

# KVALITETA ŽIVOTA I PSIHOSOCIJALNO FUNKCIONIRANJE KOD OBOLJELIH OD BOLESTI OVISNOSTI

---

Fanjkuć, Vlatka

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:764469>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-01**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO  
PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA

Vlatka Fanjkutić

"KVALITETA ŽIVOTA I PSIHOSOCIJALNO FUNKCIONIRANJE OBOLJELIH OD  
BOLESTI OVISNOSTI"

**Diplomski rad**

Rijeka, srpanj 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING  
PROMOTION AND PROTECTION OF MENTAL HEALTH

Vlatka Fanjkutić

"QUALITY OF LIFE AND PSYHOSOCIAL FUNCTIONING IN ADDICTION  
DISORDERS"

**Final work**

Rijeka, july 2021.

Mentor rada: izv.prof.dr.sc. Ika Rončević-Gržeta, dr. med.

Komentor rada: dr.sc. Tanja Grahovac Juretić, dr. med.

Diplomski rad obranjen dana\_\_\_\_\_2021. godine, u/na\_\_\_\_\_

pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Rad se sastoji od 68 stranica, 7 tablica, 7 slika i 72 literarna navoda.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem mentorici izv.prof.dr.sc. Iki Rončević – Gržeta, dr. med. i komentorici dr.sc. Tanji Grahovac Juretić, dr. med. na pomoći i podršci tijekom pisanja ovog rada.

Zahvaljujem obitelji, prijateljima i kolegama na pomoći i podršci.

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. OVISNOST O ALKOHOLU .....	2
1.1.1. Epidemiologija ovisnosti o alkoholu .....	3
1.1.2. Etiologija ovisnosti o alkoholu .....	3
1.1.3. Podtipovi ovisnosti o alkoholu .....	4
1.1.4. Dijagnoza ovisnosti o alkoholu .....	7
1.1.5. Klinička slika ovisnosti o alkoholu .....	7
1.1.6. Liječenje ovisnosti o alkoholu .....	8
1.2. OVISNOST O VIŠE RAZLIČITIH PSIHOAKTIVNIH TVARI .....	9
1.2.1. Epidemiologija ovisnosti o više psihoaktivnih tvari .....	10
1.2.2. Etiologija ovisnosti o više psihoaktivnih tvari .....	11
1.2.3. Klinička slika ovisnosti o psihoaktivnim tvarima .....	12
1.2.4. Dijagnoza i liječenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima .....	13
1.3. KVALITETA ŽIVOTA .....	14
1.3.1. Kvaliteta života ovisnika o alkoholu .....	15
1.3.2. Kvaliteta života ovisnika o više psihoaktivnih tvari .....	16
1.4.1. Definiranje psihosocijalnog funkcioniranja .....	18
1.4.2. Liječenje i psihosocijalna rehabilitacija .....	18
2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	22
2.1. CILJ ISTRAŽIVANJA .....	22
2.2. HIPOTEZA .....	22
3. METODE RADA I ISPITANICI .....	23
3.1. POSTUPAK I ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA .....	24
3.2. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA .....	24
4. REZULTATI .....	25
5. RASPRAVA .....	37
6. OGRANIČENJA U ISTRAŽIVANJU .....	43

7. ZAKLJUČAK .....	44
8. LITERATURA.....	45
9. PRILOZI.....	52
ŽIVOTOPIS .....	68

## SAŽETAK

Ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima djeluje razarajuće na čovjekove kognitivne, fizičke i socijalne sposobnosti. Konzumiranje alkohola i droga započinje iz različitih razloga. Slijedom učestale upotrebe istih može se razviti ovisnost. Ovisnost karakteriziraju promjene u ponašanju, gubitak socijalnog kontakta i psihofizičko propadanje osobe. Ovi čimbenici ujedno su i rizični čimbenici i rezultiraju pogoršanjem kvalitete života. Loša kvaliteta života jedan je od glavnih pokretača za liječenje i apstinenciju. Cilj ovoga istraživanja bio je utvrditi razlike u ponašanju i funkcioniranju između ovisnika o alkoholu i ovisnika o psihoaktivnim tvarima te utvrditi razlike u percepciji kvalitete života.

Istraživanje je provedeno na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Rezultati ovog istraživanja su poznate činjenice o obrascima ponašanja ovih dviju skupina ovisnika i o drugim čimbenicima koji utječu na psihosocijalno funkcioniranje ovisnika. Dobiveni rezultati potvrđuju da u kognitivnom, fizičkom i socijalnom funkcioniranju pojedinaca iz navedenih dviju skupina nema značajnih razlika, jer „zajednički nazivnik“ njihovog problema je loša kvaliteta života koja može biti i okidač i rezultat ovisničkog ponašanja.

**Ključne riječi:** kvaliteta života, ovisnost, ovisnost o alkoholu, psihoaktivne tvari



## **Abstract**

### **(Quality of life and psychosocial functioning in addiction diseases)**

Any addiction, whether alcohol or psychoactive substances has a devastating effect on a person's cognitive, physical and social abilities. The beginnings of alcohol and drug consumption occur for various reasons and as a result of the frequent use, addiction is created which is characterized by a changing behavior, loss of social contact and psychophysical deterioration of the person. There is factors lead to poor quality of life which is one of the main drivers of abstinence and treatment whose consistency ultimately results in a better quality of life. The aim of this study was to determine that there are no differences in behavior and functioning between alcoholics and psychoactive substance addicts and that quality of life and psychosocial functioning are equally poor in alcoholics and psychoactive substance addicts. There search was conducted at the Clinic for Psychiatry of the Clinical Hospital Center Rijeka in an outpatient program that includes daily therapy of alcoholism and other addictions, the Club of Treated Alcoholics (KLA) at the Clinic for Psychiatryan and out patient clinic for alcoholism and other addictions. Through the collected data of this research, known facts about the patterns of behavior of the groups of addicts as well as knowledge about other factors that affect the psychosocial functioning of addicts it is concluded that in cognitive, physical and social functioning of individuals from these two groups there are no significant differences. The “common denominator” of their problem is poor quality of life which can be both a trigger and a result of addictive behavior.

**Keywords:** addiction, alcoholism, quality of life, psychoactive substances

## 1. UVOD

Bolesti ovisnosti su kronične bolesti karakterizirane specifičnim ponašanjem i funkcioniranjem. Zajedničko im je da aktiviraju sistem nagrade u mozgu koji je „zadužen“ za potkrepljivanje ponašanja i pamćenja. Na psihološko funkcioniranje svakog ovisnika utječe nekoliko čimbenika: psihoaktivne tvari, biološki i okolinski čimbenici te obilježja ličnosti ovisnika. Navedeni čimbenici u stalnoj su međusobnoj interakciji i imaju učinak na obiteljsku dinamiku, radno funkcioniranje te interpersonalne, odnosno socijalne interakcije u cjelini (1). Po prepoznatljivom obrascu ovisničkog ponašanja, ali i predrasudama društva u cjelini ovisnici su često percipirani kao društveno nekorisni, predstavljaju teret i prijetnju društvu te su stoga i marginalizirani. Kvaliteta života i razina psihosocijalnog funkcioniranja kod oboljelih od bolesti ovisnosti značajno je narušena i jedan je od presudnih čimbenika za prihvaćanje liječenja i održavanje apstinencije.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) kvalitetu života definira kao pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu (World Health Organization 1999.). Kod ovisnika su narušene subjektivna i objektivna kvaliteta života, a razina te narušenosti ovisi o brojnim osobnim i okolinskim čimbenicima. Subjektivna kvaliteta života uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja (2). S obzirom na geografsko područje i kulturološka obilježja hrvatskog podneblja, dostupnost alkohola je velika pa je stvorena društvena prihvaćenost pijenja. Možemo govoriti o dvije vrste ovisnika, ovisnika o alkoholu i ovisnika o drugim psihoaktivnim tvarima. U javnosti je uvriježeno mišljenje da ovisnici o alkoholu bolje funkcioniraju, da im kvaliteta života nije posebno narušena jer je pijenje društveno prihvatljiv oblik ponašanja dok se za ovisnike o psihoaktivnim tvarima pretpostavlja da su teži ovisnici jer psihoaktivne tvari nisu društveno prihvaćene.

Društvena prihvatljivost alkohola potencijalno otežava prepoznavanje i pravovremeno reagiranje na ovisnost o alkoholu što posljedično dovodi do intenzivnog konzumiranja alkohola i izostanka reakcije okoline.

SZO je 1952. godine definirala ovisnost o alkoholu kao bolest. “Ovisnost o alkoholu je bolest, a ovisnik o alkoholu bolesnik kod koga se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni

poremećaji.“ Unatoč tome ovisnost o alkoholu je i danas često smatrana „stilom života.“ U kulturi koja stalno obnavlja običaje i navike pijenja, gdje je svaki događaj praćen alkoholom, gdje se narod s alkoholom rađa, živi i umire, malen je udio populacije koja ne konzumira alkohol - svega 2-8% (3). Podaci registra ovisnika o alkoholu u Republici Hrvatskoj ukazuju da 25% muškaraca i 10% žena prekomjerno konzumira alkohol te da 3,5-4% populacije boluje od ovisnosti o alkoholu (4). Ovi podaci tek djelomično prikazuju problem ovisnosti o alkoholu u Hrvatskoj. Razlog tome je činjenica da brojni ovisnici o alkoholu zbog društvene prihvatljivosti alkohola nikada nisu identificirani kao ovisnici o alkoholu (5).

Kada se govori o upotrebi psihoaktivnih supstanci, govori se ovisnosti odnosno poremećaju izazvanom korištenjem dvije ili više psihoaktivnih tvari za koje se ne može točno procijeniti koja više doprinosi nastalom poremećaju. U tu kategoriju ubrajaju se korisnici psihoaktivnih tvari koji nisu sigurni u sastav supstance koju konzumiraju kao i ovisnici o drogama (5). Podaci Europskog centra za nadzor droga i ovisnosti o drogama ukazuju da otprilike 96 milijuna odraslih osoba (od 15 – 64 godine) proba neku od nezakonitih droga tijekom života, a procjenjuje se da godišnje 1,2 milijuna ljudi započinje tretman ovisnosti zbog uporabe nezakonitih droga (28 država članica EU-a). Danas je ovisnost o više psihoaktivnih tvari vrlo zastupljena u društvu što se potvrđuje svakodnevnim pojavom novih psihoaktivnih supstanci čiji je sastav upitan te kao takve imaju sve veće ciljano tržište (6).

### *1.1. OVISNOST O ALKOHOLU*

*„Ovisnost o alkoholu je bolest, a ovisnik o alkoholu je bolesnik kod kojeg zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji“ (SZO). Unatoč navedenom i danas nije rijetkost da se na ovisnost o alkoholu gleda kao na stil života, a ne kao na bolest“ (3).*

Prema novom izdanju klasifikacije DSM-5 ne postoji posebna klasifikacija za štetnu uporabu alkohola i ovisnost o alkoholu već su sve ovisnosti o psihoaktivnim tvarima svedene u jedinstvenu dijagnostičku *kategoriju poremećaja uzrokovanih uzimanjem*, u ovom slučaju alkohola i potpuno se izostavlja termin ovisnost (5).

Danas postoje različite definicije ovisnosti o alkoholu, no ono što im je zajedničko jest da prekomjerno konzumiranje alkohola dovodi do fizičkih, psihičkih te socijalnih problema i značajno narušene kvalitete života.

