adolescence et facteurs de protection, *La revue canadienne de psychiatrie* 44: 901-908.
424. Vitz P.C. (2003): *Psihologija kao religija-Kult samoobožavanja*, Verbum, Split: 5, 34, 87.
425. Vlada Crne Gore (2008): *Nacionalni strateški odgovor na droge 2008-2012*, Podgorica: 34-36
426. Vlada Bosne i Hercegovine (2009): *Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009 – 2013*, Sarajevo: 10-13, 17
427. Vlada Crne Gore (2013): *Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga (2013), Ministarstvo zdravlja, 2013-2020*, Podgorica: 7, 19-25
428. Vlada Crne Gore (2015): *Izveštaj o realizaciji Akcionog plana za 2015. godinu za sprovođenje Strategije Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013-2020*.. 6
429. Vlada Crne Gore (2015): *Master plan razvoja zdravstva Crne Gore 2015-2020*, Ministarstvo zdravlja, Podgorica.
430. Vlada Crne Gore (2017): *Pravilnik o unutrašnjoj organizaciji i sistematizaciji Ministarstva zdravlja Crne Gore*

431. Vlada Republike Crne Gore (2002): *Akциони plan za prevenciju nakomanije kod djece i omladine*, Pogorica
432. Vlada Republike Hrvatske (2006): *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u republici Hrvatskoj za razdoblje od 2006. do 2012.*
433. Vlada Republike Hrvatske (2010:) *Nacionalni program prevencije zavisnosti za djecu i mlade u odgojno - obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi, za razdoblje od 2010. do 2014. godine*, Ured za suzbijanje zlouporabe droga, Zagreb.
434. Vlada Republike Hrvatske (2012): *Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017.* g: 19 – 21.
435. Vlada Republike Hrvatske (2016): *Izvjješće o provedbi Nacionalne strategije i Akcijskog plana suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za 2014. godinu*: 100.
436. Volkow ND. (2007): Addiction and co-occurring mental disorders. *NIDA NOTES*; 21(2): 2.
437. Vollbrecht R. (2003): Aufwachsen in Medienwelten, u: K. Fritz – S. Sting – R. Vollbrecht (ur.), *Mediensozialisation. Pädagogische Perspektiven des Aufwachsens in Medienwelten*, Leske Budrich, Opladen: 21.
438. Vrcelj S. (2000): *Školska pedagogija*. Rijeka, Filozofski fakultet: 85, 198.
439. Vručinić Ž. (2012): Socijalna podrška i nezaposlenost. *Defendologija*, 31: 76-82.
440. Vučković N. (2009): *Droga i društvo*, Petrovaradin Futura, Novi Sad: 72-77, 90.
441. Vuger-Kovačić D (2011): *Kvaliteta života osoba oboljelih od multiple skleroze*. U: Vuletić i sur. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.
442. Vukićević S. (2010): Fenomen kompetitivnosti i Crna Gora , *Sociološka luča IV* (2), Filozofski fakultet, Nikšić.
443. Vuletić G., Šincek D. (2011): *Važnost socijalne podrške za kvalitetu života: Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini*. U: Vuletić i sur. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.
444. Vulić – Prtorić A. (2006): Anksiozna osjetljivost: Fenomenologija i teorije. *Suvremena psihologija* 9 (2): 171-193

445. Vulić-Prtorić A. (2002): Obiteljske interakcije i psihopatološki simptomi u djece i adolescenata. *Suvremena psihologija* 5 (1): 31-51.
446. Wall K., Aboim S., Cunha V., Vasconcelos, P. (2001): Families and Informal Support Networks in Portugal: The Reproduction of Inequality. *Journal of European Social Policy*, 11 (3): 213-233.
447. Ware JE, Sherbourne CD. (1992): The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)
448. Wasserman S, Faust K. (1999): *Social Network Analysis in the Social and Behavioral Sciences. Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge: Cambridge University Press: 1– 27.
449. Wasserman, G.A., Keenan, K., Tremblay, R.E., Coie, J.D., Herrenkohl, T.I., Loeber, R., Petechuk, D. (2003): *Risk and Protective Factors of Child Delinquency, Child delinquency, Bulletin Series*, U.S. Department of Justice.
450. Weisheit RA. (1983): The social context of alcohol and drug education. *J Drug Education*; 29: 72–81.
451. Wellman B., Wortley S. (1989): Brothers' Keepers: Situating Kinship Relations in Broader Networks of Social Support. *Sociological Perspectives*, 32 (3): 273-306.
452. Wenar C. (2003): *Razvojna psihopatologija i psihijatrija od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap
453. White H. R., Bates M. E. (1993): Self-attributed consequences of cocaine use. *International Journal of the Addictions*, 20: 187-209.
454. Williams A., Clark D. (1998): Alcohol consumption in university students: The role of reasons for drinking, coping strategies, expectancies, and personality traits. *Addictive Behaviors*, 23: 371-378.
455. Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, et al. (2009): Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord*. 115: 131-139.
456. Woods M., Hollis, F. (2000): *Casework: A Psychosocial Therapy*, 5th. Edition. New York: McGraw-Hill.
457. World health organization. (1956): Technical report series No.116 Expert Committee on addiction-producing drugs, WHO, Palais des nations, Geneva.
458. World health organization. (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Clinical descriptions and diagnostic guidelines.

