

PREVENCIJA ZAVISNOSTI OD DROGA-KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP

1. Zavisnost od droga-socijalno-medicinski problem

Uspešna prevencija zavisnosti od droga ¹⁾ u zajedici započinje razumevanjem njenog socijalno-medicinskog karaktera i kompleksne prirode ove zavisnosti. Socijalno-medicinski karakter zavisnosti od droga je poznat i dobro opisan u literaturi [1-4]. Određuju ga uzroci problema, njegova raširenost u populaciji, kao i posledice i način rešavanja problema, koji imaju naglašeno socijalni kontekst.

1.1. Uzroci zavisnosti od droga

Iako je poslednja dekada bila obeležena naporima da se utvrde biomedicinski i psihološki izvori ²⁾ zavisnosti, uticaj socijalnih činilaca na nastanak i posebno širenje zavisnosti od droga nije doveden u pitanje. Nepoznavanje snage i međusobnih odnosa ovih činilaca, kao i nedovoljno objašnjena biološka osnova njihovog uticaja čine etiologiju zavisnosti od droga još nedovoljno jasnom.

Kao doprinoseći činioci u razvoju zavisnosti opisane su brojne individualne karakteristike i karakteristike sredine.

Najčešće apostrofirane individualne karakteristike [1-7] koje se dovode u vezu sa zavisnošću od droga su:

- polni identitet (uzimanje droge korelira sa socijalnim ulogama polova; razlike u vrsti i načinu uzimanja droge kod žena i muškaraca objašnjavaju se socijalnim pritiscima i konvencijama u tom smislu);

- starost (inicijacija i razvoj zavisnosti započinju najčešće u mladosti; mladost je period eksperimentisanja i nekritičnog odnosa prema rizicima generalno, uključujući i droge);

¹⁾ Izraz »zavisnost od droga« odnosi se na pojavu opisanu u literaturi različitim i brojnim sinonimima – narkomanija, adikcija, toksikomanija, zavisnost od psihotropnih supstanci, abusus i sl; termin »droga« autori koriste za opisivanje psihoaktivnih supstanci, odnosno supstanci koje su predmet abusus.

²⁾ Za razliku od infektivnih epidemija izazvanih (najčešće, jednim) poznatim uzročnikom, zavisnost od droga izazvana je dejstvom brojnih i (još) nedovoljno poznatih faktora; upotreba izraza »izvor« (okolnosti koje svojim uticajima doprinose nastanku i/ili širenju zavisnosti) autorima se čini manje pretencioznom od izraza »uzrok«, tim pre što su snaga i međusobni odnos »doprinosačkih činilaca« još uvek nepoznati.

– predispozicija (genetska predispozicija koja postoji kod alkoholizma, na primer, nije dokazana u odnosu na droge, iako se njeno postojanje ne isključuje; socijalnu predispoziciju čini skup socijalno-ekonomskih i socijalno psiholoških karakteristika koje će kasnije biti opisane);

– karakteristike ličnosti (»personality«), psihološki faktori (najveći broj korisnika droga ima manifestne poremećaje karaktera; devijacije karaktera mogu biti uzroci, ali istovremeno i posledice upotrebe droga: poznato je da upotreba droga vodi u demenciju, koju prate brojne izmene karaktera);

– samolečenje (individualna iskustva iz samolečenja psihoaktivnim supstancama mogu biti podsticati na dalje uzimanje droge).³⁾

Kao determinante zavisnosti citiraju se sledeće karakteristike sredine [1-3, 5, 8-11]:

– socijalni i ekonomski faktori (socijalni status, kriza vrednosnog sistema, razaranja socijalne mreže i izolacija, kolektivna depresija, nedostatak samopoštovanja, edukativni propusti, ekonomska deprivacija, nezaposlenost–rezultuju razvojem različitih psiholoških poremećaja, u prvom redu alijenacije⁴⁾ ili anomije,⁵⁾ koji predstavljaju predvorje devijantnog ponašanja; upotreba droge, poznato je, samo produbljuje izolaciju i devijantnost);

– tranzicije (nagle intenzivne promene u socijalnoj sredini praćene njenim transformacijama, rezultuju nesnalaženjem ljudi u novim okolnostima, izolacijom i traženjem »lakšeg puta« za izlaz iz krize). Sociokulturne, političke, ekonomske i druge tranzicije koje se, u našoj sredini, odigravaju u miljeu ekonomske krize i sankcija UN stvorile su i stvaraju, u tom smislu, pogodno tlo za razvoj narkomanije;

– socioekonomski status porodice i odnosi u njoj (naročito razaranje porodice, razdvajanje jednog ili oba roditelja i sl.; još uvek nije sasvim jasno šta u porodici deluje kao protektivni faktor, s obzirom na to da se zavisnici regrutuju i iz tzv. »normalnih porodica«);

– uticaj supkulture (supkultura se definiše kao sistem podeljenih verovanja, stavova i simbola jedne grupe, različit od opšteprihvaćenih kulturnih obrazaca; uticaj supkulture ilustruje česta pojava simbolizma među narkomanima);

– socijalni pritisak (u autoritarnoj sredini koja ne stvara uslove za gratifikaciju ponavljani podsticaji iz okoline mogu biti značajan prekurzor zavisnosti, kod mladih koji podležu alijenaciji ili anomiji pre nego druge kategorije; naravno, ovaj uticaj može imati i suprotan predznak: razvoj individualnog uverenja kod mladih da je biti atraktivan, bezbedan, koristan ili prestižan dopadljivije nego uzeti drogu, otvara put promeni ponašanja);

– dostupnost i pristupačnost psihoaktivnih supstanci (kao fizička razvijenost tržišta ili cena droge, ali i emocionalna dostupnost – lakoća sa kojom se donosi odluka da je uzimanje droge »u redu«).

U konkretnom socioekonomskom kontekstu, njeno širenje veoma zavisi od zdravstvene i opšte kulture, uključujući komunikacije, sistem vrednosti i odnos zajednice (posebno relevantnih službi) prema narkomaniji.

Opisane determinante zavisnosti imaju različitu ulogu u nastanku i širenju zavisnosti. Najbolji okvir za objašnjenje njihovih uloga daje Greenova taksonomija faktora [12] koji određuju ponašanje (posebno, ponašanje u vezi sa zdravljem); neki

³⁾ Zavisnost od droga može nastati i kao jatrogeni efekat lečenja nekih oboljenja (kancera, na primer) ili rezultat saniranja opijatskog apstinencijskog sindroma (metadonsko održavanje, na primer).

⁴⁾ U psihološkom smislu

⁵⁾ Nepokoravanje pravilima, bezakonje.

od navedenih faktora igraju ulogu predisponirajućih faktora, koji prethode zavisnosti i obezbeđuju obrazloženje i motivaciju za takvo ponašanje; drugi, koji omogućavaju realizaciju motivacije Green naziva omogućavajućim, a treće, koji kontinuirano stimulišu (podstrekavaju) ponašanje i utiču na njegovo održavanje ili ponavljanje definisani su kao podržavajući faktori. Ove činioce detaljnije ćemo objasniti u narednim poglavljima.

S obzirom na to da etiologija zavisnosti od droga nije do kraja rasvetljena, razumevanje uticaja (uloge) opisanih determinanata (predisponirajućih, omogućavajućih ili podržavajućih faktora) zavisnosti može doprineti efektivnosti prevencije i uspešnosti suzbijanja zavisnosti od droga u zajednici.

1. 2. Raširenost zavisnosti od droga

Dimenzije raširenosti zavisnosti od droga u svetu su takve da se može govoriti o globalnoj epidemiji.⁶⁾ Iako se njome bavi veliki broj stručnjaka i organizacija, prave dimenzije raširenosti epidemije je teško odrediti, čak i u granicama lokalnih zajednica [2–4].

Uredna registracija zavisnika postoji u malom broju zemalja, pa većina izveštaja barata procenjenim brojem zavisnika.⁷⁾ S obzirom na to da često nema podataka o načinu na koji je procena izvršena, korišćenje ovih izveštaja je značajno limitirano [3]. Nestandardizovane informacije često daju i izvori kojima se najviše može verovati [4, 13]. U izveštaju SZO o raširenosti zavisnosti od droge u periodu 1975–1980. koji je sačinjen prema podacima UN (citat prema 3) postoji relevantna⁸⁾ informacija o kretanju ove pojave svega u 70 zemalja (40% članica SZO). Potpuni jednogodišnji podaci⁹⁾ poznati su za 111 (62%), dok 146 (62%) zemalja-članica daje samo fragmentarne podatke o broju zavisnika. Sličan zaključak može se izvesti i iz drugih izveštaja (International Narcotics Control Board, Vienna) [14]. Nepoklapanje podataka rutinske (zdravstvene i druge) statistike i epidemioloških studija navodi na opreznost u baratanju brojkama. Ipak, ni tzv. optimističke procene u pogledu broja narkomana u jednoj zemlji (pa i našoj) ne daju razloga za optimizam u pogledu razvoja epidemije [2]. Plodno tlo za širenje narkomanije u našoj sredini pogotovo, čini relativnom svaku, ma kako opreznju, procenu u tom smislu.

Socijalno-medicinski značaj ove epidemije leži i u činjenici da su njome zahvaćene posebno vulnerabilne grupe stanovništva, koje svaka zajednica, više ili manje eksplicitno, klasifikuje kao grupe od posebnog društvenog interesa (deca, adolescenti, mladi) [2, 3, 9, 15].

Iako razvoj epidemije zavisnosti od droga ima naglašeno lokalni kontekst, na globalnom planu mogu se diferentovati dva epidemiološka scenarija [3].

Prvi se odnosi na tradicionalnu upotrebu droga u zemljama koje proizvode drogu. Korišćenje droge ugrađeno je u kulturne obrasce odrasle, uglavnom ruralne populacije ovih zemalja. Karakteriše ga upotreba sirovog opijuma, kanabisa, lišća

⁶⁾ Epidemija zavisnosti od droga spada u tzv. neinfektivne epidemije.

⁷⁾ Na osnovu korišćenja zdravstvene službe (lečenje, testiranje na HIV) ili izveštaja kriminalističke službe.

⁸⁾ Kompletne statističke podatke o broju zavisnika i vrstama zavisnosti u višegodišnjem periodu.

⁹⁾ O broju i vrstama zavisnosti, ne uvek za poslednju godinu.

koke, khata i alkohola. Promene u sociokulturnom kontekstu ovih zemalja menjaju epidemiološku sliku zavisnosti; upotreba tradicionalnih droga zamenjuje se zloupotrebom novih, pa epidemiološka slika zavisnosti sve više liči na zemlje u kojima se zavisnost od droga razvijala po drugom scenariju.

Drugi scenario počinje 60-ih godina, u visokoindustrijalizovanim zemljama. Ovaj »moderni put droge« odlikuje se ekstenzivnom zloupotrebom kanabisa, stimulusa, halucinogena, heroina i, u najskorije vreme, kokaina, veoma čestom pojavom multiple zavisnosti i rapidnim promenama u načinu administriranja droge. Najugroženije grupe su mladi iz urbane i poluurbane sredine; na početku, zavisnici su se regrutovali iz srednjih i viših društvenih slojeva (prva na udaru je bila studentska populacija), a porast upotrebe droge koincidirao je se poznatim studentskim protestom. Sada su aficirani svi društveni slojevi, posebno depravirane kategorije stanovništva sa lošim socijalnim bekgraundom. Incijacija je sve ranija, o čemu svedoči sve veći broj učenika srednjih i osnovnih škola koji koriste alkohol i droge.

Enormna raširenost zavisnosti u svetu rezultat je, pre svega, drugog scenarija, iako broj zavisnika, vrsta zavisnosti i populaciona grupa najvišeg rizika za određenu vrstu zavisnosti variraju od zemlje do zemlje [3].

Najveća raširenost zavisnosti od opijata postoji u zemljama istočnog Mediterana, jugoistočne Azije, zapadnog Pacifika. Najviše stope opijatske zavisnosti zabeležene su u zemljama koje proizvode opijum i njima susednim zemljama. Na ovom prostoru registrovano je 1,76 miliona zavisnika. Najveći rizik postoji u grupi odraslih i starijih muškaraca.

Ekstenzivna upotreba heroina tipična je za Severnu Ameriku i, poslednjih desetak godina, visokoindustrijalizovane zemlje Zapadne Evrope; upotreba heroina poslednjih godina raste i u zemljama istočnog Mediterana i jugoistočne Azije. Na ovom prostoru registrovano je oko 750 000 zavisnika od heroina. Zavisnici se regrutuju iz redova adolescenata i mladih; najugroženija je starosna grupa između 18 i 25 godina, osim u zemljama gde heroin potiskuje ranije predominantni opijum, gde su podjednako ugroženi svi uzrasti.

Najviše stope zavisnosti od koke i kokaina primarno postoje u Americi, specijalno u Argentini, Boliviji, Čileu, Kolumbiji, Ekvadoru, Peru i delimično u Brazilu. Snifovanje koka praška rašireno je u Severnoj Americi i Zapadnoj Evropi, a inhalacija uglavnom u Sjedinjenim Američkim Državama. Registrovano je 4,8 miliona zavisnika od kokaina i 1,6 miliona korisnika lišća koke. Ova zavisnost beleži najviše stope rasta u međunarodnim razmerama. Rizične grupe se u nekoliko razlikuju: zavisnici od kokaina potiču iz srednjih i viših klasa urbanog stanovništva i pretežno su muškarci; potrošači koka-paste su pretežno adolescenti i mladi, a žvakanje lišća koke praktikuju sve starosne grupe.

Amfetaminska zavisnost prijavljena je od 68 zemalja – članica, u kojima je registrovano 2,3 miliona zavisnika. Ne postoje značajne promene u raširenosti ove vrste zavisnosti, ali se broj amfetaminu srodnih supstanci povećava,¹⁰ čak više nego u drugim grupama [16].

Zavisnost od kanabisa¹¹ prijavilo je 120 zemalja, sa 29 miliona zavisnika. Velika većina ove grupe otpada na 25 zemalja Afrike, Amerike i evropskog regiona. Ugrožene su sve starosne grupe i svi socijalni slojevi, iako u ruralnim oblastima

¹⁰ Komitet eksperata SZO prepoznaje 17 amfetaminu srodnih supstanci.

¹¹ Kod nas se za kanabis (konoplju), čak i među stručnjacima, mnogo češće (i pogrešno!) koriste termini hašiš ili marihuana; treba imati u vidu da se, zavisno od načina pripreme i mesta uzgajanja biljke iz konoplje dobijaju preparati različite toksičnosti (8–50%), za koje se koristi preko 300 lokalnih naziva.

Afrike, Azije, istočnog Mediterana prednjače stariji pušači, dok u ostalim regionima predominira mlađa urbana i poluurbana populacija. Promene u epidemiologiji ove zavisnosti ukazuju da je ovaj problem potcenjen u većini zemalja.

Zavisnost od halucinogena prijavljena je od 15 zemalja, iako većina od oko 2 miliona registrovanih zavisnika otpada na SAD. Ova vrsta zavisnosti opada u međunarodnim razmerama. Najugroženije grupe su urbana omladina i domorodačko stanovništvo Severne i Južne Amerike.

Korišćenje barbiturata, trankvilizera i anksiolitika je nepoznato, s obzirom na to da se ovi preparati legalno prepisuju; registrovano je 3,4 miliona zavisnika u 88 zemalja.

Khat-zavisnost postoji u manjem broju zemalja istočne Afrike i priobalja Crvenog mora (Demokratski Jemen, Džibuti, Kenija, Ujedinjeni Arapski Emirati). Nema dostupnih podataka o broju zavisnika, ali je poznato da zavisnici pripadaju svim starosnim grupama i svim socijalnim klasama.

Zloupotrebu inhalanata (volatilne supstance, organski rastvarači) prijavilo je nekoliko zemalja. Najugroženija grupa su adolescenti, naročito oni iz nižih socijalnih slojeva Centralne, Južne i Severne Amerike.