### *1.1.1. Epidemiologija ovisnosti o alkoholu*

Ovisnost o alkoholu je na globalnoj razini veliki socijalno-medicinski problem te se procjenjuje da ovisnost o alkoholu predstavlja treći najveći faktor rizika za nastanak bolesti i invalidnosti (kardiovaskularne bolesti, karcinom, ciroza jetre, depresija, anksioznost i dr.) (7). Ovisnost o alkoholu značajan je javno zdravstveni problem koji je po učestalosti odmah iza ovisnosti o kofeinu i nikotinu i „stavljen u drugi plan“ zbog percepcije društva (8).

Procjenjuje se da u Hrvatskoj od alkoholne ovisnosti boluje oko 3,5-4% ukupne populacije (250.000 ovisnika o alkoholu). Od toga 50.000 čine žene. Ukupan broj se ne povećava značajno u proteklih desetak godina, ali je identificiran porast mladih žena ovisnih o alkoholu i to u dobi između 16 i 24 godine. Značajan porast ovisnosti o alkoholu kod žena neki autori pripisuju posljedicama modernog načina života i negativnih posljedica emancipacije žena u društvu (8).

Društvene promjene donijele su ženama više obveza s kojima se ponekad teško mogu nositi pa često traže izlaz u alkoholu. Unatoč porastu alkoholizma među ženama one čine samo 10% liječenih ovisnika. Neki od uzroka malog postotka liječenih ovisnica o alkoholu su stigmatizacija žena ovisnica o alkoholu, njihovo brže tjelesno propadanje te predrasude obitelji i okoline. Kako bi izbjegle osudu okoline one piju same i ako ikad potraže pomoć čine to u kasnijoj životnoj dobi nego muškarci (8).

### *1.1.2. Etiologija ovisnosti o alkoholu*

U patogenezi ovisnosti o alkoholu sudjeluju genetički i okolišni čimbenici te njihov međuodnos. Bitna prekretnica u povijesti istraživanja ovisnosti o alkoholu je premisa da se znatan dio vjerojatnosti za razvijanjem ovisnosti o alkoholu može pripisati nasljedstvu, odnosno genima. Godinama je bilo poznato da određene obitelji imaju veću incidenciju ovisnosti o alkoholu. To opažanje je dovelo do sumnje da bi se ovisnost o alkoholu mogla javljati samo kod određenih obitelji. Provedene su studije s ciljem definiranja biologijskih i

psihosocijalnih čimbenika koji stvaraju predispozicije kod određene obitelji ili članova obitelji za razvijanje ovisnosti o alkoholu (7).

Kako bi se razdvojili okolišni čimbenici od genetske predispozicije, istraživanja su provedena na određenim populacijama kao npr. blizancima kod kojih su genski i okolišni čimbenici jasno razdvojeni. Jednojajčani blizanci koji dijele iste urođene značajke uspoređivani su međusobno s dvojajčanim blizancima s obzirom da i oni dijele iste nasljedne karakteristike. Sve ukazuje na to kako do ovisnosti o alkoholu dolazi pod različitim osobnim, obiteljskim i društvenim utjecajima (7).

Rezultati istraživanja pružili su dokaze da postoji genetska komponenta u definiranju rizika za ovisnost o alkoholu u određenim skupinama populacije (7). Karakteristike koje se nasljeđuju i uzrokuju ovisnost o alkoholu nisu poznate. Međutim, moguće je da osobe sklone ovisnosti o alkoholu „određuju“ specifični faktori: temperament, inicijalno diferencijalna osjetljivost za postizanje ugone alkoholom, karakteristika razvoja tolerancije nakon učestale konzumacije alkohola, metabolizam i drugo. Nasljeđivanje predispozicije za razvoj ovisnosti o alkoholu događa se na poligenskoj bazi tako da svaki gen doprinosi razvoju samo jednog dijela povećane osjetljivosti za alkohol, odnosno povećava rizik razvoja ovisnosti o alkoholu (7).

Obiteljska predispozicija za razvoj ovisnosti nije presudni faktor u razvoju ovisnosti o alkoholu. Naime, mnoge obitelji odnosno njihovi članovi ne razviju ovisnost o alkoholu unatoč genetskoj predispoziciji. Navedeno upućuje na to da i drugi faktori imaju znatnu ulogu u etiologiji ovisnosti o alkoholu. Međutim danas se ovisnost o alkoholu sve više povezuje s genetskim čimbenicima te bi navedeno trebalo uzeti u obzir kod rizičnih skupina za pojavnost ovisnosti o alkoholu (9).

Psihološki i okolišni čimbenici su ključni za razvoj ovisnosti o alkoholu. Istraživanja pokazuju da vjerovanja o pozitivnom učinku alkohola potiču naviku konzumacije alkoholnih pića. Okolina koja podržava pijeње posebno je rizična za pojavnost alkoholne ovisnosti (9).

### *1.1.3. Podtipovi ovisnosti o alkoholu*

Istraživanja kojima je predmet interesa bilo razumijevanje povezanosti genetičkih i okolišnih faktora u razvoju ovisnosti o alkoholu identificirala su dva podtipa ovisnosti o alkoholu (9).

Cloninger razlikuje tip I i tip II ovisnosti o alkoholu. Tip I ovisnosti o alkoholu zahvaća podjednako muškarce i žene te podrazumijeva prisutnost specifičnih predisponirajućih gena, ali i određene okolišne čimbenike (npr. niski socioekonomski status roditelja). Tip I ovisnosti o alkoholu karakteriziran je umjerenom do teškom zlouporabom alkohola, nastankom ovisnosti kasnije tijekom života, gubitkom samokontrole kod konzumacije alkoholnih pića te sramom i strahom zbog razvoja ovisnosti. Tip II ovisnosti o alkoholu javlja se češće kod muškaraca nego u žena. Primarno zahtijeva prisutnost predisponirajućih gena dok okolišni čimbenici nemaju značajnu ulogu u njegovu nastanku. Ovaj tip ovisnosti o alkoholu javlja se ranije (prije 25. godine života) u odnosu na Tip I te je udružen sa sociopatskim ponašanjem kao i nemogućnošću prestanka konzumacije alkohola. Ovisnici o alkoholu koji se klasificiraju kao Tip II imaju tendenciju razvoja neprestane želje za proživljavanjem novih događaja, a alkohol koriste primarno kao alat za postizanje kratkotrajne euforije (9).

E. M. Jellinek još je davne 1960. godine predstavio koncept ovisnosti o alkoholu u rangu problema koji stvara u socijalnom tako i u medicinskom kontekstu (10). Svoje koncepte Jellinek je bazirao na bogatom kliničkom iskustvu tijekom kojega je spoznao da svi ovisnici o alkoholu ne slijede isti put ovisnosti. Na osnovu iskustva elaborirao je kliničku tipologiju po kojoj se i danas razlikuju skupine ovisnika o alkoholu. Tako na primjer kod alfa i beta ovisnika o alkoholu simptomatika fizičke ovisnosti nije značajni klinički parametar za razliku od skupine ovisnika o alkoholu zvanih gama i delta kod kojih je takva simptomatika izuzetno izražena (10).

**Alfa** ovisnik o alkoholu označava najraniji stadij bolesti kojeg neki definiraju kao problem pijenja. Konzumacija alkoholnih pića kreira osobne i socijalne probleme, no prestanak konzumacije u toj fazi je moguć. Pojedinci koji spadaju u alfa ovisnike o alkoholu kontroliraju svoju konzumaciju alkohola. Ova ovisnost predstavlja fiziološku ovisnost o alkoholu, ali ne predstavlja i fizičku ovisnost. Drugim riječima, ovisnici u ovom stadiju ne iskazuju gubitak kontrole u konzumaciji alkohola, a prestanak konzumacije je jednostavan i ovisi o volji konzumenta. Jedan od glavnih indikatora ovog tipa ovisnosti o alkoholu je sklonost konzumaciji alkohola kada osobe imaju izražene životne probleme te se naziva sekundarna ovisnost o alkoholu. Kod ovih osoba bitno je identificirati ključne rizične faktore te djelovati na prevenciji ovisnosti.

**Beta** ovisnici o alkoholu mogu iskazivati fizičke manifestacije koji se pripisuju ovisnosti o alkoholu. Naime, mogu obolijevati od ciroze jetre, polineuropatije ili drugih medicinskih

stanja. Osobe alkohol piju svakodnevno u ekscesivnim količinama, no ne smatraju se ovisnicima o alkoholu. Sve te bolesti treba uzeti u obzir kod određivanja terapijskog pristupa.

Osoba koja je **gama** ovisnik o alkoholu nema kontrole nad konzumacijom alkohola te prema Jellineku te osobe boluju od bolesti ovisnosti o alkoholu. Gama tip ovisnosti o alkoholu okarakteriziran je mnogim promjenama u mozgu kao i unutar staničnih struktura. Javlja se povećana tolerancija na alkohol, a uslijed prestanka konzumacije alkohola dolazi do sindroma ustezanja. Gama ovisnici pokazuju obje vrste ovisnosti: fiziološku i fizičku ovisnost o alkoholu.

**Delta** ovisnik o alkoholu dijeli mnoga obilježja s gama ovisnikom o alkoholu, a razlikuju se po tome što delta ovisnik ne može odoljeti konzumaciji alkohola prije nego što izgubi kontrolu u konzumaciji alkohola. Kod delta ovisnosti o alkoholu uz psihološku prisutna je i fizička ovisnost o alkoholu. Simptomi apstinencijske krize su glavni problem za osobe kod delta ovisnosti o alkoholu, a konzumacija alkohola za njih postaje načinom života.

Najprogresivniju kategoriju ovisnosti o alkoholu predstavlja **epsilon** ovisnost o alkoholu koja se manifestira kao dipsomanija ili periodična ovisnost o alkoholu (11). Iako ova kategorija opisuje najteži oblik ovisnosti o alkoholu, važno je napomenuti da ni prethodno navedene blaže varijante ovisnosti o alkoholu ne treba smatrati beznačajnima. Naprotiv, za svaku od navedenih faza ovisnosti potrebno je terapijsko liječenje sukladno simptomima i ponašanju.

Nadovezujući se na Jellinekove kategorije alkoholne ovisnosti, Vladimir Hudolin, hrvatski alkoholog, dodao je i kategoriju **zeta** ovisnika o alkoholu čija je glavna karakteristika agresivnost u etiliziranom stanju (12).

Nadalje, ovisnost o alkoholu može se klasificirati u tri stupnja ovisno o broju simptoma koje osoba osjeća te onda govorimo o blagom, umjerenom i teškom stupanju ovisno o broju simptoma koje osoba osjeća. Neki od očiglednih simptoma su nemogućnost ograničavanja količine konzumiranog alkohola, neuspjeli pokušaji prestanka pijenja alkohola, trošenje puno vremena u nabavku alkohola, konzumaciju te oporavak od iste, žudnja za pijenjem alkohola, nemogućnost obavljanja osnovnih obveza zbog repetitivne konzumacije alkohola te nastavak konzumacije unatoč svjesnosti o stvaranju fizičkih, socijalnih i interpersonalnih problema (12). Naposljetku, svi ovi navedeni simptomi zahtijevaju pristup liječenju koje je prilagođeno tipu ovisnosti o alkoholu i okolinskim čimbenicima.