459. World Health Organization. (1998): Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28: 551-8.
460. World Health Organization. (2017): *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
461. Wu LT, Pilowsky DJ, Wechsberg WM, Schlenger WE. (2004): Injection drug use among stimulant user in a national sample. *Am. J. Drug Abuse* 30 (1): 61-83.
462. Wurmser L. (1982): Drug abuse nemesis of psychiatry, *American Scholar*: 393.
463. Yang L, Li J, Yiping Z, Wendong Z, Fuqiang D, Ren Z et al. (2009): Reported reasons for initiating drug use among drugdependent adolescents and youths in Yunnan, China. *Am J Drug Alcohol Abuse*.35(6): 445-53.
464. Yaremenko O. (2006) *Risk and Protective Factors in the Initiation of Injecting Drug Use*, Ukrainian Institute for Social Research in collaboration with DV8 Research, Training and Development & IVO Addiction Research Institute, Rotterdam, the Netherlands Analytical Report and Strategy Paper Preventing the Initiation of Injecting Drug Use among Vulnerable Adolescents and Young People Kyiv: 17, 56.
465. Yen CN, Wang CSM, Wang TY, Chen HF, Chang HC. (2011): Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*.;27: 177–83.
466. Zakon o kontroli proizvodnje i prometa supstanci koje se mogu upotrijebiti u proizvodnji opojnih droga i psihotropnih supstanci Sl. list CG, br. 83/09.
467. Zakon o pravima pacijenata, Sl. list CG, br. 40/11.
468. Zakon o socijalnoj i dječjoj zaštiti, Sl.list CG, br. 27/13, 1/15, 42/15, 47/15, 56/16, 66/16, 1/17, 31/17, 42/17 i 50/17.
469. Zakon o sprječavanju zloupotrebe droga, Sl. list CG, br. 28/2011 i 35/2013.
470. Zakon o zbirkama podataka u oblasti zdravstva. Sl. list CG, br. 80/08 i 40/11.
471. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Sl. list CG, br. 3/16, 39/16 i 2/17.
472. Zakonik o krivičnom postupku, Sl.list CG, br. 57/09,49/10,47/14,2/15 i 35/15.
473. Zavod za statistiku Crne Gore (2012): Popis stanovništva, domaćinstava i stanova u Crnoj Gori 2011. godine

474. Zavod za školstvo Crne Gore (2010): *Uticaj izbornog predmeta Zdravi stilovi života na znanje, vrijednosti i životne vještine učenika/ca osnovne škole - Eksperimentalno istraživanje*, Zavod za školstvo Crne Gore.
475. Zavod za školstvo Crne Gore (2011): *Predmetni program Zdravi stilovi života, izborni predmet I ili II razred gimnazije*, Zavod za školstvo Crne Gore.
476. Zeng E, Kaskutas LA, Ammon LN: (2004): In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction*. 99: 1015-1023.
477. Zhou K., Zhuang G., Zhang H., Liang P., Yin J., Kou L., Hao M., You L., (2013): Psychometrics of the Short Form 36 Health Survey Version 2 (SF-36v2) and the Quality of Life Scale for Drug Addicts (QOL-DAv2.0) in Chinese Mainland Patients with Methadone Maintenance Treatment, *PLoS One*. ; 8(11): e79828.
478. Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., Berkoff, K. A. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Jurnal of Personality Assesment*, 52, 30-41.
479. Zloković J., Vrcelj Z. (2010). Rizična ponašanja djece i mladih. *Odgojne znanosti* 12 (1): 197- 213.
480. Žganec N. (1995): Supervizija u psihosocijalnom radu. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada* 1: 165- 177.