Od početka osamdesetih godina kada je započela masovnija upotreba heptanona (metadona) do danas ovim preparatom »lečeno« je više stotina hiljada zavisnika različitih sociodemografskih i zavisničkih karakteristika, pre svega u SAD.¹²⁾ Pokušaji odvikavanja od droge (tzv. »detoksikacija«) upotrebom ovog opioidnog analgetika¹³⁾ doživeli su potpuni neuspeh, ali je preparat (sporadično) i dalje korišćen za »metadonsko održavanje«, ¹⁴⁾ jatrogeno razvijena metadonska zavisnost pokazala se podjednako teško kao i druge (heroinska ili morfinska), ali je za razliku od njih ona mnogo teža za lečenje [17, 18].

Zavisnost od droga ima karakter dinamičke pojave. Sagledavanje trendova u razvoju zavisnosti na globalnom planu može biti dragoceno za prevenciju ovog problema na lokalnom nivou. Trendovi se očituju:

- u kretanju broja zavisnika: u zemljama gde je zloupotreba ilegalnih droga ranije započela nivo zavisnosti se održava; u drugim zemljama gde je zloupotreba droge kasnije započela epidemiološki skok se ne zaustavlja;

- u promenama demografske i socijalne strukture zavisnika: u razvijenim, industrijalizovanim zemljama registruje se porast zloupotrebe kod starijih i održavanje ili opadanje nivoa zloupotrebe droge kod mladih i adolescenata. U zemljama u razvoju, beleži se sve učestalija pojava juvenilne zavisnosti;

- u kretanju potrošnje i promenama vrste i načina konzumacije droge; potrošnja droge u različitim grupama, zemljama i regijama biće opisana kasnije;

- u odnosu na stanje (postojećeg i pretećeg) rizika i svesti zajednice o riziku za razvoj zavisnosti;

- u kretanju proizvodnje i marketingu droga; pojava novih sintetičkih supstanci i razvoj terminološke konfuzije (tzv. »lake« i »teške« droge, na primer) ili zabluda o »neškodljivom, a korisnom« dejstvu nekih droga (kokain);

¹²⁾ Sporadično, ova supstanca korišćena je i u drugim zemljama. U SFR Jugoslaviji ovaj preparat koristio se od 1987. jedino u Beogradu.

¹³⁾ Svetska organizacija za borbu protiv droge, Pariz, svrstava heptanon (metadon) u »opasne droge«.

¹⁴⁾ Supstitucija jedne vrste droge drugom, legalnom, vrstom, koja nema za cilj odvikavanje, nego održavanje postojeće zavisnosti, u očekivanju pozitivnih efekata (olakšana detoksikacija, suzbijanje kriminala, socijalna rehabilitacija); iskustva pokazuju da programi heptanonskog održavanja produbljuju zavisnost (citat prema 17).

– legislaciji i sprovođenju zakona o ograničavanju legalnih i ilegalnih droga. Iako većina zemalja poseže za istim sličnim zakonskim rešenjima, nema dovoljno informacija o efektima legislacije, ni brige o kompatibilnosti legislativnih i drugih rešenja u dotičnim zemljama (citirano prema 3).

1.3. Socijalne i zdravstvene posledice zavisnosti od droga

Biološko, mentalno i socijalno razaranje individualnih zavisnika prati niz drugih socijalnih posledica koje čine narkomaniju socijalno-medicinski značajnom pojavom.

1.3.1. Zdravstvene posledice

Glavni kriterijum za merenje zdravstvenih problema u vezi s drogom je »povišeni mortalitet«¹⁵⁾ (razlika u mortalitetu zavisnika u odnosu na mortalitet ukupne populacije) i »povišeni morbiditet« (razlika u prevalenciji bolesti kod zavisnika u odnosu na prevalenciju bolesti ukupne populacije) [3]. Povišeni mortalitet i morbiditet se mogu interpretirati kao posledice kompleksnih interakcija širokog broja faktora: farmakoloških i toksikoloških efekata korišćenih droga, njihovog kombinovanja, načina administriranja droge, nutritivnog i fizičkog statusa zavisnika, dostupnosti, pristupačnosti i korišćenja zdravstvene službe, kvaliteta socijalne zaštite i socijalne integracije zavisnika i dr.

Povišeni mortalitet i morbiditet kao i druge zdravstvene posledice, najviše zavise od korišćene vrste droge i, nešto manje, od načina administriranja droge. Evo nekih ilustracija [3].

Najveći povišeni mortalitet registrovan je kod opijatskih zavisnika (opijati povećavaju smrtnost čak 200–1000%). Glavni uzrok prevremene smrtnosti kod ovih zavisnika je prevelika doza (»overdosis«), ali i multiplikacija drugih faktora – anafilaktički šok, sepsa, endokarditis, hepatitis, nasilje, uključujući i značajno povećanje stope samoubistava (300%). Uzrok smrti je često i povišeni morbiditet od bolesti jetre, infekcija (uključujući AIDS), neuroloških stanja i sl. Opijatska, naročito heroinska zavisnost praćena je prevremenim rađanjem, smanjenom težinom deteta na rođenju i povišenim neonatalnim morbiditetom. Ove posledice rezultat su poremećaja ishrane, nedostatka lične higijene zavisnika, razmene igala i mešanja heroina sa drugim supstancama, pre nego farmakoloških i toksikoloških efekata droga.

Povišeni mortalitet kod zavisnika od barbiturata posledica je upotrebe prevelikih doza (konkretno, cerebralnih konvulzija i status epilepticus). Zamena trankvilizera i barbiturata benzodiazepinima vodi smanjenju rizika od povišenog mortaliteta, iako u pogledu razvoja zavisnosti nema naročitih razlika.

Stimulusi povećavaju rizik od suvišnog mortaliteta: intravenska upotreba amfetamina, na primer rezultuje uvećanjem stope mortaliteta od 400%. Neposredni uzrok smrti su traume, akutni zastoj srca, cerebrovaskulni inzult ili sepsa. Najčešća (na sreću, uglavnom reverzibilna) posledica je amfetaminska psihoza. Somatski morbiditet je češće skopčan sa načinom administriranja droge, nego sa njenim direktnim efektima. Povišeni mortalitet i morbiditet od kokaina su veći kod

¹⁵⁾ »Excess mortality«, »excess morbidity«, mortalitet i morbiditet koji nisu bili nužni ili su mogli biti izbegnuti.

intravenske upotrebe nego kod užmrkavanja. Najčešći rezultat predoziranja kokainom su cerebralna hemoragija i cardiac arrest. Po podacima SAD, kokain povećava mortalitet 300%.

Zdravstveni efekti su skopčani s načinom administriranja, frekvencijom uzimanja i visinom doze. Tokom uzimanja kokaina često se javljaju insomnija, gubitak telesne mase, halucinacija, paranoidne psihoze, srčani napadi, konvulzije (20% kokainomana).

Visina mortaliteta koji nastaje kao rezultat zavisnosti od halucinogena je nepoznata. Smrt je najčešće uzrokovana akcidentalno ili je posledica suicida učinjenog pod uticajem halucinogena. Najčešće zdravstvene posledice upotrebe prirodnih ili sintetičkih preparata su akutne toksičke psihoze, hronične psihoze, depresivna stanja, neurološki simptomi, konvulzije.

Upotreba kanabisa rezultuje povećanjem mortaliteta srazmerno načinu njegove upotrebe.¹⁶⁾ Iako su demonstrirani na životinjama, efekti kanabisa na hormonalni, reproduktivni i imunološki sistem još nisu sasvim jasni.

Rezultat snifovanja inhalanata često su fibrilacije srca, depresija disanja, sufokacija i akcident. Kod ovih zavisnika registrovana su i oštećenja jetre, bubrega, kostne srži, koji su češći kod prolongirane upotrebe.

Neželjena dejstva izazvana upotrebom heptanona (metadona) u potpunosti odgovaraju efektima morfinske zavisnosti: depresija centara za disanje i zastoj disanja, hipotenzija, šok i zastoj srca [17].

Pojava AIDS-a na svetskoj pozornici aktuelizovala je HIV-infekciju kao posledicu zavisnosti od droga, nastalu kao rezultat načina upotrebe (razmena nesterilnog pribora kod intravenskih zavisnika), ali i gubitaka kontrole pod uticajem psihoaktivnih supstanci (promiskuitet, upražnjavanje rizičnih seksualnih tehnika i sl.). Od 1990. godine kada je stopa novoobolelih među intravenskim narkomanima u Evropi prvi put premašila stopu novoobolelih među homoseksualcima, broj obolelih među zavisnicima od droga stalno raste. Do sredine 1994. godine 38,3% obolelih od AIDS-a u Evropi činili su narkomani. Problem nimalo ne relativizuje činjenica da su prognoze bile znatno pesimističnije [13].

1.3.2. Bihevioralne i socijalne posledice zavisnosti

Osim direktnog dejstva na zdravlje i životni vek upotreba droge skopčana je i sa problemima bihevioralnog i socijalnog karaktera. Po učestalosti sa kojom se javljaju i efektima na zajednicu, oni često prevazilaze značaj zdravstvenih posledica. Najčešće bihevioralne i socijalne posledice zavisnosti od droga su [1, 3, 5, 8, 9, 19–21]:

- **suicid**: rizik od samoubistva je povećan u svim vrstama zavisnosti od droga, osim kod uživanja duvana;

- **akcidenti** (zadesi, nesreće): stope traumatizma kod zavisnika od droga (svi tipovi zavisnosti, uključujući i kanabis) uvećane su za 20–60%. Sličan efekat ima i upotreba hipnotika i trankvilizera, mada nije sasvim jasno da li je on posledica direktnog toksičnog efekta ili ličnih karakteristika korisnika pre ili posle uzimanja ovih droga;

¹⁶⁾ Samo upotreba lišća ženske biljke kanabisa (pušenje) ima efekte na mortalitet srazmerne efektima uživanja duvana (ovaj preparat sadrži 8 do 12% toksina). Upotreba preparata načinjenih od smole kanabisa je opasnija (procenat toksina u njima je znatno veći, a kreće se od 40 do 50%). Pri tom se mora imati u vidu da korišćenje svih preparata kanabisa (uključujući i malo toksične) stvara psihičku zavisnost koja je svojevrsni faktor rizika za prelazak na opijac, opioide, stimulanse i sl.

– **apsentizam:** ovaj fenomen, dobro poznati pratilac zavisnosti posledica je povećanog morbiditeta, epizoda ekscesivne upotrebe i defektne kontrole raspoložnja kod zavisnika od droge;

– **delinkvencija:** zavisnost od droge značajno korelira sa visokom stopom delinkvencije. Opšta stopa delinkvencije kod zavisnika povećana je za 300%, a stopa kriminala protiv imovine za 600% (uvećanje stope delinkvencije kod heroinomana je još veće). Delinkvencija je 6 puta češća kod zavisnika posle uzimanja droge, nego pre;

– **socijalni problemi:** socijalne posledice izimanja droge su slabije dokumentovane i kvalifikovane nego zdravstvene, ali predstavljaju podjednako ozbiljan problem. Sastoje se u karakternim promenama, gubitku odgovornosti, inicijative, slabljenju sveukupnih individualnih resursa. Najznačajnije efekte u tom smislu imaju droge koje zavisnika najviše oslobađaju odgovornosti (heroin i kokain). Osim toga, značajne socijalne posledice trpi i zajednica. Gubici zajednice izraženi u dolarima samo delimično ilustruju socijalne posledice zavisnosti.

Posledice zloupotrebe droga u SAD u pre-AIDS periodu, na primer, procenjene su na 47 biliona US dolara godišnje (Harvud 1984, citat prema 2). Najveći deo ove sume otpada na štete nastale gubitkom radne produktivnosti (26), na kriminal (9) i zaštitu od kriminala (7,5), na prevremenu smrtnost zbog predoziranja (2 biliona dolara). Srazmerno najmanji deo troškova otpada na lečenje narkomana, koje košta SAD 1 bilion dolara, uzimajući u obzir kratkotrajnu i dugotrajnu hospitalizaciju, usluge lekara opšte medicine, lekove i druge direktne troškove. Nakon pojave AIDS-a, ovi gubici se značajno povećavaju s obzirom na epidemiološki značaj intravenskih zavisnika u razvoju AIDS-a.

Prava cena individualnih razaranja, razaranja porodice i zajednice se, nažalost, ne može izračunati.

1.4. Suzbijanje zavisnosti od droge – uloga zajednica

Sve što je do sada rečeno o nastanku i širenju zavisnosti, o njenim epidemijskim razmerama i posledicama koje ostavlja u zajednici, ukazuje da zavisnost od droga predstavlja pre svega socijalni, pa tek onda medicinski problem [1–4]. Ono što problem zavisnosti od droga čini različitim od drugih javnozdravstvenih problema jeste njegova kompleksnost. Kompleksnost proizlazi iz prirode zavisnosti koja ima svoju biomedicinsku, farmakološku, psihološku i socijalnu dimenziju. Kako jedna zavisnost podržava drugu, jasno je da se efektivna borba protiv zavisnosti od droga ne može zasnivati samo na angažovanju zdravstvene službe; u suzbijanju ove zavisnosti mora da učestvuje čitava zajednica.

Osnovu za učešće zajednice čini njena senzibilizacija za problem zavisnosti. Razumevanje problema i njegovog značaja za zajednicu doprinosi razvoju kolektivne svesti o potrebi intervencije i odgovornosti zajednice u tom smislu. Senzibilizacija za problem i intervenciju koja vodi njegovom rešavanju je početak mobilizacije zajednice (u pravcu stvaranja uslova za prevenciju nastanka i širenja zavisnosti ili njenom angažovanju na rešavanju problema izazvanih upotrebom droga), ali i osnova za razvoj odgovornijeg odnosa zajednice prema ovom problemu.

Naglašena odgovornost zajednice za rešavanje problema zavisnosti od droga ne umanjuje značaj zdravstvene službe. Ona se pojavljuje u ulozi organizatora zajednice (pokretača kreatora i planera aktivnosti) i stručno-metodološkog instruktora (edukatora) zajednice, odnosno pojedinih subjekata u njoj.

2. Problem zavisnosti u našoj sredini

U našoj sredini epidemija zavisnosti razvijala se u okvirima drugog scenarija.

Do 70-ih godina glavniinu zavisnika činili su morfinomani, regrutovani iz redova »hipi« generacije. Manji broj zavisnika »proizveden je« jatrogeno (nestručnom ili neobazrivom upotrebom morfijuma u toku lečenja pojedinih bolesti). Većina ove prve generacije zavisnika u našoj zemlji sačuvala je maksimum svoje kreativnosti i sposobnost socijalne participacije.

Druga generacija zavisnika stasala je kao rezultat organizovanog delovanja droge. Zloupotreba mladih u ovoj generaciji, bila je posledica tranzita opijuma sa istoka za zapad i, delimično, ilegalne distribucije sirovog opijuma, koji je za potrebe farmaceutske industrije legalno uzgajan u Makedoniji. Osnovne karakteristike druge generacije naših zavisnika od droge su intravenska upotreba heroina, zloupotreba opijuma i izrazito kriminogeni karakter (ispoljen najčešće u obijanju apoteka i pljačkama radi dolaska do heroina).

Unutar ove generacije razvijeno je oko 1500 slučajeva jatrogenih zavisnika od metadona.

Prve dve generacije imaju svoje analoge (prototipove) u svetskim razmerama. Za razliku od njih, zavisnici aktuelne treće generacije nemaju standardni profil. Pokušaji da se ovi zavisnici stave u bilo kakav kliše u pogledu vrste i načina upotrebe droge ili ponašanja u vezi sa tim sasvim su bezuspešni. Treću generaciju karakteriše politoksikomanija (upotreba različitih vrsta droge), kombinovana upotreba alkohola i tableta (tabletomanija), nepredvidivo ponašanje (agresivne ili autoagresivne osobe), što značajno otežava rad sa ovom grupom (lečenje, ali još više prevenciju). Posebno zabrinjava podatak da se vreme prvog uzimanja droge zastrašujuće pomera ka granicama detinjstva (13 do 15 godina).

Prvi broj zavisnika od droga u našoj zemlji nije poznat, iako se pretpostavlja da ih ima više desetina hiljada. SZO [13] izveštava o 13 – 16 000 registrovanih zavisnika u Jugoslaviji 1991. godine, pri čemu intravenski zavisnici čine 15% zavisničke populacije.