#### *1.1.4. Dijagnoza ovisnosti o alkoholu*

Ovisnost o alkoholu često ostaje nedijagnosticirana, stoga globalno predstavlja veliki problem zbog nemogućnosti pružanja adekvatne terapije. Pojedini pacijenti liječniku uskraćuju informacije o svojem pijenju i time otežavaju svoje liječenje. Uskraćivanje informacija može biti uzrok brojnih poteškoća poput nedostatnih informacija o medicinskom i psihijatrijskom stanju pacijenta, potencijalnih kirurških komplikacija, neočekivanog nastupa sindroma ustezanja, neželjenih interakcija s lijekovima te nemogućnosti prevencije štetnog utjecaja alkohola na fetus u slučaju trudnoće. Simptomi koji ukazuju na moguće probleme pijenja ili ovisnosti o alkoholu su rekurentne intoksikacije, mučnina, znojenje, tahikardija, amnestičke epizode, učestale promjene raspoloženja, depresija, anksioznost, nesаница, kronični umor, generalizirana epilepsija, halucinacije, delirium tremens, dijareja, hematemeza, žutica, tremor i erektilna disfunkcija (13).

U praksi često imamo priliku vidjeti ovisnike o alkoholu koji na liječenje dolaze u akutnoj fazi bolesti s izraženim apstinencijskim sindromom. Tada se liječenje provodi na psihijatrijskim odjelima dok se ne uklone apstinencijski simptomi, nakon čega ovisnike uključuje u kompleksni psihosocijalni tretman u trajanju od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci.

#### *1.1.5. Klinička slika ovisnosti o alkoholu*

Ovisnost o alkoholu definira se kao primarna kronična bolest s genetičkim, psihosocijalnim i okolišnim faktorima koji utječu na njenu patogenezu i manifestaciju. Ovisnost o alkoholu je često progresivna i fatalna. Karakterizirana je odstupanjima u ponašanju ili simptomima ovisnosti: preokupacija alkoholom, oslabljena kontrola nad konzumacijom, konzumacija unatoč mnogim negativnim posljedicama i iskrivljeno mišljenje - najčešće poricanje. Svaki od tih simptoma se može javljati kontinuirano ili periodično (14). Osoba ovisna o alkoholu, ne mora nužno imati kontinuirane simptome ovisnosti.

U medicinskom kontekstu ovisnost o alkoholu dijagnosticira se kada su kod osobe prisutna dva ili više prethodno navedena simptoma kao što su: jaka želja za alkoholom, pijenje velike količine alkohola kroz dugi vremenski period, poteškoće s prestankom konzumacije alkohola, fokus na nabavku i konzumaciju alkohola što rezultira neispunjavanjem svakodnevnih



obaveza. Rizik za razvoj ovisnosti o alkoholu počinje s konzumacijom malih količina alkoholnih pića te se proporcionalno povećava s količinom konzumiranog alkohola (15).

Iako alkohol zahvaća gotovo sve tjelesne organe, najčešći predmet interesa je njegov utjecaj na ljudski mozak. Posljedice štetnog djelovanja alkohola na organizam su *intoksikacija* te fenomeni *tolerancije* i *ovisnosti*. Tolerancija je sposobnost mozga da se prilagodi na prisutnost alkohola tako da je za postizanje ugone potrebna kvantitativno veća količina alkohola (9).

Razvoj tolerancije povećava rizik za razvoj ovisnosti o alkoholu zbog potrebe konzumacije sve većih količina alkoholnih pića kako bi se postigao istovjetan osjećaj zadovoljstva. Dugoročne zlorabe alkoholnih pića obzirom da se živčani sustav prilagodi svojom strukturom i funkcijom na prisutnost etanola, a njegova odsutnost uzrokuje reakciju ustezanja obilježje je fenomena ovisnosti (9). Terapijski pristup ovisniku o alkoholu treba se temeljiti na tipu ovisnosti o alkoholu, odnosno na vrsti ovisnosti od koje pojedinac boluje.

Prema Jellineku, razvoj izražene želje za alkoholom te gubitak kontrole i nemogućnost ustezanja od konzumacije alkoholnih pića pogoršavaju štetan utjecaj alkohola na organizam te ustrajanje u apstinenciji čine kompleksnijim (16).

#### *1.1.6. Liječenje ovisnosti o alkoholu*

Liječenje ovisnosti o alkoholu provodi se kroz socioterapijske programe koji obavezno uključuju članove njihovih obitelji kao prvi stup potpore u liječenju i razumijevanja bolesti ovisnosti o alkoholu (3). Terapijski pristup, empatija terapijskog tima i aktivno sudjelovanje obitelji ima pozitivan učinak na proces liječenja kao i trajniju apstinenciju ovisnika o alkoholu.

Najpoznatiji pristup liječenju je Hudolinov socijalno psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkoholologije, koji obuhvaća: ovisnika o alkoholu, njegovu obitelj i najužu radnu sredinu. Postupci su usmjereni na prihvaćanje bolesti, edukaciju okoline i obitelji te usvajanje novih obrazaca ponašanja i to sve kroz period od pet godina. S obzirom na dugotrajnost liječenja, ovisnik i član obitelji obavezno se upućuju u klub liječenih alkoholičara (KLA) na nastavak psihosocijalnog tretmana.

Bolničko liječenje uključuje stacionarno liječenje u psihijatrijskim bolnicama i odjelima te se provodi kroz dnevne bolnice i vikend programe. Izvanbolničko liječenje uključuje dolazak u

ambulantni program dva do tri puta tjedno te obiteljsku i grupnu terapiju i uključivanje u KLA (3).

## *1.2. OVISNOST O VIŠE RAZLIČITIH PSIHOAKTIVNIH TVARI*

Ovisnost o više različitih psihoaktivnih tvari je maladaptivni obrazac korištenja više sredstava ovisnosti, a koji dovodi do klinički značajnog distresa. Manifestira se simptomima poput snažne želje za konzumacijom droga u velikim količinama, gubitkom volje za obavljanjem svakodnevnih zadataka, redukcijom socijalnih kontakata te fenomenom tolerancije i ovisnosti. Svrstava se u poremećaje ovisnosti koji uključuju široki spektar ovisnosti i zlouporabe opojnih sredstava (5). Ovaj vid ovisnosti posebno je štetan jer dovodi do brojnih razarajućih posljedica, kako za pojedinca ovisnika i njegovu/njezinu obitelj, tako i za društvo u cjelini.

Pod pojmom ovisnost o više psihoaktivnih tvari (tzv. politoksikomanija) podrazumijeva se konzumacija više različitih sredstava ovisnosti bez liječničkih indikacija. Pritom se kod osobe razvijaju paralelne ovisnosti koje se moraju i zasebno liječiti kao na primjer ovisnost o opijatima i nikotinu. U praksi se najčešće susreće zlouporaba opijata s benzodiazepinima /hipnoticima, a potom kombinacije opojnih sredstava s alkoholom (17). Ovakav pristup konzumiranju psihoaktivnih supstanci prisutan je u razvijenom suvremenom društvu.

Ovisnost o više psihoaktivnih supstanci može se definirati kao korištenje mnogih sredstava ovisnosti čiji se učinak preklapa istovremeno (ili u vremenski bliskim razdobljima). Pri tome se učinak često potencira te kod ovisnika uzrokuje značajan osjećaj euforije (18). Njemačka studija iz 2004. godine pokazuje da je 87,8% ispitanika koji su imali iskustva s korištenjem alkohola i kanabisa konzumiralo i njihovu kombinaciju (19).

Korištena sredstava ovisnosti odnose se poglavito na ilegalne droge, ali i alkohol, duhan, lijekove i energetska pića. Kombinacije droga koje su korištene kod pokušaja suicida i predoziranja ukazuju na to da njihovo korištenje ima ozbiljne posljedice na zdravlje konzumenta. Često korištene kombinacije su barbiturati s alkoholom ili opijatima kao što su heroin ili metadon, ecstasy s alkoholom kao i istovremena konzumacija različitih psihostimulansa uključujući i energetska pića. Kombiniranje više sredstava ovisnosti najčešće se manifestira hiperaktivnošću simpatikusa (dio autonomnog živčanog sustava) što dovodi do poremećaja funkcije kardiovaskularnog sustava. Ovisnici povezani s polivalentnim

korištenjem droga načelno se dijele u dvije velike skupine: *problematicni konzumenti* (kronično ovisni, oni koji koriste najčešće opijate i druge intravenske droge) te *periodični konzumenti* (nisu ovisni, konzumiraju višebrojne droge samo u specifičnim situacijama ili životnim razdobljima) (20).

### *1.2.1. Epidemiologija ovisnosti o više psihoaktivnih tvari*

U Europskom izvješću o drogama iz 2020. godine procjenjuje se da je u Europskoj uniji tijekom života otprilike 96 milijuna ili 29% odraslih osoba u dobi od 15 do 64 godine probalo nezakonite psihoaktivne tvari. Konzumacija psihoaktivnih tvari češća je kod muškaraca (57,8 milijuna) nego kod žena (38,3 milijuna). Procjenjuje se da je u 2019. godini 19,1 milijun mladih odraslih osoba u dobi od 15 do 34 godine konzumiralo psihoaktivne tvari (26%). Broj muškaraca koji su konzumirali psihoaktivne tvari u 2019. godini bio je dvostruko veći od broja žena (21).

U 2019. godini u Hrvatskoj je na liječenje od ovisnosti o psihoaktivnim tvarima došlo 6.858 osoba što je 97 osoba više nego 2018. godine. Od ukupno liječenih, 5.338 uzimalo je opijate (77,8%), a njih 1.520 druga psihoaktivna sredstva (22,2%). Omjer uzimanih opijata i ne opijata nije se previše mijenjao u odnosu na prethodne godine (21).

Kod ovisnosti o više psihoaktivnih tvari postoji i pojava „rascjepa“ između spolova. Pacijenti na terapiji većim su dijelom muškarci koji koriste heroin u kombinaciji s opijatima ili kokainom i alkoholom dok žene koriste psihostimulanse u kombinaciji s kanabisom ili hipnoticima/sedativima. Iz ovog proizlazi da muškarci posežu za „težim“, a žene za „lakšim“ drogama. Iako je takvo ponašanje zabrinjavajuće kod svake dobne skupine, potrebno je naglasiti sve mlađu životnu dob korisnika psihoaktivnih tvari (u prosjeku između 15 i 24 godine života) pa je očigledno da su spol i dob korisnika psihoaktivnih tvari važni čimbenici u terapijskom pristupu ovisnicima (20).

Najčešće korištena sredstva ovisnosti u periodičnom obrascu konzumacije su alkohol, kanabis i psihostimulansi. U studiji provedenoj na razini europskih zemalja ispitivane su navike korisnika droga u noćnim izlascima. Rezultati su pokazali da više od polovice konzumenata potječe iz tehno scene, odnosno da istovremeno koriste alkohol, kanabis te ecstasy (20). Uvjetuje li takav vid glazbe visoku razinu energije koja se postiže konzumacijom droga ili

konzumacija droga potiče takav oblik ponašanja? Bilo bi neprimjereno sa sigurnošću tvrditi da jedno proizlazi iz drugog, ali poučeni iskustvom post festivalskih razdoblja primijećen je porast konzumacije psihoaktivnih sredstava na zabranjenom tržištu preprodaje, promjena mentalnog statusa mlađe populacije kao i stanje uništene okoline u kojoj su se održavali istoimeni festivali. Dodajmo da konzumacija alkohola u kombinaciji s drugim sredstvima ovisnosti u ovisnika o više različitih psihoaktivnih tvari daje poseban „začin“ euforičnim stanjima (21). Budući da su ciljane skupina mlađe osobe, važno je djelovati na mjestima gdje se one okupljaju i gdje je izloženost ovoj vrsti ovisnosti veća.

Klinička istraživanja pokazuju da simultana konzumacija kokaina i heroina (i.e. speedball) nije potentnija od konzumacije bilo koje od ovih dviju droga zasebno, pogotovo kada su zasebne doze izuzetno visoke. No, konzumenti koriste kombinacije tih dviju droga kako bi postigli visoku razinu euforije pogotovo u slučaju kada nemaju količinski dovoljno kokaina ili heroina. Postoje naznake da je subjektivni doživljaj kokaina pojačan kod ovisnika o opijatima, no dokazano je i da kokain znatno pogoršava simptome ustezanja od opijata (22).