13. Prilozi:

13.1. Upitnik o sociodemografskim podacima

I DIO

Molimo da na sledeća pitanja odgovorite tako što ćete zaokružiti broj ispred ponuđenog odgovora ili napisati odgovor na liniji, u zavisnosti od vrste pitanja.

1. Zanimanje? _____
2. Ako si napustio školu u kojem razredu je to bilo? _____
3. Ako si prekinuo školovanje navedi zašto si prekinuo? _____
4. Sa kim živiš:
 - sa oba roditelja
 - samo sa majkom
 - samo sa ocem
 - ne živim sa roditeljima već sa _____
5. S obzirom na red rođenja djece u tvojoj porodici ti si:
 - prvo dijete
 - drugo dijete
 - treće dijete
 - četvrto dijete
 - peto dijete
6. Ukupan broj članova tvoje porodice je _____

7. Školska sprema tvojih roditelja je:

Majke:

- osnovna škola
- srednja škola
- viša škola
- fakultet

Oca:

- osnovna škola
- srednja škola
- viša škola
- fakultet

8. Ukupni mjesečni prihodi domaćinstva? _____

9. Da li su se tvoji roditelji i ti doselili u sadašnje mjesto stanovanja?

- od rođenja živimo u Podgorici
- doselili smo se sa sela
- doselili smo se iz drugog grada

10. Kakav je sadašnji bračni status tvojih roditelja:

- roditelji žive u bračnoj zajednici
- roditelji žive u vanbračnoj zajednici
- roditelji su se razveli
- jedan od roditelja je umro
- nešto drugo _____

II DIO

Molimo da na sledeća pitanja odgovorite tako što ćete zaokružiti broj ispred ponudjenog odgovora ili napisati odgovor na liniji, u zavisnosti od vrste pitanja.

11. U kom tipu porodice si odrastao?

- u potpunoj porodici
- u jednoroditeljskoj porodici
- u proširenoj porodici
- drugo _____

12. Kako opisuješ odnos sa majkom:

- veoma blizak
- blizak
- ni blizak ni distanciran
- distanciran
- veoma distanciran

13. Kako opisuješ odnos sa ocem?

- veoma blizak
- blizak
- ni blizak ni distanciran
- distanciran
- veoma distanciran

14. Da li smatraš da bio zanemareno dijete?

1. Da 2. Ne

15. Po tvojoj procjeni, da li su roditelji u odnosu na drugu svoju djecu tebi poklanjali manje pažnje?

1. Da 2. Ne

16. Da li su tvoji roditelji poznavali tvoje društvo u toku odrastanja?

1. Da 2. Ne

17. Da li su tvoji roditelji znali gdje i sa kime uveče izlaziš?

1. Da 2. Ne

18. Roditelji su tokom tvog odrastanja razgovarali sa tobom o :

- štetnim posljedicama korišćenja cigareta
- štetnim posljedicama zloupotrebe alkohola
- štetnim posljedicama zloupotrebe droga
- nisu samnom o tome razgovarali.

19. Da li je, u periodu tvog djetinjstva dolazilo do ozbiljnih svađa i sukoba među roditeljima?

- veoma često
- često
- povremeno
- rijetko
- nikada

20. Da li su roditelji bili skloni fizičkom nasilju jedno prema drugome?

- otac je tukao majku
- majka je tukla oca
- tukli su se uzajamno
- nisu se tukli

21. Da li su, u periodu tvog djetinjstva bile prisutne svađe između roditelja zbog nezadovoljstva porodičnim budžetom?

1. Da 2. Ne

22. Ako je dolazilo do sukoba, koliko se često to dešavalo?

- svakog dana
- jednom nedeljno
- jednom mjesečno
- jednom godišnje

23. Da li su u tvojoj porodici bili prisutni sukobi među roditeljima zbog različitih shvatanja o vaspitanju djece?

- veoma često
- često
- povremeno
- rijetko
- nikada

24. Da li si u periodu djetinjstva, izgubio jednog ili oba roditelja razvodom, razdvajanjem ili smrću?

1. Da 2. Ne

25. Da li je u tvojoj porodici, u periodu tvog djetinjstva bio prisutan neki od sledećih vidova nasilja među roditeljima:

- fizičko
- psihičko
- prijetnja ubistvom
- pokušaj ubistva

26. Da li tvoj otac koristio alkohol u periodu tvog djetinjstva?

1. Da 2. Ne

27. Ako jeste, koliko često se to dešavalo:

- nikada
- nekoliko puta godišnje
- nekoliko puta mjesečno
- nekoliko puta nedeljno
- svakog dana

28. Da li je tvoj otac koristio sredstva za smirenje u periodu tvog djetinjstva?

1. Da 2. Ne

29. Ako jeste, koliko često se to dešavalo:

- nikada
- nekoliko puta godišnje
- nekoliko puta mjesečno
- nekoliko puta nedeljno
- svakog dana

30. Da li je tvoja majka koristila alkohol u periodu tvog djetinjstva?

1. Da 2. Ne

31. Ako jeste, koliko često se to dešavalo:

- nikada
- nekoliko puta godišnje
- nekoliko puta mjesečno
- nekoliko puta nedeljno
- svakog dana

32. Da li je tvoja majka koristila sredstva za smirenje u periodu tvog djetinjstva?

1. Da 2. Ne

33. Ako jeste, koliko često se to dešavalo:

- nikada
- nekoliko puta godišnje
- nekoliko puta mjesečno
- nekoliko puta nedeljno
- svakog dana

34. Da li su tvoji roditelji koristili drogu?:

- Da, otac
- Da, majka
- Da, oboje
- Nisam siguran
- Ne, nisu koristili droge

35. Da li je u tvojoj porodici neko bio heroinski zavisnik?

- Da, otac
- Da, majka
- Da, oba roditelja
- Da, brat, sestra
- Ne, niko nije koristio heroin

36. Da li je u tvojoj porodici bila prisutna

- | | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| • depresija oca | 1. Da | 2. Ne |
| • depresija majke ili sestara | 1. Da | 2. Ne |
| • depresija među bliskim srodnicima | 1. Da | 2. Ne |

37. Da li su među članovima tvoje porodice bile prisutne duševne bolesti kao što su: šizofrenija, paranoja itd?

1. Da 2. Ne

38. Da li je neko od članova tvoje porodice, u periodu tvog djetinjstva izvršio neko krivično djelo?

1. Da 2. Ne

39. Da li je neko od članova tvoje porodice pokušao samoubistvo u periodu tvog djetinjstva?

1. Da 2. Ne

40. Da li je u tvojoj porodici u periodu djetinjstva neko izvršio samoubistvo?

1. Da 2. Ne

41. Ako jeste, molim navedi o kome je riječ _____

III DIO

Molimo da na sledeća pitanja odgovoriš tako što ćeš zaokružiti broj ispred ponudjenog odgovora ili napisati odgovor na liniji, u zavisnosti od vrste pitanja:

42. U djetinjstvu sam bio:

- | | | |
|----------------------|-------|-------|
| • miran, povučen | 1. Da | 2. Ne |
| • nemiran | 1. Da | 2. Ne |
| • pretjerano nemiran | 1. Da | 2. Ne |
| • stidljiv | 1. Da | 2. Ne |
| • sklon svađama | 1. Da | 2. Ne |
| • sklon tučama | 1. Da | 2. Ne |

43. Sada sam:

- | | | |
|----------------------|-------|-------|
| • miran, povučen | 1. Da | 2. Ne |
| • nemiran | 1. Da | 2. Ne |
| • pretjerano nemiran | 1. Da | 2. Ne |
| • stidljiv | 1. Da | 2. Ne |
| • sklon svađama | 1. Da | 2. Ne |
| • sklon tučama | 1. Da | 2. Ne |

44. Da li si ikad bježao od kuće?

1. Da 2. Ne

45. Zbog čega si bježao od kuće?

- bojao sam se kazne zbog loših ocjena
- po nagovoru drugova
- bojao sam se kazne zbog bježanja iz škole
- bojao sam se kazne zbog počinjenog delikta
- drugo _____

46. Da li si do sada bio kažnjavao?

- Da, prekršajno
- Da, krivično
- Ne

47. Da li si do sada bio u zatvoru?

1. Da 2. Ne

48. Ukoliko jesi, koliko puta? _____

49. Kakav si uspjeh postigao u predhodnoj školskoj godini (ako sada ne pohađaš školu onda u posljednjoj godini tvog školovanja)?

- ponavljao sam razred
- dovoljan
- dobar
- vrlo dobar
- odličan

50. Da li si se u posljednjih godinu dana osjećao tužan i potišten, zbog čega si prestao da da radiš uobičajene aktivnosti?