Nepoznavanje (ili nedovoljno poznavanje) zavisničke populacije kod nas je jedna od značajnih barijera u razvoju preventivnih strategija. Nešto više informacija daju novije studije [5, 20] koje se baziraju na uzorcima lečenih zavisnika.

Klaster-analiza zavisničke populacije [20] rađena na uzorku od 140 dispanzerski i bolnički lečenih slučajeva¹⁷⁾ u periodu 1987 – 1993. godine izdvojila je 4 (relativno) različite grupe:

- prvu čine stariji, hronični, socijalno kompenzovani zavisnici; velika većina njih je zaposlena (85,2%), nešto više od polovine (51,2%) ima decu, započeli su sa uzimanjem droge pretežno u periodu od 19 do 28 godina (81,2%), a uzimaju je duže od 10 godina (80,4%), polovina ove grupe (51,9%) nema kriminogenu aktivnost, a najveći broj zavisnika započeo je lečenje posle 5 i više godina zavisničkog staža (70,4%);

- drugu čine stariji hronični loše porodično i profesionalno integrisani zavisnici; veći deo ove grupe čine nezaposleni zavisnici (62,7%), bez dece (44,1%), koji su drogu počeli da uzimaju između 19. i 23. godine (61,0%), gotovo svi su zavisnici duže od 10 godina, samo 1/3 (37,3%) nema kriminogenu aktivnost, a započeli su lečenje 5 i više godina od prvog uzimanja (52,5%);

- treći klaster sastavljen je od relativno najmlađih i najkriminogenijih zavisnika, sa relativno najkraćim narkomanskim stažom i veoma lošom porodičnom i

¹⁷⁾ U Zavodu za bolesti zavisnosti, Beograd

profesionalnom integrisanošću; to su uglavnom zaposleni zavisnici (90,5%), većinom bez dece (57,1%), dok samo mali broj njih ima tek jedno dete (11,9%), većina je započela da se drokira između 19. i 28. godine (71,4%), ređe ranije (14,3% njih započelo je da uzima drogu između 14. i 18. godine), kriminogenu aktivnost nema tek 1/3 zavisnika (31,0%), a najveći deo ove grupe započeo je lečenje relativno rano (sa manje od 3 godine narkomanskog staža – 47,6%);

– četvrtu grupu čine pozni tzv. reaktivni zavisnici sa dobrom socijalnom i porodičnom integracijom, najboljom od svih drugih klastera; svi zavisnici iz ove grupe su zaposleni, velika većina ima decu (75%), drogu su započeli da uzimaju relativno kasno (od 29 godina pa kasnije), većina njih nema nikakvu kriminogenu aktivnost (66,7%), a započeli su lečenje sa manje od 3 godine zavisničkog staža (58,3) ili kasnije (3 do 5 godina – 25%).

Uspeh lečenja je loš u svim grupama; relativno najpovoljniju (!?) prognozu imaju zavisnici treće grupe gde apstinenciju ostvari 9,5% zavisnika, dok je procenat apstinencije postignute u drugim grupama zanemariv.

Na istom uzroku utvrđeno je da starosne razlike održavaju dva generacijska tipa narkomana [5].

Mlađi narkomani (do 28 godina) značajno češće dolaze na lečenje pod pritiskom porodice, čine prekršaje, upotrebljavaju drogu pod pritiskom drugova, ističu želju za normalizacijom života kao motiv za lečenje.

Stariji narkomani (28 i više godina), značajno češće navode kao motiv za lečenje zdravstvene razloge, čine krivična dela i češće su recidivisti.

Osim u vrsti korišćene droge nisu utvrđene naročite razlike u odnosu na pol ispitanika.

Za razliku od drugih zemalja Evrope gde su zavisnici činili manji deo HIV-pozitivnih sve do 1990. godine, u našoj zemlji je od samog početka HIV/AIDS epidemije najveći broj HIV-pozitivnih regrutovan iz redova zavisnika. Sredinom 1994. godine 55% novoobolelih slučajeva pripadao je ovoj kategoriji.

Aktuelnu situaciju otežava i ne mali broj jatrogenih zavisnika (od 1500 zavisnika koji su u periodu 1987–1994. godina bili na programu metadonskog održavanja, sada se broj sveo na oko 150; karakteristike jatrogene zavisnosti od metadona čine i ovaj broj preteškim bremenom, ne samo za zajednicu nego i za zdravstvenu službu). Izuzev tog (malog) broja lečenih u specijalizovanim ustanovama, svi ostali zavisnici prepušteni su sami sebi. Prodor »novih« vrsta droga (kokaina), kao rezultat konfuzije izazvane zloupotrebom termina »lake« i »teške« droge) i izraz traganja za novim statusnim obeležjima nekih socijalnih slojeva (umetnici, biznismeni) unose dodatnu zbrku.

Brojna nerešena pitanja – nekonzistentna kaznena politika, relativno velika dostupnost putem legalnih (kupovina ili podizanje na recept lekova bez posebne kontrole)¹⁸⁾ ili ilegalnih kanala, udružena sa damping cenama koje povećavaju pristupačnost ilegalnih droga, nedostatak preventivnih aktivnosti – čine situaciju u našoj zemlji sve težom, a potrebe za iznalaženjem efektivnih rešenja ovog problema sve izraženijim i većim.

Dosadašnji naponi na suzbijanju zavisnosti od droga bili su zasnovani na radu jedine referentne ustanove u zemlji – Zavoda za bolesti zavisnosti, a iscrpljivale na »metadonskom održavanju«. Razvoj epidemije očigledno pokazuje da ovaj pristup nije bio ni adekvatan, ni dovoljan, što je nametnulo potrebu za reorganizacijom

¹⁸⁾ Veza droga – kriminal je znatno složenija nego što se pretpostavlja: Simić 1981. ističe da je čak 78 (u Beogradu), odnosno 65% heroinomana (u Srbiju) suđeno zbog krivičnih dela pre prve upotrebe droge.

Zavoda (1994) i okretanje ka primarnoj prevenciji, kao osnovi stručno-metodološke delatnosti Zavoda.

3. Prevencija zavisnosti od droga

3.1. Zašto prevencija?

Sveobuhvatni tretman zavisnosti od droga (sistemski pristup) obuhvata promotivne, preventivne, kurativne i rehabilitacione aktivnosti u zajednici [3]. Ceovito rešenje problema zavisnosti izvan ovog okvira nije moguće, iako sve aktivnosti nemaju isti značaj [1-3].

Nerazumevanje kompleksne prirode problema, odnosno svrstavanje narkomanije u »bolesti zavisnosti« potenciralo je značaj »medicinskih mera« (pre svega, lečenja i rehabilitacije¹⁹⁾) i odgovornost zdravstvene službe za njegovo rešavanje. Iako se zdravstvena služba pojavljuje u svim etapama tretmana zavisnosti, njen stvarni doprinos rešavanju problema limitiran je nivoom učešća zajednice kao celine, kao i odnosom (učešćem) pojedinih aktivnosti usmerenih na rešavanje problema u zajednici.

Tome u prilog govore (bar) tri razloga:

- lečenje zavisnika je tek deo sveobuhvatnog tretmana, usmeren na saniranje apstinencijalnog sindroma i propratnih psihofizičkih komplikacija kod zavisnika; iako najatraktivnija, ova mera zaštite je apsolutno nedovoljna [22] da reši problem (efektivnost lečenja se kreće ispod 1%); čak i kod zavisnika kod kojih je postignut dobar terapijski ishod, lečenje može biti sasvim uzaludno bez adekvatne podrške i pomoći sredine (zajednice) u periodu rehabilitacije;

- potrebe za prevencijom ne zasnivaju se (isključivo) na »vatrogasnoj logici« (»пусти da dogori ono što je već upaljeno, postaraj se da se požar ne širi«); ono što prevenciju kvalifikuje kao »metod izbora« za rešavanje problema zavisnosti u zajednici nije samo niska efektivnost lečenja nego i srazmerno visoka efektivnost preventivnih aktivnosti *per se*;

- nijednu neinfektivnu epidemiju ne može sprečiti niti suzbiti zdravstvena služba, bez dovoljnog i adekvatnog angažovanja zajednice; to, naravno, ne znači da se zdravstvena služba može amnestirati svake odgovornosti za prevenciju zavisnosti; ipak, njena uloga u prevenciji je pre svega stručno-metodološkog karaktera.

Najracionalniju integraciju aktivnosti zdravstvene službe i relevantnih subjekata zajednice omogućava savremeni koncept prevencije po nivoima, Leavella i Clarka [23].

3.2. Nivoi prevencije

U zavisnosti od ciljeva (odnosno, interesa zajednice), prevencija zavisnosti od droga može se organizovati na tri nivoa; sve aktivnosti usmerene na rešavanje problema zavisnosti imaju karakter primarne, sekundarne i tercijarne prevencije [23]. Primena koncepta prevencije na različitim nivoima omogućava lakši izbor ciljeva, procenu odgovornosti i definiciju ciljne populacije, što uvećava verovatnoću uspešnosti preventivnih akcija [3].

¹⁹⁾ Tretman zavisnosti od droga kao »bolesti« i, u vezi s tim, mera obaveznog lečenja kao pristup za rešavanje problema (KZ Srbije), iako se pouzdano zna da lečenje ima minimalne šanse da trajno reši problem.

Primarna prevencija ima za cilj da spreči nastanak zavisnosti od droga, odnosno, njeno širenje u zajednici (pojavu novih slučajeva).

Ciljevi primarne prevencije ostvaruju se kroz aktivnosti usmerene na:

- podizanje socioekološkog zdravstvenog potencijala zajednice (osnaživanje odbrane, promocija zdravlja i zdravstvenog načina života) i

- minimizaciju rizika u okolini (suzbijanje riziko-faktora i kontrola doprinosa sredine).

Ove aktivnosti usmerene su na zajednicu u celini, na grupe zdravih (koji nisu zavisnici) i grupe ljudi sa razvijenim obrascima adiktivnog ponašanja (rizične grupe u »predvorju« zavisnosti od droga, pušači, korisnici alkohola ili »probanti« – grupe povremenih korisnika droge).

Promocija zdravlja i suzbijanje riziko-faktora na primarnom nivou pretpostavlja postojanje adekvatnog znanja o kauzalnim faktorima i mehanizmima razvoja zavisnosti u jednoj sredini, kao i adekvatno korišćenje širokog spektra mogućnosti za odbranu zajednice: kroz obrazovanje i razvoj motiva zdravlja, razvoj odgovornosti zajednice i integraciju primarne (medicinske) zaštite sa drugim subjektima u zajednici.

Iako prevencija na ovom nivou ima najveću potencijalnu efektivnost, ona se prihvata teže nego intervencije na drugim nivoima. Osnovni nosilac primarne prevencije je zajednica, odnosno njeni relevantni subjekti (o čemu će biti više reči kasnije).

Sekundarna prevencija je usmerena na redukciju i kontrolu već razvijene zavisnosti. Aktivnosti sekundarne prevencije adresirane su na one koji su već aficirani problemom ili su pod rizikom da trpe posledice (otkriveni i neotkriveni zavisnici).

Ovde spadaju aktivnosti koje se tiču:

- blagovremene (rane) identifikacije zavisnosti i blagovremenog tretmana (saniranje apstinencijalnog sindroma i propratnih psihofizičkih simptoma su mnogo lakši kod rano otkrivenih slučajeva);

- prevencije (ili bar redukcije) i saniranje ranih posledica nastalih zbog upotrebe droga (identifikovanje neposrednih efekata zloupotrebe droga i alkohola služi prevenciji ozbiljnih komplikacija i nesposobnosti; osim toga, adekvatan psiho-socijalni tretman utiče na individualnu i kolektivnu bezbednost: redukciju saobraćajnih akcidenata, traumatizma, akcidentalnih infekcija; ove aktivnosti imaju za cilj da osiguraju »bezbednu upotrebu droge«.

U sekundarnoj prevenciji individualni pristup je primenljiviji od ostalih pristupa. Osnovni nosilac sekundarne prevencije zavisnosti od droga je zdravstvena služba.

Cilj tercijarne prevencije je održavanje postignutog nivo individualnog funkcionisanja u porodici, školi, na radnom mestu, u zajednici, da podrže proces rehabilitacije, odnosno preveniraju, redukuju ili saniraju kasne posledice, nastale kao rezultat neadekvatne primarne i sekundarne prevencije.

Tercijarna prevencija vodi sprečavanju budućih nesposobnosti i reintegraciji u društvo individua koje su bile oštećene različitim problemima u vezi s drogom. Tu spadaju identifikovanje i upravljanje pacijentima sa akutnim stanjem koje mora biti tretirano bez odlaganja, identifikovanje i upravljanje pacijentima sa problemima koji moraju biti tretirani uz pomoć drugih službi, identifikovanje i ublažavanje porodičnih problema u vezi sa upotrebom droge i alkohola, pomoć u socijalnoj rehabilitaciji.

U tercijarnoj prevenciji primenljivi su individualni, grupni i pristup orijentisan na zajednicu. Zdravstvena služba je samo jedan (i to ne najvažniji) od subjekata u tercijarnoj prevenciji.

Efekti prevencije na različitim nivoima podržavaju jedni druge. Zato se prevencija zavisnosti od droga ne može identifikovati samo sa sprečavanjem nastanka, odnosno primarnom prevencijom zavisnosti, iako je doprinos primarne prevencije rešavanju problema objektivno najveći.

3.3. Definicija problema u zajednici

Zavisnost od droga je kompleksan i multidimenzionalan problem zajednice. Sa stanovišta prevencije potrebno je, unutar ovog okvira, bliže odrediti šta predstavlja problem, odnosno šta je važno za zajednicu. Ovo određenje je osnova za postavljanje ciljeva, odnosno izbor preventivne strategije [15].

Najvažniji problemi zajednice mogu biti [3]:

- **ekscesivna upotreba droge** (velika količina u datom vremenu, visoka frekvencija epizoda, teške intoksikacije, bez obzira na upotrebljenu količinu);
- **nezgodna upotreba** (upotreba u nezgodno vreme) – (na poslu, u školi, u bolnici, na javnim mestima, u prisustvu neželjenih osoba);
- **upotreba droge od vulnerabilnih grupa** (deca, žene, manjine, članovi religijskih grupa);
- **upotreba droge od posebno vulnerabilnih grupa** (osobe sa enzimskim anomalijama, organskim bolestima, neurofiziološkim poremećajima, mentalnim bolestima, poremećajima karaktera, genetskom predispozicijom, povredama mozga);
- **kontinuirana upotreba od osoba koje već imaju loša iskustva sa konsekvencama** (zavisnici koji imaju fizičke ili psihološke komplikacije, sa anamnezom incidenata socijalne, interpersonalne ili kriminalne prirode u vezi s drogom).

Definiciju problema mora dati sama zajednica u kojoj problem postoji, uz učešće svih zainteresovanih struktura [3,15].

3. 4. Ciljevi prevencije

U kontekstu ovako definisanih interesa zajednice i nivoa prevencije zavisnosti od droga, ciljevi mogu biti različiti, o čemu konačnu reč daje sama zajednica.

Ciljevi se, obično, definišu u rasponu od minimalnog do optimalnog (maksimalnog).

Optimalni cilj prevencije zavisnosti od droga je, grubo rečeno, da osigura da članovi jedne populacije ne upotrebljavaju drogu i konsekventno čuvaju sebe od rizika patnje, koja nastaje kao posledica ili uzrok socijalnih razaranja. Najadekvatniji okvir optimalnih ciljeva je primarna prevencija. Kod zavisnika (na sekundarnom nivou prevencije), optimalni cilj može biti promocija apstinencije.

Minimalni cilj prevencije može biti kontrola specifičnih konsekvenci, pre nego prevencija upotrebe droge *per se*. On se svodi na olakšavanje problema, bez suvišnih pokušaja da se promeni ponašanje zavisnika u celini. Ovaj »problem orijentisani pristup« odnosi se na sve nivoe prevencije, ali prevashodno na sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Ovde se može ubrojiti, na primer, suzbijanje navike vožnje posle upotrebe alkohola ili droge, zatim suzbijanje rizičnih načina administriranja, zamena intravenskog manje opasnim načinima uzimanja droge.