Ovisnost o različitim psihoaktivnim tvarima je sve urgentniji socijalno-medicinski problem jer je ovu vrstu ovisnosti mnogo teže pratiti u odnosu na ovisnost o „klasičnim drogama“ kao i supstance koje često uključuju ovisnost o tvarima koje nisu klasificirane kao droge (23).

### *1.2.2. Etiologija ovisnosti o više psihoaktivnih tvari*

Tijekom prošlog stoljeća predložene su mnoge teorije koje opisuju etiologiju zlorabe psihoaktivnih tvari. Te su teorije kategorizirane u tri glavne podskupine: socijalnu, psihološku i biološku (24). Većina studija o faktorima povezanim s ovisnošću o psihoaktivnim tvarima ima kvantitativni pristup istraživanju etiologije, a zasniva se na usporedbi osoba koje koriste psihoaktivne tvari i osoba koje ne koriste psihoaktivne tvari.

Istraživanja pokazuju da je obitelj najvažniji čimbenik rizika za zlorabu psihoaktivnih tvari kod mladih. Među svim obiteljskim čimbenicima rizika neki su istaknutiji, poput, tjelesnog kažnjavanja, nedostatka sigurnog i toplog okruženja kod kuće, slabe vezanosti djece i roditelja, uzor roditelja i gubitak roditelja. Nedostatak nadzora i praćenja djece od strane roditelja su također čimbenici rizika za pojavnost ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (25).

Riječ je o ovisnosti koju je jako važno što ranije identificirati kako bi se što prije počelo s liječenjem. Nadalje, u razvoju ovisnosti o više psihoaktivnih tvari kod mladih ljudi važan čimbenik je disfunkcionalna obitelj. Delikventno ponašanje koje se opaža kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima postojalo je i prije zloupotrebe droge, obiteljski odnosi nisu bili nužno u potpunosti uništeni i/ili emocionalno siromašni, već su stvarali pogodnu bazu za razvoj ovisničkog ponašanja. Naime, zaključeno je da odgoj bez kontrole i zabrana doprinosi manjku samopouzdanja te ograničenog procesa socijalizacije (26).

Manjkava kontrola i podrška obitelji dovode do poremećene organizacije života te izuzetno otežanog sklapanja zdravih socijalnih interakcija te posljedično okretanje polivalentnim sredstvima ovisnosti (26). Prilikom terapijskog pristupa ovisnicima bitno je uzeti u obzir i širi obiteljski kontekst ovisnika.

Disolucija, odnosno raspadanje obitelji uslijed rastuće industrijalizacije te degradacije važnosti obiteljskih interakcija jedan je od primarnih razloga za sve veću incidenciju ovisnosti o više psihoaktivnih tvari među mladima. Obitelj progresivno gubi svoju centralnu poziciju u životima mladih ljudi dok istovremeno mladi potpadaju pod utjecaj okoline u kojoj se kreću (škola, fakultet i slobodne aktivnosti). Ovisnost o psihoaktivnim tvarima kod mladih često je izazvana i vršnjačkim utjecajem (25).

U mnogobrojnim istraživanjima naglašava se važnost pozitivne obiteljske komunikacije kao zaštitnog faktora za ulazak u svijet ovisnosti i prevencije poremećaja u ponašanju, jer upravo je obitelj institucija koja treba pružiti osjećaj sigurnosti, prihvaćenosti i ljubavi za zdrav psihofizički razvoj (25).

### *1.2.3. Klinička slika ovisnosti o psihoaktivnim tvarima*

Pokazatelji loših učinaka ovisnosti o više različitih psihoaktivnih tvari bitni su za evaluaciju profila ovisnika. Definirana su dva nova parametra bazirana na šteti koja se stvara samom sebi (u eng.j.: Harm to self substance score) i šteta koja se nanosi drugima (u eng.j. : Harm to other substance score). Korištenjem informacija dobivenih putem ESPAD (u eng.j The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) anketama dobivena je povezanost ovisnosti o više različitih psihoaktivnih supstanci sa specifičnim ponašanjem u školi, u odnosu s roditeljima i korištenju slobodnog vremena (27).

S obzirom na porast ovisnosti o opijatima u populaciji raste i interes za istraživanjem kvalitete života kod osoba ovisnim o opijatima. De Maeyer i suradnici su u preglednom radu na temu kvalitete života kod ovisnika o opijatima utvrdili da ovisnici o opijatima imaju nisku kvalitetu života u usporedbi s općom populacijom. Iako dugoročni utjecaji nisu bili poznati, istraživanje je pokazalo da je liječenje pozitivno utjecalo na kvalitetu života ispitanika. Psihološki problemi, starija životna dob, ekscesivna konzumacija alkohola i drugih sredstava ovisnosti (ovisnost o više psihoaktivnih tvari) značajno su povezani s niskom kvalitetom života (27).

#### *1.2.4. Dijagnoza i liječenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima*

Dijagnosticiranje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima zahtijeva temeljitu procjenu i često uključuje procjenu psihijatra, psihologa ili ovlaštenog savjetnika za alkohol i psihoaktivne tvari. Krv, urin ili drugi laboratorijski testovi koriste se za procjenu upotrebe psihoaktivnih tvari, ali nisu dijagnostički test za ovisnost. Međutim, ovi se testovi mogu koristiti za praćenje liječenja i oporavka. Za dijagnozu poremećaja upotrebe supstanci većina stručnjaka za mentalno zdravlje koristi kriterije navedene u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5), koje je objavilo Američko psihijatrijsko udruženje (28).

Liječenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima usmjereno je na pomaganje ovisnicima da zaustave kompulzivno traženje i upotrebu psihoaktivnih tvari. Liječenje se može odvijati u raznim okruženjima, poprimiti mnogo različitih oblika i trajati različito dugo. Budući da je ovisnost o psihoaktivnim tvarima kronični poremećaj koji karakteriziraju povremeni recidivi, kratkotrajno liječenje obično nije dovoljno. Za mnoge je liječenje dugotrajan proces koji uključuje višestruke intervencije i redovito praćenje. Liječenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima je složen proces u kojem sudjeluje tim sastavljen od stručnjaka različitih profila (liječnici, socijalni radnici, medicinske sestre, psiholozi i radni terapeuti i drugi). Ono se provodi u bolnici ili izvan bolnice. Program liječenja radi se na individualnoj razini te je prilagođen dobi pojedinca, njegovom stanju, trajanju ovisnosti, vrsti ovisnosti i dr. (29).

### 1.3. KVALITETA ŽIVOTA

Pojam „kvaliteta života“ se u medicini spominje od 1948. godine kada ga je po prvi puta definiran od strane Svjetske zdravstvene organizacije. Značenje kvalitete života je široko jer se odnosi na fizičko i psihičko zdravlje, vlastita uvjerenja, socijalne odnose te je u usko povezan sa životnim ciljevima, očekivanjima i standardima osobe (30).

Dakle, Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite pozicije u životu pri čemu uzima u obzir kontekst kulture i sistema vrijednosti u kojoj osoba živi.

Kvaliteta života je koncept koji zdravlje definira ne samo kroz fizičku, psihičku i okolišnu domenu, nego ga kao pojam stavlja u odnos s percepcijom vlastitih životnih stavova (31). Drugim riječima, kvaliteta života pojedinca uvelike ovisi o njegovom/njezinom zdravstvenom stanju i obrnuto.

Prema Magee i suradnicima, četiri domene su ključne za ostvarivanje zadovoljavajuće kvalitete života: ekologija, ekonomija, politika i kultura (32). Zadovoljavajuća kvaliteta života posebno je važna kod rizičnih skupina. Integrativni model predstavljen u studiji Constranze i suradnika definira kvalitetu života kao multidimenzionalni koncept koji uključuje subjektivne i objektivne elemente u interakciji. Štoviše, pojam kvalitete života vezan je za mogućnosti koje osoba ima, a da bi zadovoljila ljudske potrebe i ovisno o svojim željama i potrebama poboljšala svoj status u društvu (33).

Uloga psihosocijalnih čimbenika u razvoju bolesti dugo vremena se nije smatrala važnom. Danas se smatra da svi procesi na mikro i makro razini doprinose razvoju zdravlja ili bolesti. U široj perspektivi, kvaliteta života je multidimenzionalni konstrukt koji ujedinjuje tjelesne, emocionalne, socijalne i duhovne komponente blagostanja, promatrano sa subjektivnog stajališta određene osobe. Prema individualiziranoj definiciji „kvalitete života“ uzimaju se u obzir zdravstveni aspekti koji utječu na njezinu bit pa se može definirati kao rezultat želja, planova i realizacije, ovisno o zdravstvenom stanju individue (34). Zdravstveno stanje, faktor koji određuje kvalitetu života, posebno je važan kod osoba koje imaju zdravstvene probleme. Također, kvaliteta života se može definirati i kao sposobnost pojedinca da ispuni svakodnevne

zadaće, da ostvari vezu s ljudima (na obostranu korist) te da ispuni očekivanja okoline u kojoj živi (35). Dakle, kvaliteta života je spoj između zadovoljavanja osobnih i socijalnih potreba.

### *1.3.1. Kvaliteta života ovisnika o alkoholu*

Ovisnost o alkoholu je kronična recidivirajuća bolest koja nastaje dugotrajnim i prekomjernim pijenjem alkohola, a kvaliteta života koncept koji je dobar za evaluaciju subjektivnih doživljaja pacijenta kao i kvantifikaciju psihosocijalnog tereta ovisnosti o alkoholu (36). Istraživanja pokazuju da ispitanici ovisni o alkoholu percipiraju nižu kvalitetu života u odnosu na one koji to nisu (37).

Nadalje, istraživanje provedeno 2018. godine evaluiralo je incidenciju psihijatrijskih bolesti i kvalitete života kod 101 pacijenata u Južnoj Africi koji su bili u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Rezultati pokazuju veliku učestalost psihijatrijskih komorbiditeta (62.4%), a većina (55.6%) je imala i više od jednog psihijatrijskog komorbiditeta. Najčešći komorbiditeti bili su promjena raspoloženja (61.9%) i anksiozni poremećaj (52.4%) (38).

Rezultati procjene kvalitete života kod pacijenata s psihijatrijskim komorbiditetima su bili niži u tri od četiri WHOQOL domene, a kvaliteta života je bila proporcionalno lošija kod osoba s različitim psihijatrijskim oboljenjima (39). Psihijatrijske bolesti bitno utječu na kvalitetu života, ali i na opće zadovoljstvo pacijenta. Sukladno tome, ovisnici o alkoholu imaju veći rizik za obolijevanje od drugih psihijatrijskih bolesti te time dolazi do progresivnog pogoršanja kvalitete života (40).

Ovisnost o alkoholu kao i svaka druga ovisnost utječe na kvalitetu života. Obzirom da se liječenje ovisnosti o alkoholu ne zasniva samo na poboljšanju kliničkih parametara, nego i sveobuhvatne kvalitete života, procjena „kvalitete života“ pacijenta je koristan čimbenik u odabiru terapijskih pristupa liječenju ovisnosti o alkoholu.