1. Da 2. Ne

51. Da li si u posljednjih godinu dana pokušao da izvršiš samoubistvo?

1. Da 2. Ne

52. Ukoliko si pokušao da izvršiš samoubistvo u posljednjih godinu dana, da li se neki od tih pokušaja završio povredom, trovanjem lijekovima, gdje je neophodna bila ljebarska pomoć?

1. Da 2. Ne

53. Da li si u posljednjih godinu dana imao neke od navedenih problema?

- gubitak interesovanja za sve oko sebe
- nagle promjene raspoloženja
- agresivno ponašanje i izlive bijesa
- osjećanje krivice
- često razmišljanje o smrti

54. Da li si ikad zatražio pomoć psihologa, psihijatra ili nekog od stručnih lica?

- da, odlazio sam u dispanzer
- bio sam na bolničkom liječenju više puta

- bio sam na bolničkom liječenju jednom
- odlazio sam na privatno kod psihoterapeuta
- ne

55. Tvoj bračni status je:

- neoženjen
- u bračnoj zajednici
- u vanbračnoj zajednici
- drugo _____

56. Ako si oženjen, kako opisuješ odnose sa suprugom:

- veoma bliske
- bliske
- ni bliske ni distancirane
- distancirane
- veoma distancirane

57. Ako imaš djecu kako opisuješ odnose sa njima?:

- veoma bliske
- bliske
- ni bliske ni distancirane
- distancirane
- veoma distancirane

IV DIO

Molimo da na sledeća pitanja odgovorite tako što ćete zaokružiti broj ispred ponudjenog odgovora ili napisati odgovor na liniji, u zavisnosti od vrste pitanja

58. Kada ste prvi put probali cigarete? _____

59. Kada ste prvi put probali alkohol? _____

60. Kada ste prvi put probali tablete za smirenje? _____

61. Kada ste prvi put probali marihuanu? _____

62. Kada ste prvi put probali heroin? _____

63. Koji su faktori, po tvom mišljenju, doprinijeli početku uzimanja droga?

- porodične okolnosti
- vršnjačko društvo
- lični problemi
- radoznalost
- drugo _____

64. Koliko ste se puta liječili od bolesti zavisnosti? _____

65. Koliko puta ste apstinirali od svih psihoaktivnih supstanci?

66. Koji od svih vidova liječenja je najviše pomogao? _____

67. Sa koliko godina ste započeli tretman na Kakaričkoj gori?

68. Koliko je pomogao tretman na Kakaričkoj gori? _____

69. Da li apstinirate? _____

70. Koliko dugo? _____

71. Da li ste, u toku posljednjih 6 mjeseci, konzumirali neku od ilegalnih droga?

72. Ukoliko jeste, koliko puta? _____

73. Da li ste, u toku posljednjih 6 mjeseci, konzumirali alkohol?

74. Ukoliko jeste, koliko puta? _____

75. Da li smatrate da je Program 12 koraka uspješan? _____

76. Da li posjećujete grupe samopomoći? _____

77. Ako posjećujete, koliko puta? _____

- jednom nedeljno
- više puta nedeljno
- jednom mjesečno
- više puta mjesečno

78. Da li imate hepatitis C?

1. Da 2. Ne

79. Da li radite?

1. Da 2. Ne

80. Kako ocjenjujete kvalitet svog sadašnjeg života na skali od 1 do 10?

(zaokružite broj koji pokazuje Vašu procjenu kvaliteta sadašnjeg života)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.2. Multidimenzionalna skala socijalne podrške

Interesuje nas Vaše mišljenje povodom sljedećih tvrdnji. Odgovori su rangirani u rasponu od 1 do 1 i to:

1-veoma jako se ne slažem

2-jako se ne slažem

3-skoro se ne slažem

4- niti se slažem niti se ne slažem

5- skoro se slažem

6-jako se slažem

7-veoma jako se slažem

1. Postoji posebna osoba koja je tu uvijek kada mi zatreba.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

2. Postoji posebna osoba u životu sa kojom mogu da djelim radost i tugu.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

3. Moja porodica se zaista trudi da mi pomogne.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

4. Imam emotivnu pomoć i podršku koja mi je potrebna od moje porodice.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