Ciljevi prevencije odabiru se na osnovu tri kriterijuma:

1. **poželjnost ciljeva** zavisi od socijalne percepcije problema i prepoznavanja dobiti od preventivne akcije u zajednici;

2. **izvodljivost** (izbor realističnih) ciljeva nije samo administrativni princip. To je način da se osigura uspeh preventivnih aktivnosti koje mogu popraviti situaciju, a ne ostati spisak želja. Izvodljivost zavisi od snaga i resursa koji će biti ili mogu biti uključeni, ali i od prihvatljivosti određenih rešenja za zajednicu;

3. **priroda problema** određuje hoće li ciljevi biti usmereni na promociju zdravlja, modifikaciju ili restrikciju upotrebe droge ili na suzbijanje nastalih šteta. Vidljivost (zaoštrenost) problema i njegovi pojavi oblici određuju smer preventivne akcije.

3. 5. Ciljna populacija

Jasna definicija ciljne populacije je jedna od najvažnijih pretpostavki uspešnosti prevencije, odnosno adekvatnog planiranja i dizajniranja programa.

Programi usmereni na populaciju u celini koriste se obično na početku ili na kraju preventivne akcije; oni služe za diseminaciju informacija opšte prirode i uspostavljanje ili osnaživanje stavova zajednice, a zasnivaju se na podršci mass-media. Ovi programi su manje efektivni od selektivnog pristupa, usmerenog na određeni deo populacije (ciljnu populaciju).

Kao što je poznato, zloupotreba droga varira zavisno od pola, starosti, socioekonomskog nivoa, religijske pripadnosti, mesta življenja, etničke pripadnosti, kulturnih obrazaca zajednice, drugih socioekonomskih varijabli. Različiti obrasci korišćenja droge (vrsta, učestalost upotrebe, način uzimanja droge) determinišu potrebu za različitim pristupima prevenciji.

Ciljne grupe se biraju obično na bazi:

- stepena u kome su njihovi članovi pod rizikom da postanu zavisnici (rizične grupe »opšteg tipa«) i

- verovatnoće razvoja neželjenih konsekvenci od upotrebe droga (»specifične« rizične grupe).

Ovi programi koriste se ciljano, a usmereni su na razvoj ili promenu specifičnih znanja, veština ili motiva kod izabrane grupe.

3.6. Mesta na koja se akcija usmerava

Kao vid aktivne zaštite, prevencija nužno ide u susret potrebama (rizične i druge) populacije; preventivne aktivnosti se usmeravaju na mesta gde žive i rade potencijalni ili aktuelni zavisnici, odnosno njihova okolina: na školu, radno mesto, porodicu ili zajednicu.

3.6.1. Škola

Adolescenti i mladi čine grupe najvišeg rizika za razvoj zavisnosti, ali i grupu u kojoj je preventivna intervencija najkorisnija. Nažalost, preventivna intervencija je najmanje prihvatljiva u ovoj grupi, što se objašnjava nedostatkom motiva zdravlja, psihosocijalnim odlikama mladih, supkulturnim uticajima i sl. Jedna od najcitiranijih podela ove grupe odnosi se na školsku i vanškolsku omladinu.

Programi koji fokusiraju školsku omladinu (adolescente i mlade u procesu redovnog školovanja) spadaju u najrazvijenije forme prevencije. Iako formalnog karaktera, preventivne aktivnosti u školi obuhvataju najveći mogući broj potencijal-

nih zavisnika u njihovoj »prirodnoj sredini«. Osim toga, škola je idealno mesto za prezentaciju informacija. Studije efektivnosti preventivnih strategija usmerenih na školu i školsku populaciju pokazale su zavidan nivo uspešnosti [24].

Ali, treba imati u vidu i sledeće:

- školskim programima prevencije zavisnosti od droga nisu obuhvaćeni mladi izvan redovnog školovanja;

- sprovođenje programa u školi može biti praćeno brojnim poteškoćama: preventivna intervencija (edukacija o drogama, npr.) nametnuta od spoljnih činilaca može biti opterećenje za školski program i izazvati reakciju nastavnika. Izbor modela nastave važan je isto koliko i priprema bakaunda. Standardnu *ex katedra* nastavu učenici mogu da ne prihvate, čak sasvim da je ignorišu. Ne treba takođe zaboraviti da cilj ovih programa nije samo diseminacija informacija nego i emotivna podrška (afektivni trening može biti mnogo delotvorniji od stečenog činjeničnog znanja). Nedostatak ili zastarele informacije, takođe, mogu sasvim kompromitovati program. Učenici mogu imati više poverenja u svoje vršnjake ili druge autoritete nego u nastavnike. U tom smislu korišćenje moderatora iz redova vršnjaka (koncept »peer grupe«), omladinskih lidera (koncept »lokalnih heroja«) ili korišćenje ranijih zavisnika može povećati kredibilitet i prihvatljivost programa [6,25].

3.6.2. Radno mesto

Radno mesto je drugi formalni milje za plasiranje preventivnih intervencija. Najčešće, osnovu preventivnih strategija primenljivih na radnom mestu čine edukacija (diseminacija informacija i/ili afektivni trening) [21]; u širenju znanja koriste se indirektni pristup, koji uključuje izlaganje postera, distribuciju brošura, prezentacije filmova i sl. Početna diseminacija informacija treba da podstakne interesovanje zaposlenih za intenzivnije učešće u programu (predavanja, seminari, male grupne diskusije). Od zdravstveno-promotivnih aktivnosti se očekuje da doprinesu povećanju svesti o riziku i potrebi kontrole rizika, da stimuliše promene u životnom stilu, razviju veštine upravljanja stresom i poboljšaju radni status (samokontrolu, kontrolu rizika u vezi sa upotrebom droga, radne sposobnosti, produktivnost rada). U tom kontekstu, relativno je jednostavno motivisati sve subjekte (radnike i poslodavce) za podršku ovim programima.

3.6.3. Kuća i zajednica

Preventivne aktivnosti u zajednici usmerene su na omladinu izvan redovnog školovanja ili omladinu bez posla; ne retko, ove aktivnosti su deo kontinuiteta preventivne intervencije započete u školi ili na radnom mestu, čiji je cilj održanje ili učvršćivanje postignutih efekata [1]. Druga značajna grupa koju fokusiraju preventivne aktivnosti u kući/zajednici su ljudi iz najbližeg okruženja zavisnika (pre svega roditelji, zatim prijatelji i dr.).

Programi u zajednici plasiraju se u poznatom sociokulturnom miljeu, tako da daju efekte komplementarne sa uticajima masmedijskih kampanja, odnosno uticajima porodice. Ovde nema univerzalnih shema, mora se ići na pojedine receptivne grupe i ciljeve. Tu spadaju, na primer, sledeći činioći.

Informacione aktivnosti postojećih ili specijalizovanih službi; imaju za cilj da obezbede diseminaciju informacija, razvoj svesti o problemu i postojećim obrascima

ponašanja u pogledu upotrebe droge, razvoj specifičnih veština (npr. pomoć u razvoju roditeljske veštine prepoznavanja ranih znakova zavisnosti od droga kod dece).

Edukativne i trening sesije malih grupa slušalaca (pre svega roditelja); dejstveni princip su specifični psihoaktivni sadržaji ovih sesija; zasnivaju se na primeni roditeljskog shvatanja adolescentnog ponašanja, podsticanju drugačijih komunikacija roditelja i dece, njihovih zajedničkih aktivnosti, uvežbavanju metoda kontrole adolescentskog ponašanja.

Edukativna podrška (konsultacije i savetovanje) grupa za samopomoć (grupe za roditeljsku akciju, npr.); ove aktivnosti mogu pomoći različitim grupama u zajednici da uspostave adekvatnu organizacionu strukturu i omogućiti im da rade operativnije.

Zdravstveno promotivni programi u zajednici atraktivni su za one koji žele da redukuju vlastiti rizik. Uključuju pomoć u postavljanju dijagnoze zdravstvenog stanja i dijagnoze riziko-faktora, pomoć pri uspostavljanju vlastitih ciljeva, kao i kontinuirani monitoring njihovog dostizanja.

Alternativni programi, spuštaju se do mesta gde borave mladi, imaju cilj »da sretnu mlade na ulici« (posebni programi u zajednici, razvoj pozitivnih socijalnih iskustava).

Programi u zajednici omogućavaju uključivanje i drugih subjekata, koji mogu uticati na razvoj ili promenu ponašanja (crkve, socijalne zaštite, sindikata, omladinskih grupa i dr.).

4. pristupi prevenciji

Preventivne aktivnosti imaju »dinamičnu perspektivu, koja fokusira različite aspekte proizvodnje, distribucije i potražnje droga« [3]. U granicama ovog okvira, opisane su dve kategorije pristupa:

- direktni pristup, koji fokusira ponašanje u vezi s drogama *per se* (primenljiv u sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji) i

- indirektni pristup, koji fokusira faktore za koje se veruje da determinišu upotrebu droga (predisponirajući faktori, uključujući ponašanje). On se usmerava na korekciju tih uslova, očekujući da iz toga proistekne redukcija upotrebe droge i problema u vezi s njom (primenljiv na svim nivoima prevencije, prevashodno u primarnoj prevenciji).

Unutar ovih, razlikujemo pristupe usmerene na individuu i/ili na sredinu. Najpoznatiji su:

- javnozdravstveni pristupi prepoznaju tri subjekta koji igraju značajnu ulogu u nastanku, razvoju i prevenciji zavisnosti, agensi, domaći i sredina; stepen rizika za razvoj zavisnosti određen je dinamičkom interakcijom navedenih činilaca. Minimizacija rizika se može postići kroz aktivnosti na suzbijanju agensa i/ili osnaživanju domaćina (odnosno, aktivnosti koje domaćina čine manje vulnerabilnim), unutar okvira tzv. primarne prevencije (promocija zdravlja);

- pristup usmeren ka mentalnom zdravlju vidi zavisnost od droga kao posledicu psihološkog stresa i teži da eliminiše izvore emocionalne tenzije. Zasniva se na ranoj detekciji, blagovremenoj proceni emocionalnih pogoršanja, aktivnostima usmerenim na edukaciju i uvežbavanje potrebnih veština (samopotvrđivanja, samokorekcije, održavanja dobrih porodičnih odnosa i drugih socijalnih veština), na programima podrške i sl. Nosioци ovog pristupa su centri za mentalno zdravlje, savetovališta i slične institucije i organizacije;

– pristupi orijentisani na sredinu bazirani na shvatanju da je upotreba droge promovisana i generisana socijalnim uslovima; oni se usmeravaju na redukciju, eliminaciju ili korekciju negativnih uticaja sredine. Ovi programi apostrofiraju probleme kao neadekvatno stanovanje, nezaposlenost, nedostatak mogućnosti za produktivne aktivnosti, nedostatak rekreacije, socijalno otuđenje i marginalizaciju.

4.1. Izbor pristupa

Izbor pristupa u prevenciji zavisnosti od droga [3] zavisi od:

- definicije problema zavisnosti u zajednici (ranije razmatrano),
- važnosti rane intervencije,
- značaja različitih sadržaja prevencije u svetlu tekućeg problema,
- relevantnosti programskih sadržaja za populaciju i situaciju na koju su adresirani (važnost specifičnih problema koji se pojavljuju učestalo, u odnosu na ukupni problem),
- adekvatnosti pojedinih strategija koje dele različite sadržaje (nijedan pojedinačni pristup nije primenljiv na sve tipove zavisničke prakse),
- prirodnog niza zavisničke prakse kod ciljne populacije.

4.2.1. Kognitivno-bihevioralni pristupi prevencije zavisnosti od droga

Preventivni pristupi koji fokusiraju ponašanje i/ili njegove determinante usmereni su na:

- zdravo ponašanje (ponašanje u vezi sa zdravljem), kao protektivni faktor za razvoj zavisnosti,
- rizično ponašanje, kao determinišući (predisponirajući, omogućavajući i održavajući) faktor razvoja zavisnosti, koji treba korigovati radi minimizacije rizika za nastanak zavisnosti, odnosno njeno širenje u sredini i/ili
- zavisničko ponašanje kao posledicu zavisnosti koju treba korigovati u cilju minimizacije rizika za razvoj drugih, štetnih posledica.

Drugim rečima, ovi pristupi preveniraju ponašanje koje može biti brana, uzrok i/ili posledica zavisnosti, oni spadaju u direktne i/ili indirektne pristupe i mogu biti usmereni na zajednicu ili individuu.

Kako postoje čvrsti dokazi da ponašanje može biti veoma efektivan protektivni faktor, ali je ujedno i činilac kojim se može lakše manipulirati (upravljati) nego drugim determinantama zavisnosti, ovi pristupi su se razvijali srazmerno brže od ostalih.

U literaturi [1, 2, 12, 26] opisana su četiri tipa društvenog delovanja na ljudsko ponašanje, odnosno razvoj ponašanja:

- edukacija (diseminacija informacija kroz klasično zdravstveno vaspitanje i kroz socijalni marketing);
- ubeđivanje (nametanje prihvaćenih vrednosti kroz komunikacije i izražavanje društvene podrške, neprinudno ukazivanje na značaj određenog ponašanja). Ovaj vid društvenog delovanja zasniva se na stvaranju uslova koji olakšavaju pronalaženje pravih vrednosti i istina. Merila vrednosti određuju društvena podrška i društvena poželjnost. Fishbein i Aisen, 1975 [citirano prema 2] ističu da je osećanje društvene poželjnosti centralni momenat u društvenom ponašanju. Alijenacija kod mladih nastaje kao rezultat nepodudaranja njihovih vrednosti sa vrednostima

okoline. Stres i socijalna izolacija doprinose produbljivanju ovih razlika, dok stabilan porodični život olakšava usvajanje društveno prihvaćenog sistema vrednosti. Uloga porodice je od primarnog značaja, mada postoje i drugačiji primeri. Spremnost ljudi da izdrže kazne i lišavanja zbog ličnog opredeljenja daje nam do znanja da je društveno naučno samopouzdanje često mnogo snažnije od bilo kog oblika nagrađivanja ili kažnjavanja [26];

- motivacija (podstrekavanje unutrašnjih pokretačkih snaga koje vode željenom i prihvaćenom ponašanju i obeshrabrivanje društveno neprihvatljivog ponašanja) i

- olakšavanje (promene u sredini koje olakšavaju i podstiču manifestovanje željenog ponašanja, aktivnosti kojima se utvrđuju i uklanjaju određene prepreke [26].

Društveni uticaj na ponašanje ostvaruju se kroz različite modele akcija (aktivnosti) [3, 26].

- **Model promocije moralnih principa** ima za cilj da razvije osećaj da je upotreba droge moralno i etički pogrešan (neprihvatljiv) izbor. Često se koristi u kampanjama koje vode religijske grupe, politički i socijalni pokreti, neke zajednice,²⁰⁾ vrlo je efektivan u zajednicama koje imaju dobru socijalnu kontrolu individualnog ponašanja (u grupama koje dele altruističke ciljeve, imaju razvijenu spremnost na žrtvovanje za zajedničko dobro i razvijenu individualnu disciplinu svojih članova).

- **Model zastrašivanja** zasniva se na verovanju da se ponašanje populacije može menjati, ako se oglasi opasnim. Efektivnost kampanja usmerenih na širenje informacija o opasnostima koje prate upotrebu droge često je limitirana prijemom. Kako kod mladih postoji prirodna tendencija ka praktikovanju opasnog ponašanja, mogu imati suprotan (reklamni) efekat, odnosno voditi u započinjanje takvog ponašanja.