Kelly i suradnici izradili su studiju čiji je cilj bio ispitati razlike u stupnjevanju kvalitete života između pacijenata koji se liječe od ovisnosti o alkoholu, kvalitete njihovog života povezane s zlouporabom alkohola, njihovim mentalnim zdravljem te demografskim karakteristikama. Istraživanje je provedeno na 9958 osoba u New South Walesu (Australija), a koje su bile u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Prikupljeni su podaci o njihovoj kvaliteti života, konzumaciji alkohola i psihološkom stresu. Identificirane su tri različite subgrupe (niska,



umjeren, visoka), a u međudnosu su se razlikovale po individualnim karakteristikama pacijenata te psihološkom stresu kroz koji su prolazili. Učestalija i obilnija konzumacija alkohola te veći psihološki stres bili su evidentni u podgrupi niske kvalitete života, a s višom kvalitetom života (umjeren i visoka) navedeni parametri bili su znatno povoljniji. Identifikacija podgrupa ispitanika na temelju procjene njihove kvalitete života se može koristiti kao parametar za odabir optimalne terapije (41). Razumijevanje psihopatologije koja prati ovisnost o alkoholu je izuzetno bitna s obzirom da određene psihopatologije imaju negativan učinak na kvalitetu života sa posljedično lošim učinkom na daljnji proces liječenja i oporavka.

Forster, Peters i Marshall proveli su istraživanje s fokusom na ispitivanje kvalitete života kod pacijenata nakon liječenja ovisnosti o alkoholu. Jedina statistički bitna promjena dobivena je u količini konzumiranog alkohola na tjednoj bazi, te je smanjena konzumacija značajno povezana s poboljšanjem kvalitete života kod ovisnika (42).

Pregledni rad Donovana iz 2015. godine ukazuje na povezanost ovisnosti o alkoholu i loše kvalitete života. Ljudi koji često prekomjerno piju ili oni koji piju po dipsomanskom tipu imaju znatno nižu kvalitetu života u usporedbi s općom populacijom ili s pacijentima s kroničnim tjelesnim bolestima. Povezanost između ovisnosti o alkoholu i loše kvalitete života treba promatrati u kontekstu mnogih sociodemografskih i osobnih karakteristika kao npr. dob, edukacija, spol te psihijatrijski komorbiditeti. Bitno je naglasiti da se kvaliteta života znatno poboljšala kod liječenih ovisnika o alkoholu neovisno radi li se o kratkotrajnoj ili dugotrajnoj apstinenciji. Konačno, kvaliteta života predstavlja izuzetno bitno područje za evaluaciju kod pacijenata ovisnih o alkoholu odnosno za procjenu optimalnih terapijskih postupaka za liječenje ovisnosti o alkoholu (43).

### *1.3.2. Kvaliteta života ovisnika o više psihoaktivnih tvari*

Već je ranije navedeno da je kvaliteta života povezana s jednom od osnovnih ljudskih želja - živjeti i osjećati se dobro (44). Psihoaktivne tvari svojim kemijskim djelovanjem ne pridonose kvaliteti života, iako prividno barem na kratak vremenski period daju osjećaj euforije, sreće i zadovoljstva. Upravo zbog tog kratkotrajnog učinka, pridonose učestalom ponavljanju uzimanja istih. Period početka uzimanja psihoaktivnih tvari uglavnom se veže za adolescenciju i period sazrijevanja, odnosno za period eksperimentiranja u dobi kada je

pojedinac izložen pojačanom stresu i želi povećati osjećaj dobrog raspoloženja, smanjiti nelagodu i osjećati se dobro u vlastitoj koži. Konzumacija psihoaktivnih tvari najčešće počinje u društvu vršnjaka i prijatelja. Čimbenici koji ometaju kvalitetu života ovisnika o više različitih psihoaktivnih tvari uključuju problematiku koja proizlazi iz konzumacije istih što posljedično može utjecati na kvalitetu života (45).

Unatoč sve većoj procjeni važnosti kvalitete života u zdravstvenim područjima, još uvijek nedostaju studije o konzumentima psihoaktivnih tvari (46). Izostaju i istraživanja povezana s kvalitetom života konzumenata više različitih psihoaktivnih tvari.

Pojedina istraživanja ukazuju na činjenicu da je kvaliteta života ispitanika koje konzumiraju različite psihoaktivne tvari bitno narušena (47). Uzrok te narušenosti povezuje se s učestalošću konzumiranja psihoaktivnih tvari te njezinim djelovanjem na korisnike. No, osim samog sredstva ovisnosti, identificirani su i drugi čimbenici koji su važni u kvaliteti života pojedinca. To su sociodemografske varijable poput spola, dobi, bračnog statusa, obrazovne razine i ekonomskog statusa (48). Kvaliteta života ovisnika o više različiti psihoaktivnih tvari smanjuje se s povećanjem njihove socijalne izoliranosti. U tom kontekstu može se utvrditi: što su osobe više ovisne o psihoaktivnim tvarima, to su manje socijalno aktivne, proizlazi da je kvaliteta njihovog života niža (49).

Kvaliteta života sve se više shvaća kao preduvjet za cjelokupno zdravlje ljudi, a ona uključuje zadovoljstvo, sreću i dobrobit. Dosada su provedena malobrojna istraživanja na području kvalitete života ove skupine ovisnika. Radi se o području koje je malo istraženo jer se istraživanja većinom usmjeravaju na korisnike pojedinih vrsta droga, odnosno na utjecaj pojedinih psihoaktivnih tvari na kvalitetu života ovisnika.

Konzumiranje različitih psihoaktivnih tvari, istovremeno ili naizmjenično, znatno utječe na kvalitetu života osoba koje ih konzumiraju. Razlog tome je da ova vrsta supstanci ima vrlo štetan učinak na psihofizičko funkcioniranje konzumenta te posljedično dovodi do ponašanja koje je društveno neprihvatljivo i/ili društveno opasno. Naime, djelovanje alkohola je jasno, odnosno dovoljno istraženo i potkrepljeno brojnim istraživanjima dok je istovremeno djelovanje različitih supstanci još uvijek nedovoljno istraženo, ali su čimbenici koji utječu na kvalitetu života slični.

## 1.4. PSIHOSOCIJALNO FUNKCIONIRANJE

### 1.4.1. Definiranje psihosocijalnog funkcioniranja

Pod pojmom psihosocijalno funkcioniranje podrazumijevaju se tri konstrukta koji se međusobno isprepliću u značenju: *socijalna prilagodba, kvaliteta života i zdravlje*. Socijalna prilagodba odnosi se na funkcioniranje pojedinca u određenim socijalnim ulogama. Loše socijalno funkcioniranje je okarakterizirano nedovoljnom prilagodbom osobe na njegovu/njezinu (socijalnu) okolinu. Nedostatna prilagodba može biti posljedica ograničenja koja dolaze od same osobe ili ometajućeg socijalnog okruženja. Upravo te čimbenike treba uzeti u obzir u pristupu pacijentu. Psihosocijalno funkcioniranje je u fokusu interesa za poboljšanje dijagnostike psihičkih poremećaja s obzirom da je psihosocijalno funkcioniranje prijeko potrebno za točnu identifikaciju bolesti (50). Iz navedenog razloga sve više se u dijagnostici stavlja naglasak na psihosocijalno funkcioniranje.

### 1.4.2. Liječenje i psihosocijalna rehabilitacija

Važnost socijalizacije i potpore u životu ovisnika o alkoholu pokazuje i uspješnost Alcoholic Anonymus (AA) programa kao najčešće korištenog programa za liječenje ovisnosti o alkoholu. Kao najznačajniji aspekt uspješnosti ovog programa nameće se socijalna potpora na kojoj je baziran način rada ove grupe što potvrđuje prethodno iznesene podatke o važnosti socijalnih relacija i socijalne podrške u liječenju ovisnosti o alkoholu (51). Naime, jedan od pokazatelja kvalitete ovog programa je činjenica da članovi AA ostaju u programu liječenja i nakon što se zaliječe od ovisnosti o alkoholu. Tijekom procesa liječenja oni inkorporiraju AA u svoju svakodnevnicu kao izvor socijalne podrške koja im je prijeko potrebna za kvalitetniji život (52).

Osim dobro znanih AA grupa u liječenju ovisnosti o alkoholu u Sjevernoj Americi i u Europi se radilo na sličnom modelu liječenja ovisnosti o alkoholu/ovisnosti. Tako je nakon II. svjetskog rata značajnu ulogu u mijenjanju odnosa spram ovisnosti o alkoholu imao „pokret“ osnivanja klubova liječenih ovisnika o alkoholu koji su naglašavali aktivnu ulogu ovisnika u psihosocijalnom tretmanu.

Pandan američkoj inačici AA klubova osmislio je psihijatar prof. dr. Vladimir Hudolin je 1964. godine osnovao u Zagrebu prvi Klub liječenih ovisnika o alkoholu (KLA) te je način rada novoosnovanog kluba modificirao i prilagodio mentalitetu ovisnika o alkoholu ovog podneblja, s naglaskom na obiteljski pristup u liječenju. Osnovna razlika u radu KLA u Zagrebu od AA u Americi, bila je uvođenje uloge „stručnog djelatnika“. Stručni djelatnik u KLA koordinira rad kluba dok američke AA grupe isključivo rade po principu uzajamne pomoći. Prije rata, na području bivše Jugoslavije, djelovalo je preko 600 klubova, a danas ih je Hrvatskoj znatno manje - oko 170. Tada je pod njegovim vodstvom osnovano više od dvije tisuće klubova koji su se iz Hrvatske i Italije proširili po cijeloj Europi (3).

Iako postoji percepcija okoline da su alkohol i droga štetni, još uvijek je uvriježeno u narodu da se alkohol bolje i lakše liječi, da osoba sama može prestati piti kad hoće, jer potpuno vlada svojim emocijama i ponašanjem te da se ovisnicima o alkoholu „treba dati druga prilika“. Ovakav način doživljavanja ovisnosti o alkoholu može se povezati s mnogobrojnim klubovima liječenih ovisnika o alkoholu koji su osnovani u bivšoj socijalističkoj državi unutar radnih organizacija, gdje su sva velika poduzeća imala svoje klubove liječenih ovisnika o alkoholu.

Klubovi liječenih ovisnika o alkoholu su „produžena ruka“ liječenja ovisnosti o alkoholu nakon bolničkog liječenja. Ovisnici prilikom otpusta s bolničkog liječenja preporučeni su klubovima od strane medicinskih djelatnika koji svakodnevno svjedoče psihofizičkom oporavku bivših ovisnika kroz psihoterapijski rad u grupama (53).

Ovisnici o alkoholu suočavaju se s manjkavim te nezdravim odnosima u koje ulaze zbog svoje specifične psihopatologije. Konstantna agitacija i konfuzija od kojih pate osobe oboljele od ovisnosti o alkoholu neminovno uzrokuju probleme u njihovom odnosu s okolinom. Osobe koje se nađu u romantičnoj vezi s ovisnikom o alkoholu često pronalaze objašnjenja kako bi racionalizirali ovisnikovo izbjivanje iz socijalnih interakcija i/ili druge promjene u ponašanju. Time se pogoršava situacija ovisnika o alkoholu s obzirom da se problem ne prepoznaje pravovremeno niti se traži odgovarajuća terapija. Utjecaj ovisnosti o alkoholu na socijalne relacije najizraženiji je u kontekstu obiteljskih odnosa. Manjkavi i pogoršani odnosi nastali zbog alkoholne ovisnosti unutar obitelji, dovode do čestih neslaganja (razlika) između članova obitelji. Djeca su često zapostavljena u financijskom, ali prije svega emocionalnom smislu s obzirom da ovisnik o alkoholu zbog svoje psihopatologije i susljedne intrapsihičke tenzije nije u stanju adekvatno zauzeti ulogu roditelja. Nadalje, djeca ovisnika o alkoholu mogu postati

žrtve fizičkog i psihičkog zlostavljanja prvenstveno zbog gubitka kontrole ovisnika o alkoholu nad svojim ponašanjem. Djeca mogu imati problema sa socijalnim razvojem s obzirom da roditelji ovisnici o alkoholu ne podupiru adekvatno dijete u razvoju i često nisu dio važnih događaja u njegovu životu (rođendani, sportski mečevi, natjecanja i sl.) (54). Kod ovisnika o više psihoaktivnih tvari kognitivni kapaciteti su puno ranije narušeni pa su samim time i manje psihofizički sposobni za radni odnos.