5. Postoji posebna osoba koja mi predstavlja izvor utjehe.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

6. Moji prijatelji se zaista trude da mi pomognu.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

7. Mogu da računam na moje prijatelje kada stvari krenu po zlu.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

8. Mogu da razgovaram o svojim problemima sa svojom porodicom.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

9. Imam prijatelje sa kojima mogu da dijelim moju sreću i tugu.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

10. Postoji posebna osoba u mom životu kojoj je stalo do mojih osjećanja.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

11. Moja porodica je spreman da mi pomogne kada donosim odluke.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

12. Mogu da pričam o mojim problemima sa mojim prijateljima.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

13.3. Upitnik kvaliteta života

Molim Vas odgovorite na svako pitanje; krstićem (X) označite kvadrat onog odgovora (broja) koji najbolje opisuje važnost navedenog područja za Vas.

U ovom upitniku nema tačnih i netočnih odgovora, već se radi o Vašem ličnom mišljenju i osjećaju.

1. Koliko su Vam važne stvari koje POSJEDUJETE (materijalno stanje)?

Uopšte mi nije važno Ne može biti važnije nego što je

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Koliko Vam je važno vaše ZDRAVLJE?

Uopšte mi nije važno Ne može biti važnije nego što je

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Koliko Vam je važno ŠTO POSTIŽETE U ŽIVOTU?

Uopšte mi nije važno Ne može biti važnije nego što je

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Koliko su Vam važni BLISKI ODNOSI sa porodicom ili prijateljima?

Uopšte mi nije važno Ne može biti važnije nego što je

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Koliko Vam je važan OSJEĆAJ SIGURNOST?

Uopšte mi nije važno Ne može biti važnije nego što je

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Koliko Vam je važno da se osjećate DIJELOM ZAJEDNICE u kojoj živite?

Uopšte mi nije važno

Ne može biti
važnije nego što je

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Koliko Vam je važna vlastita SREĆA?

Uopšte mi nije važno

Ne može biti
važnije nego što je

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Koliko ste ZADOVOLJNI sa svakim od niže navedenih područja?

Molim Vas označite sa krstićem (X) kvadrat onog odgovora koji najbolje opisuje koliko ste zadovoljni sa navedenim područjem u životu.

1. Koliko ste zadovoljni stvarima koje POSJEDUJETE (materijalnim stanjem)?

Sasvim nezadovoljan

ni zadovoljan
ni nezadovoljan

U potpunosti zadovoljan

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Koliko ste zadovoljni vlastitim ZDRAVLJEM?

Sasvim nezadovoljan

ni zadovoljan
ni nezadovoljan

U potpunosti zadovoljan

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



3. Koliko ste zadovoljni onim što POSTIŽETE u životu?

Sasvim nezadovoljan

ni zadovoljan
ni nezadovoljan

U potpunosti zadovoljan

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



4. Koliko ste zadovoljni BLISKIM ODNOSIMA sa porodicom ili prijateljima?

Sasvim nezadovoljan

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sasvim zadovoljan

5. Koliko ste zadovoljni OSJEĆAJEM SIGURNOSTI?

Savim
nezadovoljan

ni zadovoljan
ni nezadovoljan

U potpunosti
zadovoljan

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.4. Upitnik zdravstvenog statusa

1. Uopšteno, biste li rekli da je Vaše zdravlje: (zaokružite jedan odgovor)

| | |
|-----------------|---|
| Odlično | 1 |
| Vrlo dobro | 2 |
| Dobro | 3 |
| Zadovoljavajuće | 4 |
| Loše | 5 |

2. U poređenju sa prošlom godinom, kako biste sada ocjenili svoje zdravlje? (zaokružite jedan odgovor)

| | |
|--------------------------------------|---|
| Puno bolje nego prije godinu dana | 1 |
| Malo bolje nego prije godinu dana | 2 |
| Otprilike isto kao prije godinu dana | 3 |
| Malo lošije nego prije godinu dana | 4 |
| Puno lošije nego prije godinu dana | 5 |