- **Model širenja činjeničnog znanja (kognitivni model)** zasniva se na diseminaciji informacija potrebnih za pravilan izbor, preventivna kampanja se vodi u drugačijem kontekstu od opisanog, bez emocionalnog pritiska, zastrašivanja, bez provokacija i odbrane »pravilnog izbora«. Efektivnost ovog pristupa je dobro demonstrirana u kampanjama protiv cigareta. U prevenciji zavisnosti od droga, ovaj pristup je adekvatniji za redukciju problema, nego za njegovu eliminaciju (za promenu više rizičnog i u manje rizično zavisničko ponašanje: zamena intravenskog manje rizičnim načinima administriranja, redukcija rizika od akcidentalne smrti kod inhalacije, metode filtrisanja i hlađenja dima kanabisa, metod za sterilizaciju igala i špriceva).

- **Model afektivne edukacije;** afektivni pristup je edukativna tehnika koja fokusira korekciju nekih predisponirajućih personalnih činilaca, više nego problem upotrebe droge *per se*. Vodeći princip ovog pristupa je edukacija kroz doživljaj (vlastito iskustvo). Zasniva se na aktivnostima usmerenim na razvoj veština samosavladvavanja, definisanje i ocenjivanje vlastitog sistema vrednosti, obučavanje za donošenje odluka i rešavanje problema, razvoj veština imitacije, osposobljavanje za redukciju anksioznosti, razvoj interpersonalnih veština, posebno veština verbalne i neverbalne komunikacije, prepoznavanja socijalnog pritiska i razvoja socijalne odgovornosti.

Ovaj model je primenljiv pre svega kod školske dece, ali i u nekim kategorijama odraslog stanovništva.

- **Model unapređenja zdravlja** koristi indirektni pristup za edukaciju o drogama i zavisnosti od droga; zdravstveno vaspitanje promovise alternativni habitus (fizičko vežbanje, rekreacione aktivnosti, zdrave stilove življenja, rad) kao alternativnu ili zadovoljavajuću zamenu za upotrebu droge; druga važna komponenta ovog pristupa je razvoj svesti o bihevioralnoj odgovornosti za negativni efekat na zdravlje.

²⁰⁾ Mormoni, kvekeri i sl.

Podizanje svest o riziku praćeno je adekvatnim uputstvima za smanjivanje rizika, razvojem vlastitih zdravstvenih ciljeva i motivacije za zdravlje. Ovo treba da olakša širenje zdravih stilova življenja, kao opšteprihvaćenih obrazaca ponašanja među mladima.

Često se, međutim, zaboravlja da životni stil može biti definisan na različite načine: kao bihevioristički pojam, životni stil implicira mnogo složenije i učestalije obrasce ponašanja uslovljene životnim standardima, pod kontrolom pojedinca ili porodice u okviru materijalnih mogućnosti (individualno iskustvo); kao sociološki i politički pojam životni stil se odnosi na skup uslova koji okružuju jednu društvenu grupu uključujući njenu kulturu, istoriju i njene društveno-ekonomske okolnosti. Na ove uslove se bihevioralnim strategijama može uticati relativno malo i, tek indirektno.

Ovaj pristup je veoma dobar za osobe koje su prijemčive za informacije i odgovorne za svoje zdravlje. Nažalost, u rizičnim grupama ima relativno malo ovakvih slučajeva, a najveći broj zavisnika nema ove karakteristike.

Najznačajnije tehnike na kojima se zasnivaju opisani modeli [2, 3, 12, 15, 26, 27, 28] jesu:

- **informativne aktivnosti**, treba da obezbede stalno ili povremeno informisanje o drogama i njihovim efektima na pojedinca, porodicu i zajednicu, te da spreče zloupotrebu informacija u »informacionoj džungli«. Glavni nosioci su postojeća, za tu ulogu pripremljena mass-media, ali i specijalizovane informativne službe.

Ove tehnike su bile okosnica preventivnih strategija sve do 70-ih godina. Kada je utvrđeno da dobra informisanost nije garant promene ponašanja, primat je dat obrazovnim aktivnostima;

- **obrazovne aktivnosti**, koje treba da pomognu pojedincima u razumevanju i rešavanju problema (donošenje odluka). Podrazumeva proces sticanja i integrisanja stečenog znanja, odnosno razvoj veština njegove primene u svakodnevnom životu. Glavni nosioci su adekvatno pripremljena porodica, škola, društvene organizacije mladih ili posebne edukativne grupe (»peer-education«).

Tehnike zasnovane na formiranju ili korigovanju individualnog ponašanja i razvoju individualne odgovornosti za zdravlje su bile dominantne sve do 80-ih godina. Razvoj koncepta promocije zdravlja ih je (delimično) potisnuo na račun alternativnih programa u zajednici, okrenutih ka sredini, odnosno uticajima koji determinišu određene (zdravstvene) probleme;

- **alternativni programi** služe za sticanje pozitivnih iskustava u obrazovanju, u kojima pojedinci razvijaju nezavisnost (u proceni uzroka i izboru rešenja) i samodisciplinu (u rešavanju datog problema); različite aktivnosti treba da doprinesu inicijaciji i vrednovanju pozitivnih alternativa, razvoju motivacije kod ciljane grupe, da doprinesu razvoju poverenja u vlastite snage i sposobnosti da se odabere zdrav način života [2,25]. Tehnika se zasniva na teoriji socijalnog učenja, na modelu zdravstvenih uverenja (Health Belief Model) i na Greenovom edukativno-sredinskom ²¹⁾ pristupu promeni zajednice [12].

4.2.2. Drugi preventivni pristupi

Pored pristupa usmerenih na ponašanje, postoje i drugi pristupi usmereni na kontrolu produkcije, snabdevanja i dostupnosti, redukciju zahteva ili kontrolu sredine [24, 15]. Oni se mogu svrstati u indirektnu pristupe orijentisane na zajednicu.

²¹⁾ Green je 1991. razvio novi pristup (»From PRECEDE to PROCEED«) okrenut ka edukativno sredinskim uticajima na zdravlje.

Kontrola proizvodnje, snabdevanja i dostupnosti je pristup veoma koristan u internacionalnim okvirima; zasniva se na efektivnoj kontroli divljih plantaža i uništavanju zasejanih kultura, onemogućavanju proizvodnje droga u manufaktura-ma (ilegalnim laboratorijama), legislativnom pritisku, kontroli distribucije, probibiciji i kriminalizaciji upotrebe (razvoj svesti o riziku počiva na individualnom i kolektivnom doživljaju upotrebe droge kao kriminalnog akta, percepciji rizika od otkrivanja), kontroli cena droge na tržištu i dr.

Pristupi usmereni na redukciju zahteva usmereni su na redukciju konzumacije, koja se postiže kroz probibiciju publiciteta droge, kontrolu promotivnih kanala (pre svega, kontrolu zloupotrebe mass-media), socijalni pritisak (pre svega, pritisak porodice i vršnjaka), kroz informacije i edukaciju, savetovanje i promociju »drugaijeg izbora«. Redukciju zahteva podržavaju i pristupi koji se odnose na kontrolu sredine.

Programi usmereni na kontrolu sredine uključuju različite napore zajednice da droge učini manje prihvatljivim izborom, da smanje povoljne prilike za izlaganje drogama, da povećaju broj godina u kojima počne konzumacija droga i slično [12]. Ovi pristupi imaju karakter primarne prevencije, a sprovode se kroz:

- senzibilizaciju i motivaciju javnosti za učešće u suzbijanju zavisnosti od droga,
- administrativno-legislativnu kontrolu rizika u sredini i
- stvaranje i održavanje klime koja pogoduje suzbijanju zavisnosti od droga.

Najčešći prilaz u strategijama usmerenim na kontrolu sredine odnosi se na administrativno-legislativne mere. Najšire gledano, političke mere i administrativni propisi koji se tiču ljudske sredine treba da usmeravaju životne stilove i omoguće da zdrav izbor bude lakši izbor (WHO, 1986) [28].

Snažan podsticaj legislativnom uređivanju značajnih pitanja od interesa za narodno zdravlje dala je Kanadska deklaracija (1974). Iako zakoni obezbeđuju da se zdravstveni interes ugradi u sve oblasti života i, u tom smislu predstavljaju veoma značajnu potporu za organizaciju zajednice, ne sme biti zaboravljeno da samo postojanje zakona ne garantuje njihove efekte.

Kontroli sredine doprinose i drugi pristupi, iako kontrola sredine nije njihov glavni cilj. Izgradnja opšte i zdravstvene kulture u jednoj zajednici u sklopu promocije zdravlja, na primer, deluje kao brana socijalnog obezvređivanja mladog čoveka i deluje protektivno.

Strategije koje idu na kontrolu kriminala rade na uvećavanju šansi za detekciju i redukciju fizičkih mogućnosti za širenje zavisnosti. Na taj način one utiču na smanjenje konzumacije, ali i problema u vezi s tim. Ove aktivnosti imaju karakter sekundarne prevencije zavisnosti od droga.

Iako dostupna literatura ne daje dovoljno podataka o istraživanjima efekata pojedinih zakonskih rešenja, činjenica je da stroga kaznena politika u ovoj oblasti doprinosi suzbijanju narkomanije [2,4,8]. Postoje (mada u značajnoj manjini) i suprotna mišljenja: pojedini teoretičari tvrde da kriminalizacija i alijenacija zavisnika prouzrokovana na taj način mogu redukovati njihove šanse da se održe, restitušu ili reintegrišu u društvo kao slobodni od droga i »neobeleženi«.

5. Primarna prevencija zavisnosti od droga u zajednici

Prevencija zavisnosti od droga ima komprehenzivni karakter. Ipak, najcelovitiji i najefektivniji pristup za rešavanje ovog javnozdravstvenog problema odnosi se na

primarnu prevenciju, koja se usmerava na sprečavanje nastanka i širenja zavisnosti u zajednici.

Primarna prevencija se, generalno, ostvaruje na pet ključnih područja delovanja:

- izgradnja zdrave javne politike; ona podrazumeva ugradnju zdravstvenog interesa u sve oblasti društvenog života, podizanje svesti donosioca odluka o zdravstvenim posledicama njihovih odluka, podizanje njihove spremnosti da preuzmu odgovornost za zdravlje;

- stvaranje stimulativnog okruženja; podrazumeva stvaranje uslova da zdrav izbor postane ujedno i lakši izbor;

- osnaživanje delatnosti (akcija) zajednice; zasniva se na prenošenju odgovornosti na zajednicu, razvoju kapaciteta za samopomoć kod postojećih materijalnih i ljudskih resursa, razvoju socijalne podrške, odnosno razvoju fleksibilnih sistema koji stimulišu ljude na učešće u aktivnostima i usmeravaju zdravstvene akcije. To omogućava celovit pristup informacijama, stvaranje i održavanje zdravstveno-obrazovnih i vaspitnih mogućnosti, materijalna podrška;

- razvoj ličnih veština;

- preorijentacija zdravstvene službe [28].

Težište aktivnosti primarne prevencije zavisnosti od droga, ipak, leži na promociji (očuvanju i unapređenju) zdravlja.

Cilj promocije zdravlja je da se poveća svest o zdravlju i vlastitom riziku, a time utiče na formiranje ili promenu ponašanja. Ona fokusira životne stilove (ishranu, radni status, vežbanje, sadržaj slobodnog vremena), a treba da rezultuje razvojem kolektivne odgovornosti za zdravlje i pokretanjem mehanizama samozaštite.

Postoje tri (komplementarna) pristupa koji vode unapređenju zdravlja, odnosno, povećanju socioekološkog zdravstvenog potencijala i time, minimizaciji rizika od zavisnosti u okolini [3]:

- direktne komunikacije sa ciljnom populacijom koje osnažuju predisponirajuće faktore,

- indirektne komunikacije sa roditeljima, nastavnicima, liderima zajednice (političkim, crkvenim, državnim), zaposlenima i poslodavcima, svim drugim koji doprinose osnaživanju podržavajućih faktora i

- organizacija zajednice, političke intervencije i uvežbavanje snaga omogućavajućih faktora.

5.1. Organizacija zajednice kao preventivni pristup

Zajednica se može definisati kao »grupa individua koje žive zajedno u uslovima specifične organizacije i društvene kohezije; njeni članovi su, različitom snagom povezani određenim zajedničkim karakteristikama (ekonomskim, socijalnim, političkim), kao i zajedničkim interesima i aspiracijama (ciljevima) uključujući i one u vezi sa zdravljem; zajednice široko variraju po veličini i socioekonomskom profilu« (SZO).

Organizacija zajednice je set procedura i procesa preko kojih se populacija i institucije mobilisu da rešavaju zajednički problem ili rade na dostizanju zajedničkog cilja [12]. Rešavanje problema se bazira na »deobi odgovornosti za zdravlje« i shvatanju da se ono može unaprediti »zajedničkom akcijom zdravstvene službe i drugih zainteresovanih subjekata u zajednici« [15].

Koordinacija različitih društvenih aktivnosti treba da »omogući ljudima da ostvare maksimalni zdravstveni potencijal, zasnovan na okolini koja pruža podršku, pristupačnim informacijama, životnim veštinama i prilikama za zdrav izbor« [28], odnosno da »minimizira pretnje zdravlju koje dolaze iz sredine« [12].

Organizacija zajednice za borbu protiv narkomanije ima za cilj da mobilise zajednicu da gradi javnozdravstvenu politiku i stvara okruženje koje pruža podršku; njen zadatak je da doprinese razumevanju problema, senzibilise zajednicu, pomogne u sticanju iskustva i veština, omogući razvoj motivacije zajednice za učešće u rešavanju i, na tom osnovu, omogući konstruktivne akcije koje vode rešavanju problema, što je i krajnji cilj organizacije zajednice. U tu svrhu koriste se brojne tehnike, među kojima socijalni marketing, društveno učenje, razvoj zajednice i organizacione promene imaju najkompletnije elaboriran učinak.

Niz iskustava koje u organizaciji borbe protiv narkomanije daje dostupna literatura je koristan, ali nedovoljan da vodimo uspešnu borbu protiv nje. S obzirom na to da zavisnost od droga ima strogo lokalni kontekst, kako u pogledu uzroka, tako i u pogledu pojavnih oblika, njenoj prevenciji se mora pristupiti u kontekstu problema i potreba zajednice u kojoj se problem rešava, iako iskustva drugih zemalja mogu biti korisna u selekciji pristupa (strategije). Nekritičko prenošenje tuđih iskustava, ma kako uspešnih u domicilnim uslovima, bez analize njihovih efekata u našoj sredini sa aspekta efikasnosti, efektivnosti i rizika može dati katastrofalne rezultate. Transfer takvih tehnologija je neadekvatan put za očuvanje zdravlja i rešavanje zdravstvenih problema stanovništva.

Organizacija zajednice za borbu protiv zavisnosti od droga u jednoj lokalnoj sredini prolazi kroz više etapa. Sumarno, one se mogu definisati kao dijagnostička faza, faza razvoja i implementacije programa i faza evaluacije njegovih efekata. Brižljivo planiranje može doprineti efikasnosti prevencije i ostvarenju predefinisanih ciljeva [12].

5.2. Procena potreba kao baza za izradu programa i organizaciju zajednice

Prva etapa u organizaciji zajednice i definisanju adekvatnog programa za borbu protiv narkomanije je analiza potreba (dijagnoza problema i zajednice u kojoj se problem razvio, odnosno u kojoj će se problem rešavati).

Najbolji okvir za definiciju potreba u programiranju akcije usmerene na suzbijanje zdravstvenih problema kod kojih ponašanje igra ulogu dominantnog etiološkog faktora daje Greenova konceptualizacija dijagnoze zajednice [12]. Potpuna dijagnoza zajednice uključuje postavljanje:

- socijalne dijagnoze;
- epidemiološke dijagnoze;
- bihevioralne i sredinske dijagnoze;
- edukativne i organizacione dijagnoze.

Postavljanje ovih dijagnoza pre nego se pristupi rešavanju problema je bitno ne samo sa dijagnostičkog nego i sa terapijskog stanovišta [citirano prema 2]. Pojedini aspekti dijagnoze, ma kako precizni, nisu dobra osnova za organizaciju zajednice.

U narednim poglavljima biće apostrofirani najvažniji elementi za postavljanje navedenih dijagnoza.

5.2.1. Socijalna dijagnoza

Socijalna dijagnoza (procena socijalnih potreba i socijalno izviđanje) zasniva se na proceni kvaliteta života u zajednici koja rešava određeni problem.