Psihofizičko propadanje kod ovisnika o alkoholu pokazuje i smanjenu emocionalnu inteligenciju koja uvelike pridonosi njihovim manjkavim socijalnim interakcijama (55).

Psihosocijalne intervencije za liječenje ovisnosti o psihoaktivnim tvarima pokrivaju širok spektar terapijskih intervencija koje imaju različito teorijsko podrijetlo. One su usmjerene na izazivanje promjena u ponašanju pacijenta prema konzumaciji psihoaktivnih tvari, kao i na druge čimbenike, poput spoznaje osjećaja kroz odnos između terapeuta i pacijenta. Psihosocijalne intervencije mogu se koristiti u različitim fazama liječenja, ili kao samostalni tretmani ili u kombinaciji s farmakološkom intervencijom. Mogu se provoditi pojedinačno ili u grupama. Psihološki tretmani mogu biti kratki ili intenzivni te specijalizirani. Psihosocijalni tretmani smatraju se temeljem liječenja ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (56).

Kognitivno bihevioralna terapija i obiteljska/bračna terapija uvrštavaju se u psihosocijalne intervencije koje se koriste za liječenje problema vezanih uz konzumaciju psihoaktivnih tvari. Primjena kognitivne terapije pomaže pacijentima u izgradnji samopouzdanja te se koristi nakon što je pacijentu dijagnosticirana ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Zadaća kognitivno-bihevioralnog terapeuta usmjerena je prema saznanju što pacijent želi od svojeg života i koji su njegovi ciljevi. Potom se usmjerava na pomoć pacijentu u ostvarivanju zadanih ciljeva. U sklopu ove terapije uloga terapeuta je slušati, poučavati i ohrabrivati dok je pacijentova uloga govoriti, učiti i koristiti ono što je naučio (57).

Bihevioralni pristup podrazumijeva preoblikovanje ponašanja utemeljenog na uvjetovanom učenju. Ovaj pristup uključuje intervencije kojima je cilj prekinuti klasični uvjetovani odgovor rizična situacija-recidiv. S druge strane, kognitivni pristup ističe važnost utjecaja mišljenja na ono što pacijent osjeća i kako se ponaša. Kognitivni pristup mijenja ponašanje promjenom pogrešnih uvjerenja koja podupiru neželjeno ponašanje, uvođenjem pozitivnih uvjerenja i motivacije za promjenu ponašanja na temelju kognitivne terapije, psihoedukacije i terapije jačanja motivacije (58).

Obiteljska/bračna terapija koristi se u liječenju ovisnosti osobito tijekom adolescencije, kada zlouporaba psihoaktivnih tvari uzrokuje brojne probleme koji uključuju psihičke smetnje, probleme u školi i visokorizično seksualno ponašanje. Obiteljska terapija podrazumijeva potporu partnera i drugih članova obitelji za dostizanje promjena i ciljeva liječenja. Obiteljska/bračna terapija preporuča se kako bi se poboljšale vještine komunikacije članova obitelji o problemu psihoaktivnih tvari, te kako bi ih se upoznalo s mogućnošću ponovnog recidiva bolesti. Obiteljska terapija temelji se na reciprocitetu odnosa između ovisnika i njegovih bližnjih jer kako uzimanje psihoaktivnih supstanci remeti odnose u obitelji, događa se i obrnuto – poremećen odnos s obitelji potencira uporabu psihoaktivnih supstanci. Kod ovisnika s kvalitetnom podrškom obitelji ili partnera u tretmanu, olakšano je dostizanje apstinencije i poboljšanje socijalnih odnosa (57).

## 2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

### 2.1. CILJ ISTRAŽIVANJA

1. Ispitati razlike u kvaliteti života ovisnika o alkoholu u odnosu na ovisnike o više različitih psihoaktivnih tvari.
2. Ispitati razlike u razini psihosocijalnog funkcioniranja ovisnika o alkoholu u odnosu na ovisnike o više različitih psihoaktivnih tvari.

### 2.2. HIPOTEZA

**Hipoteza 1:** Ne postoji značajna razlika u kvaliteti života kod ove dvije skupine ispitanika.

**Hipoteza 2:** Ne postoji značajna razlika u razini psihosocijalnog funkcioniranja kod ove dvije skupine ispitanika.

### 3. METODE RADA I ISPITANICI

Istraživanje je provedeno na Klinici za psihijatriju, Kliničkog bolničkog Centra Rijeka u trajanju od tri mjeseca od 27.5.2020 - 30.8.2020.godine.

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika koji su ovisno o dijagnozi bili raspodijeljeni u dvije skupine: skupina ovisnika o alkoholu (N=50) i skupina ovisnika o više psihoaktivnih tvari (N=50).

Ispitanici su od strane ispitivača dobili usmene upute o načinu ispunjavanja upitnika te su potpisali privolu da žele sudjelovati u istraživanju za potrebe ovog diplomskog rada.

Dobiveni podaci korišteni su isključivo za izradu ovog diplomskog rada.

Primijenjena su četiri upitnika.

**Upitnik o sociodemografskim podacima** sačinjen za potrebe ovog istraživanja koji se sastoji od 30 pitanja. Uz pomoć ovog upitnika dobili smo sociodemografske podatke i podatke vezane uz bolest i liječenje.

**Upitnik kvalitete života SZO (WHOQOL-BREF)** upitnik je kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije. WHOQOL-Bref uključuje subjektivnu procjenu kvalitete življenja u okvirima kulture, socijalne okoline i okruženja u kojem pojedinac živi. Upitnik sadrži 26 pitanja (59).

**Brief Symptom Inventory (BSI)** je samoprocijenski upitnik koji sadrži 53 čestice, a mjeri postojanost i ozbiljnost različitih simptoma koji bi mogli imati klinički značaj u procjeni mentalnog i socijalnog funkcioniranja osoba s psihozama (58).

**Skale socijalne podrške prijatelja i obitelji** je skala samoprocjene o razini socijalne podrške koju dobivaju od obitelji i prijatelja, suradnika na poslu od kada su bolesni. Sadrži 24 pitanja i koristi samoprocjensku ljestvicu od 0-4 (60).



### *3.1. POSTUPAK I ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA*

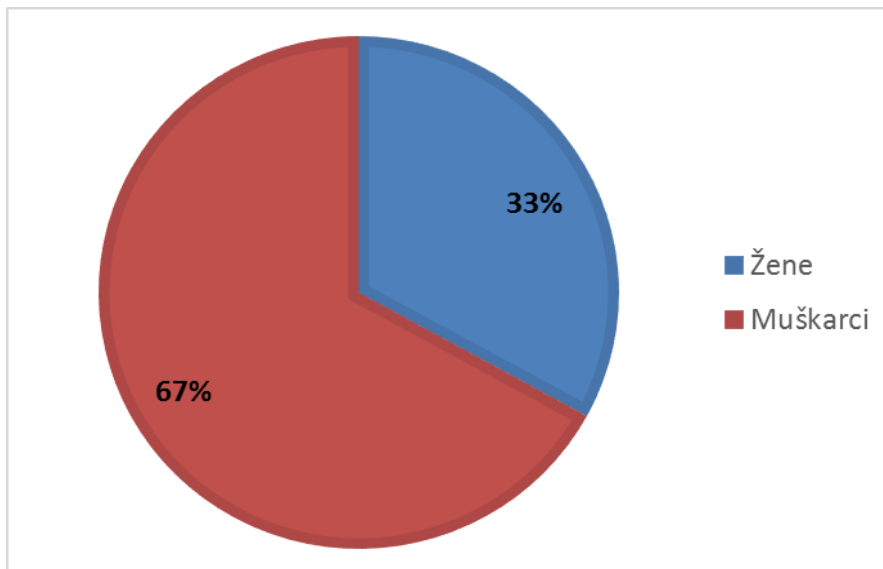
Istraživanje je provedeno u skladu sa svim etičkim primjenjivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom istraživanju uključujući osnove dobre kliničke prakse. Tijekom prikupljanja i prikazivanja podataka poštivani su svi bioetički principi te je očuvan identitet i privatnost bolesnika.

### *3.2. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA*

Prikupljeni podaci prebačeni su u elektronički medij i obrađeni primjerenim statističkim metodama putem Statistica 8.1 (Statsoft Inc., Tulsa, OK, SAD) statističkog programa. Za sve relevantne mjere izračunati su deskriptivni parametrijski (aritmetička sredina, standardna devijacija) ili neparametrijski pokazatelji (frekvencije/postotci). Koristeći t-test ili hi-kvadrat test, skupine podataka su uspoređene prema svim relevantnim varijablama. Pearsonovim ili Spearmanovim koeficijentom korelacije ispitane su korelacije između varijabli od interesa. Statistička značajnost je određena  $p \leq 0.05$ .

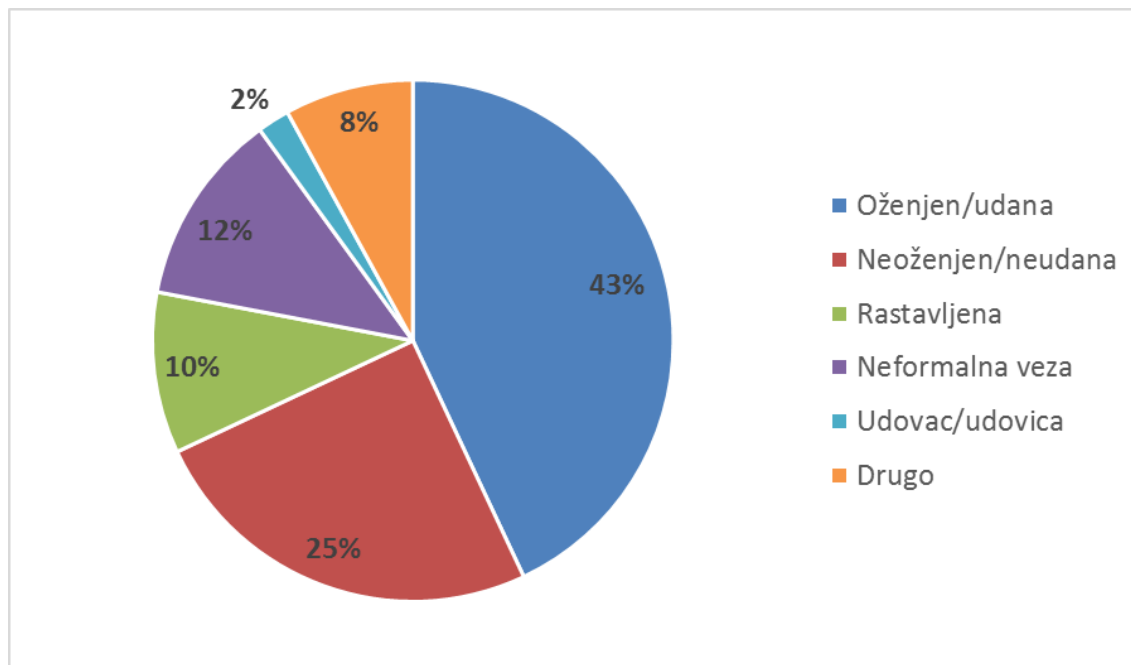
#### 4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 pacijenata Klinike za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Sudionici su ovisno o dijagnozi raspodijeljeni u dvije skupine: skupina ovisnika o alkoholu i skupina ovisnika o više psihoaktivnih tvari. U svakoj skupini bilo je po 50 sudionika. Dob pacijenata kretala se u rasponu od 20 do 71 godine s prosječnom vrijednošću 45,5 godina. Uzorkom je obuhvaćeno 67 (67%) muškaraca i 33 (33%) žena. Prosječna životna dob ovisnika o alkoholu bila je 54 godine, dok je kod ovisnika o više različitih supstanci prosječna životna dob 37 godina. Životna dob žena uključenih u istraživanje bila 43,2 (13,03), a životna dob ispitanih muškaraca 46,5 (12,53) (Slika 1).