3. Sljedeća pitanja se odnose na aktivnosti kojima se možda bavite tokom jednog tipičnog dana. Ograničava li Vas trenutno zdravlje u obavljanju tih aktivnosti? Ako da u kojoj mjeri? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

| AKTIVNOSTI | DA puno | DA malo | NE nimalo |
|--|--------------------|--------------------|----------------------|
| a) fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, učestvovanje u napornim sportovima | 1 | 2 | 3 |
| b) umjereno naporne aktivnosti, kao što su pomjeranje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl. | 1 | 2 | 3 |
| c) podizanje i nošenje torbe sa namirnicama | 1 | 2 | 3 |
| d) penjanje uz stepenice (nekoliko spratova) | 1 | 2 | 3 |

| | | | |
|--|---|---|---|
| e) penjanje uz stepenice (jedan sprat) | 1 | 2 | 3 |
| f) saginjanje, pregibanje | 1 | 2 | 3 |
| g) hodanje više od 1 km | 1 | 2 | 3 |
| h) hodanje oko pola km | 1 | 2 | 3 |
| i) hodanje 100 m | 1 | 2 | 3 |
| j) kupanje ili oblačenje | 1 | 2 | 3 |

4. Jeste li u protekle 4 nedelje u svom radu ili prilikom drugih dnevnih aktivnosti imali neki od sljedećih problema zbog svog zdravlja? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

| | DA | NE |
|---|-----------|-----------|
| a) skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima | | |
| b) obavili ste manje nego što ste željeli | | |
| c) niste mogli obavljati neke poslove ili neke aktivnosti | | |
| d) imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr morali ste uložiti dodatni trud) | | |

5. Jeste li u protekle 4 nedelje imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema? (npr. osjećaj depresije ili tjeskobe (zaokružite jedan broj u svakom redu)

| | DA | NE |
|---|-----------|-----------|
| a) skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima | | |
| b) obavili ste manje nego što ste željeli | | |
| c) niste obavili posao ili druge aktivnosti onako pažljivo kao obično | | |

6. U kojoj su mjeri u posljednje 4 nedelje Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi uticali na Vaše uobičajne društvene aktivnosti sa porodicom, prijateljima, susjedima, i drugim ljudima? (zaokružite jedan odgovor)

| | |
|----------------|---|
| Uopšte ne | 1 |
| U manjoj mjeri | 2 |
| Umjereno | 3 |
| Prilično | 4 |
| Izrazito | 5 |

7. Kakve ste tjelesne bolove imali u protekle 4 nedelje? (zaokružite jedan odgovor)

| | |
|------------|---|
| Nikakve | 1 |
| Vrlo blage | 2 |
| Blage | 3 |
| Umjerene | 4 |
| Teške | 5 |
| Vrlo teške | 6 |

8. U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekle 4 nedelje ometali u Vašem uobičajnom radu (uključujući rad van kuće i kućne poslove)? (zaokružite jedan odgovor)

| | |
|----------------|---|
| Uopšte ne | 1 |
| U manjoj mjeri | 2 |
| Umjereno | 3 |
| Prilično | 4 |
| Izrazito | 5 |

9. Sledeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekle 4 nedelje. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali. Koliko ste vremena u protekle 4 nedelje: (zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

| | Stalno | Skoro uvjek | Dobar dio vremena | Povremeno | Rijetko | Nikada |
|--|---------------|------------------------|----------------------------------|------------------|----------------|---------------|
| a) osjećali puni života | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) bili vrlo nervozni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) osjećali spokojnim i mimim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) bili puni energije | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) osjećali malodušnim i tužnim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) osjećali iscrpljenim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) bili srećni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i) osjećali umornim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Koliko su Vas vremena u protekle 4 nedelje Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete prijateljima, rodbini itd.) (zaokružite jedan odgovor)

| | |
|--------------|---|
| Stalno | 1 |
| Skoro uvijek | 2 |
| Povremeno | 3 |
| Rijetko | 4 |
| Nikada | 5 |

11. Koliko je u Vašem slučaju TAČNA ili NETAČNA svaka od dolje navedenih tvrdnji? (zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

| | Potpuno tačno | Uglavnom tačno | Ne znam | Uglavnom netačno | Potpuno netačno |
|--|--------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------------|
| a) čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) zdrav sam kao i bilo ko drugi koga poznajem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) mislim da će mi se zdravlje pogoršati | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) zdravlje mi je odlično | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Biografija autora

Rođena sam 08.12.1984. u Trebinju. Fakultet političkih nauka završila sam 2007. godine sa diplomskim radom: „*Fenomenologija maloljetničke delinkvencije u Crnoj Gori*“.

Obavezni staž odradila sam u Podgorici u periodu od 2007-2008. godine u Ministarstvu zdravlja, rada i socijalnog staranja, gdje nastavljam da radim do 01.01.2010. U Skupštini Crne Gore, Odboru za zdravstvo, rad i socijalno staranje radila sam u periodu od 2010. do 2013. godine. Od 1.05.2013. godine radim u Institutu za javno zdravlje Crne Gore-Centru za promociju zdravlja.