Green [12] opisuje postavljanje socijalne dijagnoze kao edukativni proces, koji ima jasno definisane ciljeve: da obezbedi angažovanje zajednice ili zainteresovanih pojedinaca kao aktivnih partnera u postavljanju dijagnoze, da utvrdi zainteresovanost populacije ili njenih delova za pojedine sadržaje kvaliteta života, da verifikuje i objasni ovu zainteresovanost adekvatnim i relevantnim indikatorima, dokumentuje status zajednice u odnosu na uzroke problema, učini eksplicitnim razloge za selekciju prioriteta, odredi socijalnu dobit od rešavanja prioriteta problema, posebno odnosom koštanja (ulaganja) i dobiti.

Postavljanje socijalne dijagnoze je zadatak zainteresovanih subjekata u zajednici; ona doprinosi razvijanju svesti o problemu i socijalnim potrebama i senzibilizuje učesnike u njenom postavljanju da rade na rešavanju problema u zajednici.

Učešće pojedinaca, grupa i organizacija, zainteresovanih za rešavanje problema u postavljanju socijalne dijagnoze može se obezbediti na različite načine. U tu svrhu mogu se koristiti skupštine (zborovi) interesnih grupa, savetodavni komiteti građana, otvoreno planiranje, kratke konferencije zainteresovanih strana, kreativne radionice... Metod socijalnog izviđanja razvili su Saunders i Nix [citirano prema 12], a zasniva se na korišćenju lidera (generalnih, lokalnih i specijalizovanih) koji se pojavljuju kao izvor relevantnih informacija o socijalnoj strukturi, procesu i potrebama zajednice i kao nosioci pojedinih aktivnosti. Od lidera se očekuje da identifikuju vlastite osećaje za problem i njegove elemente, da rangiraju prioritete, organizuju i mobilizuju zajednicu da prihvati izabrane potrebe i probleme, identifikuju potrebe i probleme koji determinišu specifične ciljeve i preporuke, razviju plan akcije saglasan sa lokalno determinisanim potrebama, nađu resurse potrebne dostiznim ciljevima, stimulišu akciju i evoluiraju dostizanje. U tu svrhu mogu se koristiti brojne kvantitativne tehnike (sintetička procena, nominalni grupni proces, Delphi-tehnika, istraživanja i intervjui, metod fokusirane grupe).

5.2.2. Epidemiološka dijagnoza

Epidemiološka dijagnoza se zasniva na objektivnim kriterijumima; ona treba da odgovori šta je prioritet (koji problem je najvažniji, odnosno, koji sredinski ili bihevioralni faktori imaju najznačajniji uticaj u njegovom nastanku ili razvoju).

Važnost problema određuje se prema klasičnim indikatorima zdravstvenog stanja (stope mortaliteta, morbiditeta i nesposobnosti), na osnovu incidencije i prevalencije pojedinih problema u opštoj populaciji i određenim grupama.

Prioriteti se postavljaju na osnovu:

- uticaja problema na smrtnost, obolevanje, apsentizam, troškove lečenja i rehabilitacije, gubitke zajednice,
- ugroženosti populacije ili njenih delova (deca, adolescentni, mladi, trudnice),
- osetljivosti problema na intervenciju,
- pokrivenosti problema aktivnostima posebne organizacije ili ustanove,
- visini i aktivnosti potencijalne dobiti u zdravstvenom stanju, ekonomskim uštedama i dr.,
- nivoa na kome se dijagnoza postavlja (lokalni, regionalni ili nacionalni prioritet).

Za ispitivanje veze između zdravstvenih i socijalnih problema u zajednici razvijena su dva komplementarna pristupa: redukcionistički (polazi od širokih socijalnih problema koje procenjuje preko zdravstvenih komponenata koje učestvuju u nastanku problema) i ekspanzionistički prilaz (polazi od specifičnih zdravstvenih problema i traga i za njegovim determinantama u širokom socijalnom kontekstu). Ispitivanje povezanosti različitih (bihevioralnih, bioloških, sredinskih i socijalnih) faktora treba da rezultuje ocenom težine (značaja) individualnog riziko-faktora za bolest (u ovom slučaju: zavisnost), odnosno utvrđivanjem protektivnih faktora pozitivnog zdravlja.

5.2.3 Bihevioralna dijagnoza i dijagnoza sredine

Bihevioralna dijagnoza ili procena ponašanja je sistematska analiza veze ponašanja individue i ciljeva (problema) koji su identifikovani epidemiološkom ili socijalnom dijagnozom.

Bihevioralna dijagnoza postavlja se u 5 koraka:

- prvi korak se sastoji u odvajanju bihevioralnih i nebihevioralnih uzroka zdravstvenog problema,
- pravljenje inventara ponašanja je drugi korak, koji treba da
 - identifikuje preventivno ponašanje individue i
 - identifikuje ponašanje individue u vezi sa tretmanom,
- u trećem koraku bihevioralne dijagnoze treba odrediti značaj ponašanja u terminima važnosti (važno, manje važno),
- u četvrtom koraku, slično tome, treba odrediti značaj ponašanja u terminima promenljivosti (više promenljivo, manje promenljivo), dok se
- peti korak svodi na izvor bihevioralnih ciljeva (šta treba postići) na osnovu matrice razvijene iz ocena važnosti i promenljivosti.

Dijagnoza sredine je paralelna analiza faktora u socijalnoj i fizičkoj sredini koji određuju ponašanje identifikovano bihevioralnom dijagnozom kao cilj ili ponašanje definisano kao ishodni interes (zdravlje ili kvalitet života).

Dijagnoza sredine odvija se u 5 koraka:

- prvi korak se sastoji u odvajanju bihevioralnih i nebihevioralnih uzroka zdravstvenog problema,
- drugi korak se sastoji u eliminaciji uzroka koji ne mogu biti promenjeni (genetski, demografski, istorijski).

Slično bihevioralnoj, protiču treći i četvrti korak dijagnoze sredine. Konkretno,

- treći korak se sastoji u određivanju značaja sredinskih faktora u terminima važnosti, na osnovu kriterija (snaga uticaja, raširenost: incidencija, broj aficiranih ljudi problemom),
- četvrti korak se sastoji u određivanju značaja sredinskih faktora u terminima promenljivosti, a
- peti u izboru sredinskih ciljeva, na osnovu prethodno razvijene matrice.

5.2.4. Edukativna i organizaciona dijagnoza

Edukativna i organizaciona dijagnoza ispituje koji bihevioralni i sredinski uslovi su povezani sa zdravstvenim stanjem ili sadržajem kvaliteta života. Ove dijagnoze određuju faktore koji uzrokuju određeno zdravstveno stanje i kvalitet

života, kao i način na koji to čine. Ovi faktori su kratkoročni ciljevi programa prevencije.

Green [12] definiše koncept »kolektivne uzročnosti« (koncept kontributivnih uzroka) određenog stanja sa tri vrste činilaca:

- predisponirajući faktori prethode ponašanju i obezbeđuju obrazloženje ili motivaciju za ponašanje;

- omogućavajući faktori prethode ponašanju i omogućavaju da se motivacija realizuje; i

- podržavajući faktori prate ponašanje i obezbeđuju kontinuirani stimulus odnosno, podstrekavaju ponašanje i utiču na njegovo održavanje ili ponavljanje.

Kada je reč o kompleksnim javnozdravstvenim problemima kakve su neinfektivne epidemije poput zavisnosti od droga, promena ovakvog koncepta najviše doprinosi efektivnosti prevencije.

5.2.4.1. Predisponirajući faktori

Predisponirajući faktori su znanje, stavovi, verovanja, vrednosti i doživljaj potreba i mogućnosti, koje motivišu individualni ili grupni čin (odluku). Većina predisponirajućih činilaca ima kognitivnu i afektivnu dimenziju. Sa stanovišta primarne prevencije, njihov preventivni značaj je najveći, iako nije podjednak.

Znanje je neophodno, ali nedovoljno da provoca promenu ponašanja *per se*, osim u specifičnim situacijama (na primer, kada treba promeniti više rizično u manje rizično ponašanje).

Svest individue ili grupe je doživljaj, prepoznavanje i kontinuirano podsećanje na problem. Motivaciju najveći broj teoretičara smatra najznačajnijim predisponirajućim faktorom; individue ili grupe se ne ponašaju prema znanju, nego se motivišu drugim stvarima. Zdravlje nije dovoljno razvijen motiv kod mladih i zdravih, a njegova instrumentalna vrednost je različita u različitim kategorijama populacije.

Verovanja su ubeđenja koja postoje u ljudima u nešto (znanje, stav); na verovanjima je razvijen model verovanja u zdravlje, koji konzistentno objašnjava promenu ponašanja (Health Belief Model); ovaj model ističe značaj doziranja lične pretnje (ugroženosti problemom) kao pokretački faktor promene ponašanja.

Stavovi (ustaljeno reagovanje na neke stvari) su, pre motivacije, bili čisto apostrofirani kao značajan predisponirajući faktor; danas se smatra da nemaju naročitu važnost.

Vrednosni sistem ima kulturni kontekst i predstavlja osnovu za gratifikaciju vlastite akcije u moralnim i etičkim okvirima.

U predisponirajuće faktore spadaju i postojeće veštine, demografski faktori (socioekonomski status u vezi sa demografskim statusom, starost, pol, veličina porodice), ali oni nemaju direktan uticaj. Najvažniji sporedni efekat ovih predisponirajućih činilaca je segmentiranje populacije, što ima značaj za programiranje preventivne akcije.

5.2.4.2. Omogućavajući faktori

Omogućavajući faktori su uslovi sredine koji određuju mogućnosti izvršenja neke akcije individue ili grupe; uključujući dostupnost i pristupačnost zaštite i drugih resursa, zakone, odnos, prioritete i angažovanje zajednice za zdravlje, veštine

u vezi sa zdravljem. Ovde spadaju i uslovi života, barijere za činjenje određenih akcija, veštine za bihevioralnu promenu ili promenu sredine.

Kao i predisponirajući faktori, omogućavajući faktori spadaju u kratkoročne ciljeve organizacije zajednice i intervencija koje se zasnivaju na razvoju veština. Imaju veliki značaj u primarnoj prevenciji.

5.2.4.3. Podržavajući faktori

Podržavajući faktori su konsekvence akcija koje determinišu pozitivan ili negativan feedback (povratni efekat) i socijalnu podršku. Podržavajući faktori imaju veliki značaj za primarnu prevenciju.

Uključujući različite uticaje porodice, vršnjaka, nastavnika, poslodavaca, davaoca zdravstvenih usluga, lidera zajednice, donosilaca odluka i dr., a čine ih socijalna (socijalno prihvatanje) i fizička dobit (kao osećaj udobnosti, komfora ili nelagodnosti, bola), opipljiva (kao ekonomska dobit ili prevencija štete) ili anticipirana korist, lična korist (samopoštovanje, poboljšavanje pojave) ili korist za druge u zavisnikovoj okolini (indirektna dobit). Negativne konsekvence ili kazne koje negiraju pozitivno ponašanje ili negativno podržavanje kao svojevrsna »korist« od neželjenih ponašanja (»high« osećaj kod zavisnika, na primer) spadaju u ovu grupu. Za svako od prioriternih ponašanja u bihevioralnoj dijagnozi moraju biti determinisani važni podržavajući faktori.

Edukativna dijagnoza ne završava se utvrđivanjem predisponirajućih, omogućavajućih i podržavajućih faktora. Selekcija i uspostavljanje prioriteta među utvrđenim faktorima je korak koji obezbeđuje upotrebljivu i korisnu eduktivnu dijagnozu. Ovo se odvija u tri koraka:

- identifikacija i sortiranje faktora,
- uspostavljanje prioriteta između kategorija,
- uspostavljanje prioriteta unutar kategorija.

5.3. Definicija ciljeva i izbor ciljnih grupa

Generalni cilj organizacije zajednice za borbu protiv narkomanije je stvaranje sredine u kojoj će »zdrav izbor biti lak i jedini pravi izbor« [28]. U odnosu na nivo prevencije, ciljevi (i obim učešća zajednice, u vezi s tim) se razlikuju.

Najznačajniji ciljevi organizacije zajednice locirani su u domenu tzv. primarne prevencije, a odnose se na razvoj ili modifikaciju ponašanja i stvaranje podsticajnog okruženja.

Sa javnozdravstvenog stanovišta, svakako najznačajniji cilj je očuvanje i unapređenje zdravlja i razvoj zdravog ponašanja u populaciji, posebno kod dece, adolescenata i mladih koji još nisu oformili ponašanje. Suzbijanje štetnih navika koje uvode u adiktivno ponašanje ima, takođe, ogroman značaj, s obzirom na značajne efekte koji se mogu postići pravovremenom modifikacijom i održavanjem razvijenih obrazaca ponašanja kod tzv. rizičnih grupa. Ciljne grupe ovde treba da budu one u kojima počinje inicijacija za razvoj zavisnosti od droga u konkretnoj zajednici.

Efekte organizacije zajednice na razvoj okoline koja podržava zdravo ponašanje doprinose i drugim nivoima prevencije. Prevencija socijalne izolacije i stigmatizacije zavisnika, razvoj »aktivne tolerancije« [27], kao i stvaranje dobrih uslova za

socijalnu i profesionalnu reintegraciju značajno utiče na sekundarnu (rano otkrivanje i lečenje zavisnika) i naročito tercijarnu prevenciju (rehabilitaciju) zavisnosti. U tom smislu senzibilizacija i osposobljavanje vršnjaka, porodice i drugih subjekata u zajednici da identifikuje zavisnike iz njihove najbliže okoline, shvate ih i podrže u suočavanju sa problemom i podstaknu ih da krenu u njihovo rešavanje, uz adekvatnu emocionalnu podršku ima nezamenljivu ulogu.

Treba razlikovati tri vrste ciljeva [12,30]:

- programski ciljevi se odnose na definisane zadatke programa; postavljaju se na bazi odgovora ko će primiti dobit, koliko i koji ishod (dobit) se očekuje i od koga;

- zdravstveni ciljevi se odnose na efekte koje treba ostvariti preventivnim aktivnostima i

- ciljevi u vezi sa ponašanjem (biheviorni ciljevi), odnose se na promene u ponašanju koje treba ostvariti.

Ciljevi organizovane zajednice mogu se definisati kao dugoročni (strateški, razvojni) i kratkoročni (operativni).

U dugoročne ciljeve spadaju, na primer:

- ugrađivanje »zdravstvenog interesa« u sve oblasti društvenog života,
- formiranje ponašanja koje vodi zdravlju kod najšire populacije,
- valorizacija ovakvog ponašanja u vrednosnom sistemu zajednice,
- minimizacija rizičnih oblika ponašanja u najširoj populaciji,
- razvoj »aktivne tolerancije« u zajednici,
- promena uloge porodice, škole, vršnjaka i dr.

U kratkoročne ciljeve spadaju:

- senzibilizacija i mobilizacija relevantnih subjekata zajednice za određene ciljeve,

- širenje bazičnih informacija o uzrocima, posledicama i raširenosti zavisnosti od droga,

- korekcija dezinformacija i zabluda o zavisnosti u populaciji,

- razvoj sposobnosti za samoprocenu vlastite ugroženosti kod individua i pojedinih grupa,

- razvoj veština i sposobnosti individua i grupa da se odupru riziku iz okoline i dr.,

- minimizacija rizičnih oblika ponašanja kod rizičnih grupa.

Valorizacija i organizacija ciljeva zavisi od situacije u konkretnoj sredini, pre svega od uzroka (predisponirajuće, omogućavajuće i održavajuće faktore), epidemiološke slike (rasprostranjenost, incidenciju i trendove u razvoju epidemije), postojećih resursa i iskustava u suzbijanju narkomanije. Hijerarhijska struktura ciljeva olakšava organizaciju zajednice i obezbeđuje lakšu koordinaciju aktivnosti na dostizanju ciljeva [29].