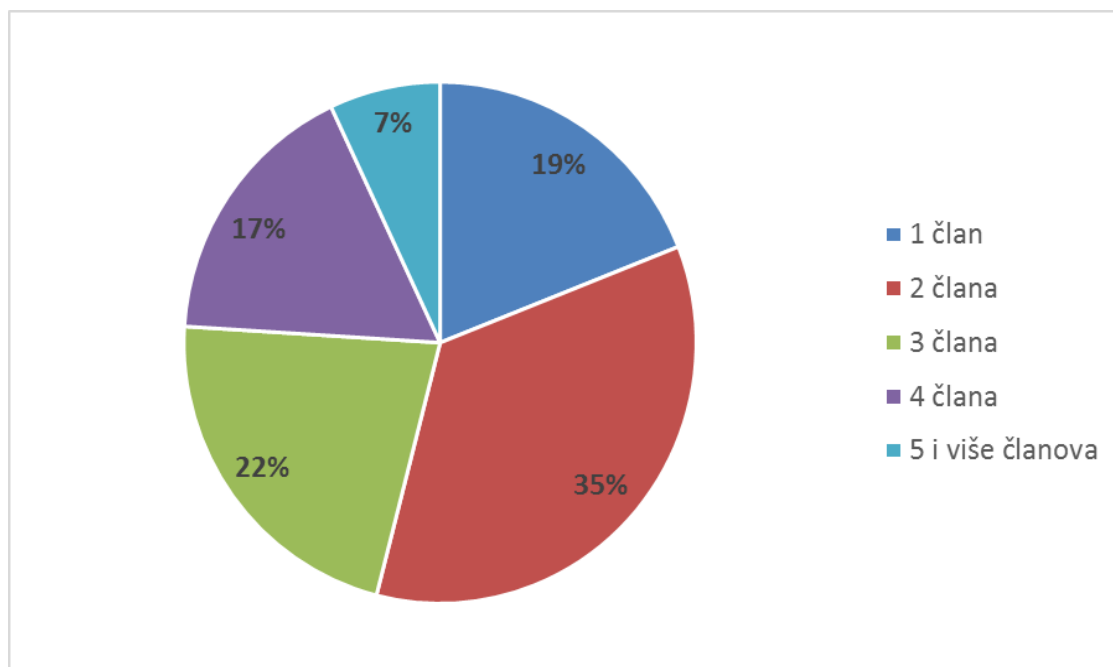
Slika 1. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na spol

U bračnoj zajednici bilo je 43 (43%) ispitanika, neudanih/neoženjenih bilo je 25 (25%) ispitanika, 10 (10%) je rastavljenih, u neformalnoj vezi bilo je njih 12 ili (12%), udovica / udovaca bilo je 2 (2%), dok je 8 (8%) ispitanih kao bračni status navelo „drugo“ (Slika 2).



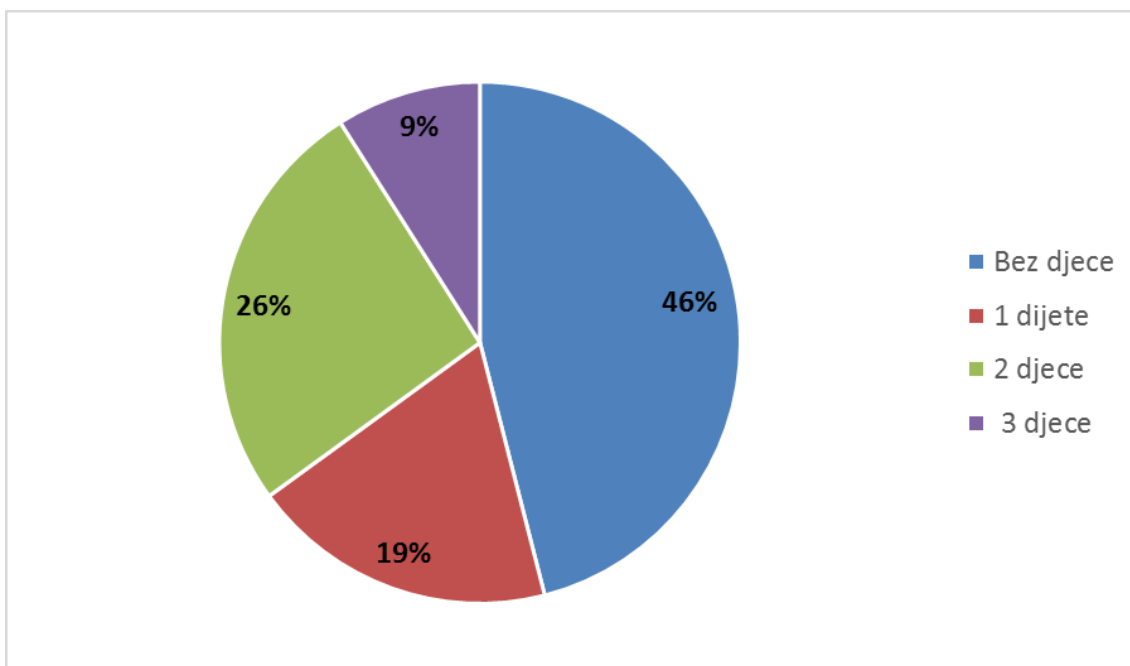
Slika 2. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na bračni status

Od ukupnog broja ispitanika 35 (35%) živi u kućanstvu od 2 člana, 22 ispitanika (22%) živi u tročlanom kućanstvu dok u kućanstvu od 4 člana živi 17 (17%) ispitanika. Samaca je 19 (19%), a u kućanstvima od 5 ili više članova stanuje 7 (7%) (Slika 3.)



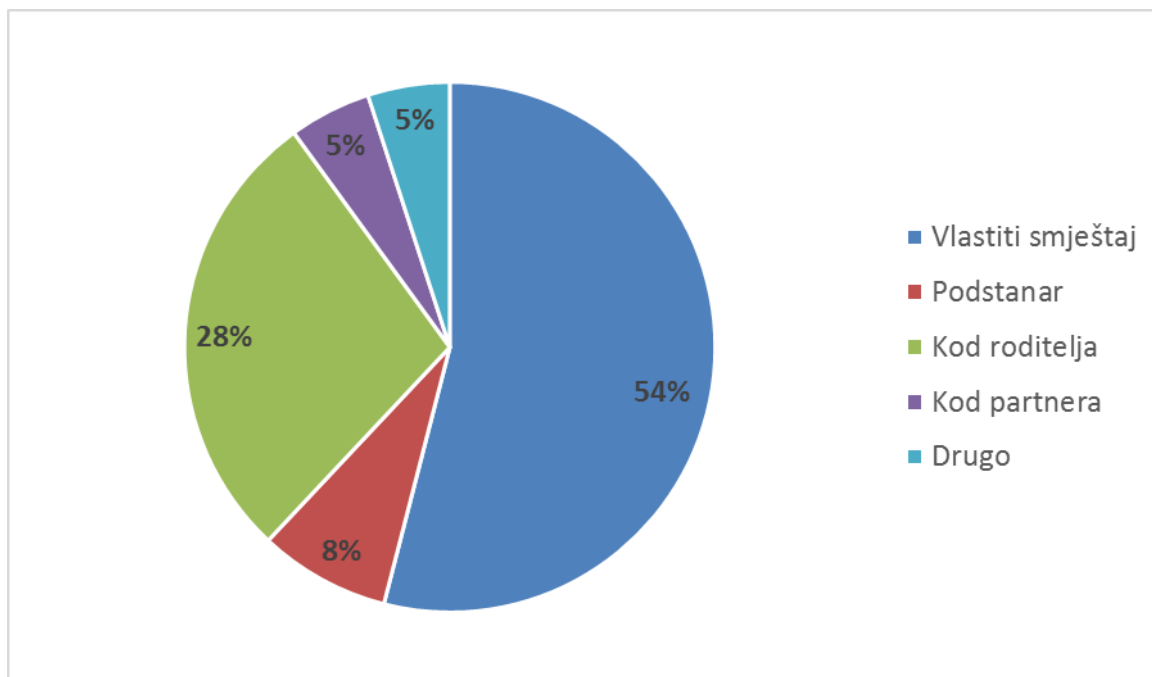
Slika 3. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na broj članova kućanstvu

Od 100 ispitanika njih 46 (46%) nema djecu; 19 ispitanika ima 1 dijete (19%), dvoje djece ima 26 (26%), dok troje djece ima 9 (9%) ispitanih (Slika 4).



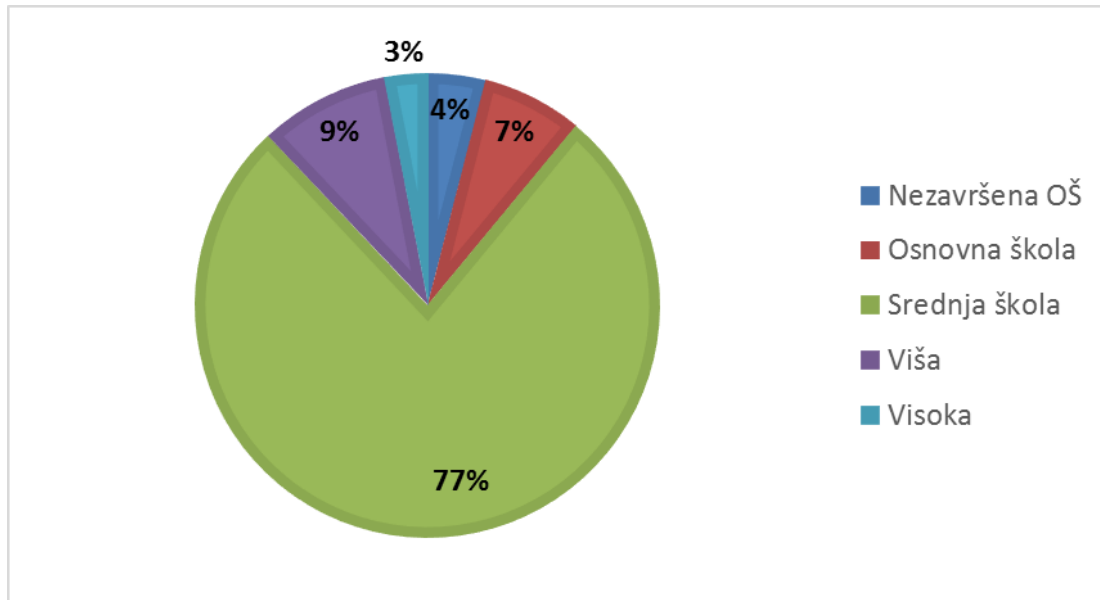
Slika 4. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na broj djece

Većina ispitanika njih 54 (54%) živi u vlastitom smještaju. Kod roditelja živi 28 (28%) ispitanih, kod partnera njih 5 (5%), podstanara je 8 (8%), dok u nekim drugim uvjetima stanovanja živi 5 (5%) sudionika (Slika 5).