Diplomu MSc. (Master of Science) stekla sam 2010. godine na Fakultetu političkih nauka nakon odbrane teze: „*Usvojenje djece u Crnoj Gori*“.

Poslijediplomske studije iz javnog zdravstva na Sveučilištu u Zagrebu-Medicinskom fakultetu, Školi javnog zdravlja „Andrija Štampar“ započela sam 2014. godine i iste sam završila 10. februara 2017. godine nakon odbrane teze pod nazivom „*Izazovi i poteškoće u radu socijalnih radnika u domovima za starije i nemoćne osobe u Crnoj Gori*“ te stekla diplomu MSc. (Master of Science). Od septembra 2019. godine pohađam dvogodišnje poslijediplomske magistarske studije „Informacioni menadžment u zdravstvu“. Trenutno sam druga godina sa položenim svim ispitima te je toku izrada magistarske teze.

Dobitnik sam: stipendije Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske i Agencije za mobilnost i programe Europske unije i te sam boravila mjesec dana na Studijskom centru socijalnog rada na Pravnom fakultetu u Zagrebu 2017. godine, stipendije Ministarstva obrazovanja, nauke, kulture i sporta Republike Slovenije, na Fakultetu za socijalni rad u Ljubljani gdje sam boravila u novembru 2016. godine, i Ceepus stipendije na Fakultetu političkih znanosti u Zagrebu gdje sam boravila u januaru 2016. godine.

Dobitnik sam nagrade Fakulteta političkih nauka za postignute rezultate tokom školovanja 2005. i 2006. godine.

Doktorske studije na smjeru Savremena socijalna politika i socijalni rad počela sam u novembru 2012. godine. Doktorsku disertaciju na temu „*Socijalna podrška kao faktor unapređenja kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori nakon rehabilitacije i resocijalizacije*“ sam odbranila u 26. marta 2021. godine.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a: Ena Grbović
Broj indeksa/upisa: 5/2012

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

SOCIJALNA PODRŠKA KAO FAKTOR UNAPREĐENJA KVALITETA ŽIVOTA BIVŠIH KORISNIKA
PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI U CRNOJ GORI NAKON REHABILITACIJE I RESOCIJALIZACIJE

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija ni u cjelini ni u djelovima nije bila predložena za dobijanje bilo
- koje diplome prema studijskim programima drugih ustanova visokog obrazovanja,
- da su rezultati korektno navedeni, i
- da nijesam povrijedio/la autorska i druga prava intelektualne svojine koja pripadaju trećim licima.

Potpis doktoranda

U Podgorici, mart 2021. godine



Izjava o istovjetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora: Ena Grbović

Broj indeksa/upisa : 5/2012

Studijski program: Socijalna politika i socijalni rad

Naslov rada: Socijalna podrška kao faktor unapređenja kvaliteta života bivših korisnika psihoaktivnih supstanci u Crnoj Gori nakon rehabilitacije i resocijalizacije

Mentor: Prof. dr Boban Mučoša

Potpisani/a: Ena Grbović

Izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovjetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore.

Istovremeno izjavljujem da dozvoljavam objavljivanje mojih ličnih podataka u vezi sa dobijanjem akademskog naziva doktora nauka, odnosno zvanja doktora umjetnosti, kao što su ime i prezime, godina i mjesto rođenja, naziv disertacije i datum odbrane rada.

Potpis doktoranda

U Podgorici, mart 2021. godine



IZJAVA O KORIŠĆENJU

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku da u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore pohrani moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

SOCIJALNA PODRŠKA KAO FAKTOR UNAPREĐENJA KVALITETA ŽIVOTA BIVŠIH KORISNIKA
PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI U CRNOJ GORI NAKON REHABILITACIJE I RESOCIJALIZACIJE

koja je moje autorsko djelo.

Disertaciju sa svim prilogima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

- ☒ 1. Autorstvo
- ☐ 2. Autorstvo – nekomercijalno
- ☐ 3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
- ☐ 4. Autorstvo – nekomercijalno – dijeliti pod istim uslovima
- ☐ 5. Autorstvo – bez prerade
- ☐ 6. Autorstvo – dijeliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poleđini lista).

U Podgorici, mart 2021. godine

Potpis doktoranda