Ciljevi mogu biti definisani kao minimalni (zaustavljanje porasta učestalosti zdravstveno-nepoželjnih oblika ponašanja u pojedinim grupama) ili maksimalni, odnosno optimalni (porast učestalosti zdravstveno-poželjnih oblika ponašanja, pad učestalosti zdravstveno-nepoželjnih oblika ponašanja i sl.).

Ostvarivanje ciljeva zavisi od stepena pridržavanja kriterija u pogledu specifičnosti (konkretnosti), izvodljivosti (jasnoće), angažovanosti (prepoznatljivosti), realnosti (dostižnosti) i merljivosti (podložnosti evaluaciji) [29], na čemu insistira Dutch Health Education Center (SPIRO model).

Programi primarne prevencije usmeravaju se na celu populaciju i na određene grupe pod rizikom za razvoj zavisnosti od droga [3], a posebno na:

- deo populacije pod visokim rizikom, zbog njegovih genetskih, bioloških, socijalnih, kulturnih, radnih i drugih karakteristika (vulnerabilne grupe: adolescenti, mladi, socijalno deprivirani slojevi);

- deo populacije koji, upotrebom droge može dovesti u opasnost po zdravlje i sigurnost druge osobe (trudnice, piloti, vozači autobusa, operatori senzitivnih industrijskih i vojnih postrojenja koji koriste drogu),

- sektore u zajednici koji povećavaju problem zavisnosti od droga (represivne mere upravljane na proizvođače droge, prodavce i distributere, kontrola i regulacija farmaceutske industrije i njenih agenata, prevencija jatrogene zavisnosti),

- sektore zajednice koji čine milje za razvoj narkomanije (edukativni programi ili programi za razvoj veština primenljivi u školi ili organizacijama mladih),

- na »peer grupe« (grupe vršnjaka poznatih zavisnika), roditelje, buduće edukatore, socijalne radnike, personal kriminalističke službe, zdravstveni personal i druge, kod kojih preventivne aktivnosti imaju za cilj da uvežbaju ili ohrabre ove subjekte da igraju aktivnu ulogu u sveukupnoj prevenciji.

5.4. Izrada programa

Kada su postavljeni ciljevi, sledi definisanje mera i aktivnosti, odnosno izrada posebnih programa, kao i identifikacija njihovih nosilaca (društvenih činilaca od kojih se očekuje doprinos u realizaciji određenih zadataka). Sve mere i aktivnosti trebalo bi da budu definisane u kontekstu postavljenih ciljeva i koordinisane na nacionalnom nivou [30]. Izbor programa diktira administrativno-politička dijagnoza zajednice, a sam program se odnosi na zadatke države i zadatke društva (zajednice) [12].

5.4.1. Administrativna i politička dijagnoza

Administrativno-političku dijagnozu zajednice postavlja centralno telo – plan-ski tim (tim zajedničke akcije) sastavljen je od predstavnika zdravstvenog sektora, drugih relevantnih subjekata zajednice (policije, socijalnih službi, dobrovoljnih organizacija, privrede) i zainteresovanih pojedinaca ili organizacija (roditelja, nastavnika, grupe i organizacija mladih).

Prvi zadatak tima je prikupljanje relevantnih informacija. Za postavljanje administrativno-političke dijagnoze posebno je važno znati kako je zajednica organizovana (kakva je struktura zajednice i odnosi u njoj, komunikacije, uticaji) i koji su uobičajeni metodi rešavanja problema i donošenja odluka.

Administrativna dijagnoza proizlazi iz analize resursa i uslova (okolnosti) koji postoje u datoj situaciji i određuju (doprinose ili blokiraju) razvoj preventivnih programa.

Administrativna dijagnoza se postavlja u 3 koraka:

- procena potrebnih resursa (vreme, personal, budžet),

- procena dostupnosti i pristupačnosti resursa (procena postojećih resursa, odnosno, procena mogućnosti korišćenja istih) i

- procena barijera u implementaciji (stavovi učesnika i njihova privrženost ciljevima programa, konflikt ciljeva, stope očekivane promene, odnosi učesnika, kompleksnost procedura, prostor, barijere u zajednici).

Politička dijagnoza se odnosi na ciljeve i pravila koji usmeravaju aktivnosti zajednice, a odnose se na organizaciju ili upravljanje programom. Fokus političke dijagnoze je na regulaciji ²²⁾ i organizaciji ²³⁾ zajednice.

Postavljanje političke dijagnoze obavlja se u dva koraka.

Prvi korak ima opšti karakter, a odnosi se na procenu konzistentnosti i fleksibilnosti ciljeva i pravila. Ona određuje okvir za administrativno i profesionalno odlučivanje.

Drugi korak se odnosi na procenu političkih snaga na inter i intraorganizacionom nivou. Ova procena treba da odgovori koje snage deluju u definisanoj zajednici, kakva je njihova moć (uticaj) i odnos prema problemu (koliko podržavaju rešavanje problema).

Na temelju ove dijagnoze tim zajedničke akcije planira, organizuje i sprovodi programe aktivnosti u prevenciji zavisnosti od droga i ili prevenciji problema u vezi s tim.

5.4.2. Razvoj i implementacija programa

Na temelju prethodno utvrđenih ciljeva i postavljane administrativno-političke dijagnoze pristupa se razvoju plana.

Razvoj plana je zadatak tima zajedničke akcije i sastoji se u izboru ciljne grupe, preciziranju tehnologije koja će biti korišćena, izboru poruka i kanala za komunikaciju, odabiru, distribuciji i organizaciji resursa, definisanju upravljačkog procesa, predviđanju otpora i ograničavanja, razmatranju alternativa i izboru rešenja, definisanju plana akcije [30]. U ovom poglavlju biće diskutovani najvažniji elementi razvoja plana.

U razvoju plana i programa aktivnosti tim treba da se pridržava sledećih principa [1,15]:

- akcija zajednice se temelji na dogovaranju, a ne na diktatu (nametanju rešenja); deoba i usklađivanje ciljeva vodi integraciji različitih sektora (zdravstvenog i kriminalističkog, zdravstvenog i obrazovnog, zdravstvenog i informativnog, na primer), što ima ogromni značaj za uspeh prevencije;

- ohrabrivanje učešća zajednice (odnosno, podizanje svesti i motivacije drugih potencijalnih i do tada neangažovanih učesnika) na svakom koraku, bar koliko i ostvarivanje pojedinih aktivnosti, odnosno postizanje drugih rezultata;

- osim »unutrašnje« (integracije preventivnih programa) veoma je važna i »spoljašnja« integracija (integracija sa drugim programima u zajednici) koja može imati uticaja na problem zavisnosti.

Izbor tehnologije ²⁴⁾ determinisan je afektivnim, kognitivnim i biheavioralnim doprinosom koji se od nje može očekivati, odnosno stepenom izvodljivosti (primenljivosti tehnologije) u konkretnoj situaciji.

Programi primarne prevencije zavisnosti od droga u zajednici oslonjeni su prevashodno na komunikacijske i motivacione tehnologije.

²²⁾ Regulacija se odnosi na pravila ili zakone koji podržavaju implementaciju politike zajednice u prevenciji zavisnosti od droga.

²³⁾ Organizacija se odnosi na čin koordinacije resursa potrebnih za implementaciju programa.

²⁴⁾ Metod rada na izabranom problemu radi dostizanja definisanog cilja; zdravstvena tehnologija se definiše kao sistemski niz aktivnosti upravljen ka rešavanju nekog zdravstvenog problema; ima eksplicitno naglašen društveni cilj i predstavlja izbor između različitih alternativa, načinjen na osnovu raspoloživog naučnog, tehničkog i tradicionalnog znanja (SZO, 1978).

Od izabrane tehnologije se očekuje da:

- informiše o problemu, sa svih aspekata značajnih za izabranu populaciju, tako da ona shvati svu težinu problema,
- podstakne na razmišljanje i traženje dodatnih objašnjenja,
- stimuliše preispitavanje vlastite ugroženosti problemom,
- rezultuje osećanjem »lične pretnje« i
- motiviše na promenu ponašanja.

»Dejstveni princip« komunikacijskih i motivacionih tehnologija su poruke, koje se na različite načine prenose do ciljne grupe [4,28,30].

Poruke koje se upućuju ciljnoj populaciji moraju biti:

- realistične; u tom smislu, poruke tipa »samo reci ne drogama« su sasvim beskorisne; život nameće složenije izazove, na koje se ne može reagovati po crno-belim klišeima;

- jasne, direktne, eksplicitne, nedvosmislene;

- na presuđujuće; moralistički obojene poruke, sa pozivom na javno mnjenje su ne samo neadekvatne nego i kontraproduktivne;

- kulturno senzitivne; da bi bile prihvaćene od grupe kojoj su namenjene poruke moraju biti adaptirane na kulturni milje u kome će biti plasirane;

- pozitivne; strah nije delotvoran, naročito ne dugoročno, a ne retko, strah izaziva suprotne reakcije, inat ili paniku, naročito kod mladih;

- usmerene (na promenu ponašanja); ljude treba pokrenuti na promenu ponašanja, za šta su poruke informativnog karaktera često nedovoljne [30].

Ovaj poslednji (bihevioralni) efekat obezbeđuju poruke koje:

- omogućavaju pronalaženje rešenja za probleme ciljne populacije,

- obezbeđuju emocionalnu gratifikaciju i

- potvrđuju sigurnosti ili nagradu za pridržavanje saveta [26].

Pridržavanje ovih kriterija obezbeđuje plasman poruka koje deluju na motive saglasno njihovoj hijerarhiji (strukturi motiva²⁵⁾) i pokreću proces motivacije kod individue, odnosno grupe.

Poznavanje sadržajnih modela je u tom smislu izuzetno važno za objašnjenje strukture motiva, ali su procesne teorije adekvatnije za objašnjenje mehanizma čovekove motivacije.

Motivacija je stanje ili ponašanje individue izazvano unutrašnjim potrebama, a upravljano prema njenim vlastitim ciljevima.

Procesne teorije ističu da je za motivaciju individue (ili grupe) potrebno da ona »vidi (prepozna) put koji će je dovesti do nekog cilja, a ne samo da oseti unutrašnju potrebu (tzv. »put-cilj« teorije). Druge procesne teorije (teorija očekivanja) naglašavaju da se čovekova motivacija za pokretanje na neku akciju (promenu ponašanja, npr.) nalazi pod uticajem njegove procene o izvodljivosti, njegovih očekivanja od ishoda (dobit) i poželjnost tog ishoda. Nivo motivacije individue ili grupe zavisi od proizvoda očekivanja i valencije (stepena u kome su određena aktivnost i njen uspeh poželjni za individuu, odnosno grupu), o čemu treba voditi računa.

Važnost komunikacije za pokretanje procesa motivacije i razvoj, odnosno promenu ponašanja kod ljudi je ogromna. Zapravo, ističe se da »jedini način na koji možete motivisati ljude jeste da s njima komunicirate« [31].

²⁵⁾ Maslow (1943) je definisao klasičnu teoriju motiva, podeljenih u pet, hijerarhijskih strukturalnih grupa. Prvi nivo motiva čine fiziološke potrebe individue, a njihovo zadovoljenje je uslov za pojavu drugih motiva. Drugi nivo motiva su potrebe za sigurnošću, treći nivo su socijalne potrebe (potrebe za pripadnošću, odnosno prihvatanjem od strane grupe), četvrti nivo su potrebe za statusom (uključujući i nezavisnost), a peti najviši nivo motiva čine potrebe samoaktuelizacije (razvojem vlastitih potencijala).

Definicija komunikacije kao »prenošenje poruka od izvora ka primaocu« pregrubo pojednostavljuje veoma složen proces u međuljudskim odnosima. Pored saznanjnih, komunikacije imaju druge značajne efekte (afektivni, bihevioralni) koji se ne smeju zaboraviti. Sa stanovišta prevencije, oni mogu biti značajniji od saznanjnih.²⁶⁾

Saznajni, motivacioni i bihevioralni efekti komunikacija, osim sadržaja poruka, umnogome zavise od izabranih kanala, odnosno metoda komunikacije. Najvažniji činilac koji opredeljuje izbor kanala za komunikaciju je uticaj (prijemčivost) ovako prenetih poruka na ciljnu populaciju. Prijemčivost poruka zavisi od karakteristike samog kanala, ali na nju utiču i činioци u lokalnoj kulturi.

Poruke se mogu prenositi na dva načina: posredstvom mass-media i kroz interpersonalne kanale.

I jedni i drugi imaju komparativne prednosti koje ih čine (više ili manje) upotrebljivim u određenim situacijama. Evo nekoliko ilustracija.

Mass-media podupiru legitimaciju javnozdravstvenih problema i pružaju snažnu podršku programima i aktivnostima u zajednici. Brzo i efikasno dostižu veliki broj ljudi; posredstvom njih poruke mogu stići do korisnika kojima se ni na koji drugi način ne može prići. Mogu da deluju neprekidno u dužem vremenskom periodu.

Od mass-media se očekuje da doprinesu produbljivanju znanja i razvoju osećanja samopoštovanja. Pored informatičkih, mass-media imaju i marketinšku funkciju u reklamiranju pozitivnih obrazaca.

Indiferentne, nejasne ili štetne poruke (odnos prema zavisnosti kao »drugačijem izboru«, nekritičko zalaganje za individualne slobode i »pravo na izbor«, terminološka konfuzija izazvana tendencioznom upotrebom termina »lake« i »teške« droge) mogu biti veoma destruktivne u tom pogledu. Isticanje pozitivnih primera može biti veoma korisno; dugoročno, mnogo više efekta ima kontinuirana javna kritika koja doprinosi razvoju osećaja pretnje umerenom društvenom osudom za odstupanje od društvenoprihvaćenih normi, sličnih onim koje primenjuju religije [4].

Za efektivnu mass-media transmisiju potrebno je da ciljani prijem bude unapred definisan. U tom smislu treba voditi računa o vremenu emitovanja poruka, kao i o frekvenciji transmisije.

Takođe treba imati u vidu da se putem mass-media prenose jednosmerne poruke: efekat ovih poruka u ciljnoj populaciji limitiran je izborom dostupnih (ponuđenih) opcija. Efekat poruka može biti veći ako je njihov promoter osoba od poverenja u populaciji na koju se poruka odnosi. O tome svedoče i efekti anti-pušačke kampanje u SAD pre i posle javnog oglašavanja lekara po tom pitanju [citirano prema 24].

Interpersonalni kanali služe za direktno prenošenje poruka između poznatog davaoca i primaoca.

Izvor informacija je osoba od poverenja, a sam prenos je interaktivan, što olakšava usvajanje znanja, veština i razvoj motiva. Za razliku od mass-media koji daju ekstenzivan, ali često relativno mali saznanjni efekat, interpersonalni kanali za komunikaciju omogućavaju diskusiju o osetljivim i ličnim problemima zainteresovanih sagovornika (dvosmerna komunikacija); na ovaj način prenosi se iskustveno znanje, što povećava prijemčivost primaoca za informacije.

²⁶⁾ ABC model (By European Youth Center, Strasbourg)

A – (afektiv) – afektivan, zasnovan na emocijama i osećanjima, tako da motiviše i podstiče na uključivanje

B – (behavioral) – koncentrisan na ponašanje, aktuelno (koje se želi korigovati) ili ciljano (koje se želi razviti)

C – (cognitive) – saznanjno metod treba da stimuliše na saznavanje i razmišljanje.

Interpersonalni kanali obezbeđuju i druge efekte koji mogu biti presudni u izvođenju promene ponašanja. Otvorena komunikacija omogućava diferencijaciju i struktuiranje vlastitih ciljeva, kao i bolje razumevanje vlastitih mogućnosti i puteva za ostvarivanje određenih ciljeva; to može uticati na samopouzdanje i gratifikaciju, koji predstavljaju snažnu podršku promenama u ponašanju ciljne grupe.

Ovaj vid komunikacije ostvaruju se korišćenjem brojnih metoda individualnog ili grupnog rada.

Od individualnih metoda, najčešće su korišćene metode intervjuisanja i savetovanja. Iskustvo pokazuje da tzv. direktivne metode učenja nemaju naročiti učinak u promeni ponašanja, iako mogu biti korisne u prikupljanju potrebnih informacija o zavisniku, njegovom problemu i okolnostima koje ga prate. U poslednje vreme insistira se više na tzv. problemskom učenju (*»problem solving«*); ova metoda nedirektivnog učenja zasniva se na *»aktiviranju učesnika na vlastito angažovanje u traganju za rešenjima koja odgovaraju prepoznatim potrebama i definisanim ciljevima«* [30]. Komparativna prednost nedirektivnih metoda komunikacije se zasniva na motivaciji, koja proizlazi iz samopouzdanja i poverenja u uspešnost vlastitih rešenja za prevenciju datog problema.

Primena grupnih metoda zasniva se na poznatom uticaju grupe na (primarnu i sekundarnu) socijalizaciju ljudi.²⁷⁾

Zbog toga, grupne metode se smatraju *»metodom izbora«* u primarnoj prevenciji zavisnosti od droga, kod adolescenata i mladih, ali i u drugim zainteresovanim kategorijama (roditelji, socijalni radnici, edukatori).

Metode velike grupe (predavanja, konferencije, okrugli stolovi) služe pre svega za legitimizaciju problema i prenos najvažnijih informacija, odnosno razvoj stavova koji treba da podstaknu interesovanje slušalaca za rešavanje problema.

Mnogo veći efekti ostvaruju se u tzv. *»maloj grupi«* ili primenom metoda *»životne demonstracije«*.

Pored saznavnih, mala grupa ima značajne efekte na prepoznavanje vlastitih ciljeva, razvoj veština, pokretanje mehanizama motivacije, na proces formiranja ili promene ponašanja kod njenih članova.

»Dejstveni princip« male grupe je tzv. grupni proces (kompleks različitih uticaja u grupi, grupna dinamika). Green [12] sugerise da je grupa podesna za diskusiju svih aspekata problema, posebno kada postoji niska motivacija, a uticaj na ponašanje treba ostvariti u relativno kratkom roku.

Odabir adekvatnih resursa, a zatim njihova distribucija i organizacija su deo tehničkog planiranja. Resursi su humani (ljudski), tehnički i finansijski potencijali koji stoje na raspolaganju u realizaciji programa [30].

Najznačajniji deo ove etape planiranja odnosi se na odabir i upravljanje kadrovima (plan potrebnih kadrova, podela zaduženja i odgovornosti među učesnicima, potrebe za dobrovoljcima, adekvatna obuka, upravljanje) i planiranje budžeta (procenu potrebnih sredstava za izvođenje programa; troškovi istraživanja, proizvodnje i distribucije materijala, troškovi vežbanja i usavršavanja, operativni izdaci, tekući troškovi).

Za efektivno izvršenje programskih zadataka, odnosno dostizanje preventivnih ciljeva veoma je važno predvideti otpore i ograničenja (barijere, *»uska grla«*) u realizaciji. Uspesno prevazilaženje barijera zavisi od adekvatne pripreme. U tom smislu, naročito je važno imati u vidu gde se preventivna intervencija kosi sa

²⁷⁾ Grupe se formiraju i postoje spontano: nekad, one predstavljaju trajne oblike organizovanja društva i zajednice (porodica) ili se (češće) formiraju sa određenom namerom ili ciljem. U miljeu generacijske supkulture, grupa vršnjaka je najuticajniji faktor ponašanja adolescenata i mladih.

socijalnim normama i stavovima političkih (državnih i društvenih), javnih, crkvenih i drugih autoriteta, kakav je uticaj tabua i socijalne stigme, kakva su finansijska i komunikativna ograničenja.

Razmatranje alternativa za rešavanje određenog problema treba da rezultuje jasnom formulacijom aktivnosti i očekivanog uticaja na rešavanje problema, odnosno ispunjenje ciljeva, kao i preciziranjem rokova, definisanjem pokazatelja za evaulaciju naprekta u dostizanju ciljeva, utvrđivanjem odgovarajućih mehanizama kontrole i evaulacije; izbor najpovoljnijih rešenja treba da bude učinjen tek posle provere različitih mogućnosti.

Plan akcije koji iz toga proizlazi predstavlja specifikaciju logički povezanih aktivnosti, metoda, izvršilaca i rokova; plan (glavnih i pratećih) aktivnosti sadrži precizno određenu odgovornost za izvršenje pojedinih zadataka, realizaciju planirane podrške, planove za povećanje podrške, efekat koji se očekuje od izvršenja i relativni značaj za dostizanje završnih ciljeva, mesta za uključivanje zajednice i korisnika, način komplementarnog povezivanja s aktivnostima drugih institucija ili postojećim programima [30].

Implementacija programa započinje njegovom promocijom, oni služe podizanju svesti zajednice, odnosno njenoj senzibilizaciji. Najadekvatniji efekat u tom smislu postiže se kroz informativne aktivnosti i socijalni marketing.

Za socijalnu mobilizaciju potrebno je, međutim, mnogo više od toga. Veliki značaj u tom smislu imaju:

- izgradnja savezništava (aktuelnih i potencijalnih) sa lokalnim zajednicama, vlastima i potencijalnim promotorima problema/programa;

- obezbeđenje podrške/pokroviteljstva roditelja, mladih ljudi, ličnosti javnog života sa kojima se indetifikuje ciljna populacija, grupa i organizacija mladih, medija;

- stvaranje senzitiviteta u zajednici, izgradnja stabilnih veza, podsticaj integracije, isticanje dobrih primera, izgradnja samopouzdanja, razvoj poverenja, tolerancije [15,28].

Sa stanovišta upravljanja programom, najvažniji zadatak se odnosi na stvaranje i održavanje situacije (klime) u kojoj će planirane aktivnosti biti ostvarene na najbolji mogući način. U tom smislu, poseban značaj imaju odnosi sa nosiocima aktivnosti, odnosi sa javnošću, držanje tonusa, podrška i podsticaj, neophodne intervencije, donošenje odluka, kao i adekvatan monitoring (praćenje) nad izvršenjem programskih zadataka i evaluacija.

5.5. Evaluacija

Evaluacija se definiše kao kritički osvrt na dostizanje ciljeva izveden na osnovu prihvaćenih standarda. Osnovu poređenja čine predefinisani kriterijumi (ciljevi koji treba da budu dostignuti) i standardi (nivoi promena koji se žele ostvariti) [12].

Slično planiranju, evaluacija prolazi kroz sve opisane etape (problem, ponašanje, determinante, planiranje, implementacija intervencije), ali ima suprotan smer od njega [29].

Nivo evaluacije determinisan je izbornim ciljevima koji će biti predmet analize. U tom smislu važno je razlikovati programske, bihevioralne i zdravstvene ciljeve [12,30].

Evaluacija procesa (»process evaluation«) služi za analizu dostizanja programskih (administrativnih) ciljeva. Ovaj najniži nivo evaluacije odnosi se na procenu

uspešnosti implementacije pojedinih intervencija ili programa u celini: primenjuje se često na početku intervencije kao pilot-studija za procenu kulturne senzitivnosti, efektivnosti i prihvatljivosti metoda u definisanoj populaciji. U fokusu procesa evaluacije nalaze se inputi (ciljevi, zadaci, resursi), implementacijske aktivnosti (izvršenje tima, regulacija i organizacija, metode), izazvane reakcije u populaciji (zajednici).

Evaluacija uticaja programa (»impact evaluation«) odnosi se na kratkoročni efekat programa ili nekih njegovih aspekata (sadržaja) na populaciju (ponašanje) ili zajednicu (preduslovi za razvoj zavisnosti). Predmet ove evaluacije su bihevioralni ciljevi.

Evaluacija ishoda (»outcome evaluation«) odnosi se na krajnji učinak programa u definisanoj zajednici, odnosno izazvane promene u zdravstvenom statusu i kvalitetu života ciljne populacije. U tom smislu se mogu koristiti brojni pokazatelji zdravstvenog stanja (posebno, pokazatelji pozitivnog zdravlja) i razni socijalni indikatori. Ovaj pristup je najrelevantniji za ocenu prevencije u celini.

Sa stanovišta prevencije, standardi su očekivani nivo poboljšanja u socijalnim, ekonomskim, zdravstvenim, sredinskim, bihevioralnim, edukativnim, organizacionim ili političkim uslovima koji čine sadržaj njenih ciljeva. Mogu se razvijati na različite načine. Arbitrarni standardi su stvar dogovora; naučni standardi su izvedeni iz literature, kao provereno dostićni nivo; istorijski standardi se zasnivaju na iskustvu iz prethodnog perioda; normativni standardi kvantifikuju očekivano izvršenje, koristeći rutinski prikupljene podatke, kompromisni standardi se razvijaju konsenzus-procesom uz učešće administratora, naučnika, praktičara, profesionalnih organizacija i udruženja, zainteresovanih učesnika u programu.

Bez obzira na to koji će od njih biti korišćeni, treba imati u vidu dve stvari [12].

Ranije je istaknuto da učešće zainteresovanih subjekata zajednice u definisanju ciljeva prevencije (kriterija za procenu) doprinosi boljem razmatranju i usklađivanju ciljeva. Sličan efekat ima učešće nosilaca aktivnosti u razvoju standarda kojim će se meriti njihovo pridruživanje, odnosno efektivnost njihovih napora na dostizanje tih ciljeva.

Implicitni standardi kao deo iskustva učesnika i nosilaca pojedinih aktivnosti mogu biti osnova evaluacije, iako postoji rizik da izvedena ocena bude subjektivna. Eksplicitno postavljanje standarda omogućava objektivniji monitoring i doprinosi usklađivanju aktivnosti prema potrebama ciljeva (korektivni efekat).

Blagovremena evaluacija može da obezbedi korisne povratne informacije o uspešnosti preventivnog programa ili pojedinih aktivnosti. Ova podrška može biti značajna za upravljanje programom i doprineti uspešnosti prevencije u celini.

6. Umesto zaključka

Zavisnost od droga je kompleksan socijalno-medicinski problem koji se razvija i manifestuje u socijalnom miljeu zajednice. Rešavanje problema zavisnosti mora započeti u istom prostoru, adekvatnom dijagnozom zajednice i razvojem programa zavisnih na potrebama zajednice. U sveobuhvatnom tretmanu zavisnosti, dalekosežno najveći značaj imaju programi primarne prevencije, koji se zasnivaju na angažovanju čitave zajednice, a ne samo zdravstvene službe.

Ovim radom smo pokušali da prikazemo iskustva drugih zemalja opisana u dostupnoj literaturi. Polazeći od specifičnosti našeg sociokulturnog miljea i iskustva Zavoda za bolesti zavisnosti kao referentne ustanove, nastojali smo da izdiferen-

ćiramo najprikladnije modele za sistemsko rešavanje problema zavisnosti od droga u našoj sredini.

Primarnu prevenciju zavisnosti od droga okrenutu ka unapređenju zdravlja i minimizaciji rizika, odnosno povećanju socioekološkog odbrambenog potencijala zajednice autori prepoznaju kao najcelishodniji pristup u tom smislu. Ona mora imati karakter konzistentno organizovane i vođene aktivnosti, zasnovane na sadržajima koji fokusiraju širi kontekst problema, usmereni su na definisane grupe, a zasnovani na organizaciji čitave zajednice. Ovim radom, autori su definisali stručno-metodološki okvir primarne prevencije zavisnosti od droga u našoj zemlji.

Literatura

1. Grant M., Hodgson R. *Responding to drug and alcohol problems in the community*. WHO: Geneva, 1991.
2. Hubbard R. L., Desjarnais D. C.: *Alcohol and drug abuse*. In: Holland WW, Detels R, Knox G Eds. *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford University Press, Oxford New York Toronto, 1991; 523-37.
3. Gossop M., Grant M. *Preventing and controlling drug abuse*. WHO. Geneva, 1990.
4. 1984 National Strategy for prevention of Drug Abuse and Drug Trafficking. Drug Abuse Policy Office, Office for Policy Development, The White House, Washington. 1984.
5. Nenadović M., Đukanović B., Milovanović D. i ost. *Strukturalne razlike između dispanzerski i bolnički lečenih narkomana po starosti i polu*. Alkoholizam. 1993, 17 (3-4): 25-36.
6. Neutbeam D. *Understanding children behaviour*. Social Science and Medicine. 1989. 29 (3): 317-325.
7. Stark M. J., Campbell B. K. *Personality, Drug Use and Early Attrition from Substance Abuse Treatment*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1988; 14 (4): 475-486.
8. Simić J., *Represivne mere u suzbijanju zloupotrebe opojnih droga*. U: Društveni, pravni i medicinski problemi zavisnosti od droga. Savez pravnika SR Srbije. Beograd 1981. 41.
9. Smart R. G., Arif A., Hughes P. H. et. al. *Drug Use among non-student youth*. Offset publication No.60, WHO, Geneva, 1981.
10. Huffine CL, Folkman S, Lazarus RS. *Psychoactive Drugs, Alcohol and Stress and Coping Processes in Older Adults*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1989; 15 (1): 101-13.
11. Holden MG., Brown SA., Mott MA. *Social Support Network of Adolescents: Relation to Family Alcohol Abuse*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1988; 14 (4): 487-98.
12. Green LW., Kreuter MW. *Health Promotion Planning - An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishin Company. Mountain View, Toronto, London, 1991.
13. Brenner H., Hernando-Briongos P., Goos C. *AIDS Among Drug Abusers in Europe, Review of recent developments*, WHO Regional Office for Europe, Denmark. 1991.
14. International Narcotics Control Board - Vienna. *Narcotics Drugs. Estimated World Requirements for 1994, Statistics for 1992*. UN Vienna 1993.
15. Intersectorial Action for Health. *Technical discussions. Background document*. WHO: Geneva, 1986.
16. WHO Expert Committee on drug dependence. *Twenty-seventh Report*. WHO Technical Report Series 808, WHO, Geneva 1991.
17. Nenadović M., Vesel J., Paunović R., i ost. *Heptanon-lek ili zabluda*. Alkoholizam, 1994. 18 (3-4): 41-51.
18. Kapor G. *Metadon u tretiranju narkomanije*. Vojnosanitetski pregled. 1976. 33 (4): 261-266.

19. Budd RD. *Cocaine Abuse and Violent Death*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1988; 15 (4): 375-82.
20. Nenadović M., Đukanović B., Milovanović D. i ost. *Klaster analiza dispanzerski i bolnički lečenih narkomana*. Alkoholizam. 1994. 18 (1-2): 27-44.
21. Health Promotion in The Workplace: *Alcohol and Drug Abuse*. Report of a WHO Expert Committee, WHO Technical Report Series 833, WHO, Geneva 1993.
22. Jaffe J., Petersen P., Hodgson R. *Ovisnosti*. Globus. Zagreb. 1986.
23. Leavell A., Clark E. *Preventivna medicina za lekara u njegovoj komuni*. Vuk Karadžić, Beograd, 1971.
24. Gourlan S. G., Hill D. J., *Smoking Cessation Strategies*. In: McNeil J. J. King R. W. F. Jennings G. L. Powles J. W. *A Textbook of Preventive Medicine*. Edward Arnold. Melbourne-London-New York-Auckland. 1990.
25. Neutbeam D. *The Life style concept and Health education with young people*. World Health Statistics Quarterly. 1991. 14:55-61.
26. McAlister A. L., Puska P., Orlandi M. et al. *Behaviour modification: Principles and Illustrations*, In: Holland WW, Detels R, Knox G Eds. *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press, Oxford New York Toronto, 1991. 4-15.
27. The Nordic School of Public Health: Rights, Roles and Responsibilities: A View on Youth and Health from the Nordic Countries. Technical Discussion Report. 1989.
28. Abelin T.: *Health Promotion*. In: Holland WW, Detels., Knox G Eds. *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press, Oxford New York Toronto, 1991. 557-89.
29. Buning E., Des Jarlais D.: *Promoting safer sex among injecting drug users*. In: Heller T, Davey B, Bailly L. Eds. *Reducing the risk*. Hodder and Stoughton. London, England, 1989.
30. Taylor M. *Training Courses resource file – Evaluation*, European Youth Centre, Strasbourg 1991.
31. Iacocca L., Novak W. *Autohioigrafija*. Globus. Zagreb, 1987.