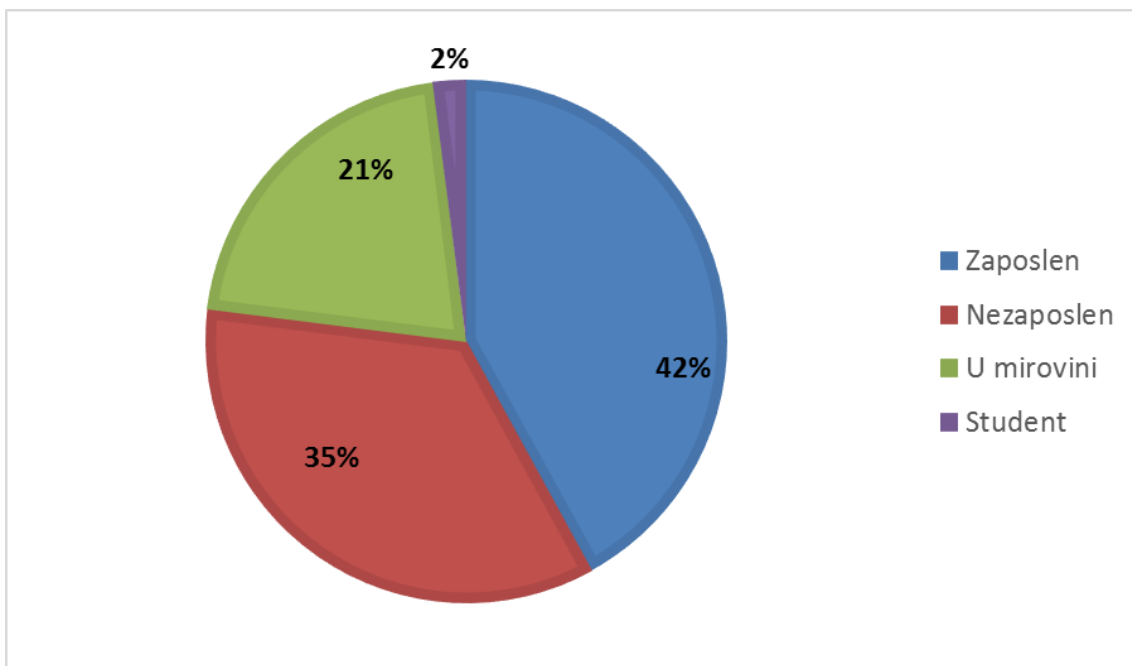
Slika 5. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na uvjete stanovanja

Srednju školu završilo je 77 (77%) ispitanih, višu stručnu spremu ima 9 (9%) ispitanika, a visoku troje (3%) ispitanika, osnovnu školu završilo je samo 7 (15,2%) ispitanika, dok je s nezavršenom osnovnom školom 4 (4,6%) ispitanika (Slika 6).



Slika 6. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja

Zaposleno je 42 (42%) ispitanih, nezaposlenih je 35 (35%), u mirovini je 21 (21%) ispitanik dok 4 (4%) ispitanih trenutno studira (Slika 7).



Slika 7. Prikaz raspodjele ispitanika s obzirom na radni status

Ovisnici o alkoholu u usporedbi s ovisnicima o više psihoaktivnih tvari razlikuju se u nekoliko sociodemografskih karakteristika. Kod ovisnika o alkoholu zastupljen je statistički značajno veći broj oženjenih/udanih te značajno veći broj osoba koje imaju djecu. Također, u skupini ovisnika o alkoholu značajno je veći broj zaposlenih te onih koji žive u vlastitom smještaju (Tablica 1).

Tablica 1. Prikaz razlika u sociodemografskim karakteristikama ispitanika s obzirom na tip ovisnosti

	<b>Alkohol</b> <b>n (%)</b>	<b>Ovisnost o više</b> <b>psihoaktivnih tvari</b> <b>n (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Spol</b>				
Muškarci	35 (52,2)	32 (47,8)	0,41	0,671
Žene	15 (45,5)	18 (54,5)		
<b>Bračni status</b>				
brak / neformalna zajednica	33 (60,0)	22 (40,0)		
neoženjen/neudana	9 (36,0)	16 (64,0)	8,99	<b>0,029</b>
razvedeni/udovice	7 (58,3)	5 (41,7)		
Drugo	1 (12,5)	7 (87,5)		
<b>Broj članova kućanstva</b>				
1 član	9 (47,4)	10 (52,6)		
2 člana	18 (51,5)	17 (48,6)		
3 člana	9 (40,9)	13 (59,1)	5,02	0,329
4 člana	8 (47,1)	9 (52,9)		
5 i više članova	6 (85,7)	1 (14,3)		
<b>Broj djece</b>				
bez djece	13 (28,3)	33 (71,7)		
1	10 (52,6)	9 (47,4)	21,33	<b>0,000</b>
2	22 (84,6)	4 (8,0)		
3 više	5 (55,6)	4 (44,4)		
<b>Uvjeti stanovanja</b>				



vlastiti smještaj/kod partnera	39 (66,1)	20 (43,9)		
Podstanar	2 (25,0)	6 (75,0)	16,77	<b>0,001</b>
kod roditelja	9 (32,1)	19 (67,9)		
Ostalo	0 (0,0)	5 (100,0)		
<b>Obrazovanje</b>			1,17	0,557
nezavršena oš/oš	7 (63,6)	4 (44,4)		
SSS	38 (49,4)	39 (50,6)		
VSS/VSS	5 (41,7)	7 (58,3)		
<b>Radni status</b>				
Zaposlen	24 (57,1)	18(42,9)		
nezaposlen/student	7 (18,9)	30(81,1)	28,91	<b>0,000</b>
U mirovini	19 (90,5)	2 (9,5)		

Od ukupnog broja ispitanih, kod 33 (33%) ispitanika prisutan je psihijatrijski hereditet i to najčešće kod majke, oca, djeda te brata. Prisutnost ovisnosti u široj obitelji zabilježena je kod 55 (55%) ispitanika. Nisu zabilježene statistički značajne razlike u učestalosti herediteta između ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari.

Ispitanici ovisni o alkoholu i ovisnici o drugim supstancama ne razlikuju se značajno u zadovoljstvu uvjetima odrastanja i školovanja osim u učestalosti bježanja od kuće. Ovisnici o više psihoaktivnih tvari statistički su značajno češće bježali od kuće (Tablica 2).

Tablica 2. Prikaz razlika u uvjetima odrastanja i školovanja s obzirom na tip ovisnosti

	Alkohol n (%)	Ovisnost o više psihoaktivnih tvari n (%)	$\chi^2$	p
Zadovoljstvo uvjetima odrastanja:				
Vrlo zadovoljan	20 (58,8)	14 (41,2)		
Zadovoljan	18 (52,9)	16 (47,1)	4,96	0,175
Nezadovoljan	2 (20,0)	8 (80,0)		
Nisam siguran	10 (45,5)	12 (54,5)		
Snalaženje u školi:				

Vrlo dobro	18(41,9)	25(58,1)		
dobro	22(55,0)	18(45,0)	2,07	0,355
Loše	10 (58,8)	7 (41,2)		
Izbačen iz škole:				
ne	48 (53,3)	42 (46,7)	4,00	0,092
da	2 (20,0)	8 (80,0)		
Bježao od kuće:				
ne	44 (59,5)	30(40,5)		
da	6 (23,1)	20(76,9)		
Pao razred:				
ne	39(50,0)	39(50,0)	/	/
da	11(50,0)	11(50,0)		

Prosječni radni staž ovisnika o alkoholu je 23,9 (12,5) godina dok je radni staž ovisnika o više psihoaktivnih tvari iznosio 8,14 (6,02) godina. Međutim, ovako velika razlika reflektira dobnu razliku ove dvije skupine.

U usporedbi s ovisnicima o alkoholu ovisnici o više psihoaktivnih tvari statistički značajno češće su mijenjali posao ( $\chi^2=4,34$ ;  $p=0,030$ ), ali ne razlikuju se u učestalosti dobivanja otkaza ( $\chi^2=0,08$ ;  $p=0,996$ ).

Ovisnici o više psihoaktivnih supstanci u prosjeku su prvo alkoholno piće i/ili prvu psihoaktivnu tvar uzeli statistički značajno ranije nego ovisnici o alkoholu. Također, ovisnici o više psihoaktivnih tvari značajno ranije su potražili stručnu pomoć (Tablica3).

Tablica 3. Prikaz razlika u prosječnoj dobi prvog uzimanja psihoaktivnih tvari s obzirom na tip ovisnosti

	Alkohol Ar.sr (SD)	Ovisnost o više psihoaktivnih tvari Ar.sr (SD)	t	p
Godina uzimanja prvog alkoholnog pića	18,4 (8,3)	14,5 (6,7)	2,71	<b>0,008</b>
Godina uzimanja prve psihoaktivne tvari	23,1 (13,2)	17,5 (4,7)	2,51	<b>0,015</b>
Godina prve stručne pomoći	43,3 (13,3)	26,1 (8,1)	7,81	<b>0,000</b>

Ovisnici o alkoholu su statistički značajno češće članovi KLA, AA ili neke druge udruge koja pruža podršku ovisnicima, dok ovisnici o više psihoaktivnih tvari znatno češće uzimaju supstitucijsku terapiju. Također, ovisnici o više psihoaktivnih tvari statistički značajno češće idu na kontrole psihijatra (Tablica 4).

Tablica 4. Prikaz razlika u obilježjima liječenja s obzirom na tip ovisnosti

	<b>Alkohol n (%)</b>	<b>Ovisnost o više psihoaktivnih tvari n (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Smatraju da im je potrebna pomoć				
Ne	8 (16,0)	15(30,0)		
Da	42 (84,0)	35(70,0)	2,76	0,153
Zaštitna mjera liječenja od ovisnosti				
Ne	45 (90,0)	48 (96,0)		
Da	5 (10,0)	2 (4,0)	1,38	0,436
Esperal, Tetidis ili disulfram				
Ne	43 (86,0)	46 (92,0)		
Da	7 (14,0)	4 (8,0)	0,91	0,525
Supstitucijska terapija				
Ne	43 (86,0)	20(40,0)		
Da	7 (14,0)	30(60,0)	22,7	<b>0,000</b>
KLA ili drugi oblik podrške ovisnicima				
Ne	28(56,0)	43 (86,0)		
Da	22(44,0)	7 (14,0)	10,9	<b>0,002</b>
Hobi				
Ne	14(28,0)	19(38,0)		
Da	36(72,0)	31(62,0)	1,13	0,288
Kontrole psihijatra				
Jednom tjedno	1 (2,0)	6 (12,0)	9,76	<b>0,045</b>
Jednom mjesečno	11 (22,0)	16(32,0)		
Jednom u 2 mjeseca	9 (18,0)	13(26,0)		
Jednom u 3 mjeseca	13(26,0)	6(12,0)		
Rjeđe	16(32,0)	9(18,0)		

Ukupna kvaliteta života ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari ne razlikuje se statistički značajno premda je 'p' vrijednost ove razlike (0,054) vrlo blizu postavljene razine statističke značajnosti od 0,05. Od specifičnih domena kvalitete života, ovisnici o alkoholu postižu statistički značajno viši rezultat u domeni 'okolina' dok se u ostalim domenama kvalitete života skupine ne razlikuju statistički značajno (Tablica 5).

Tablica 5. Prikaz razlika u ukupnoj kvaliteti života te u pojedinim domenama između ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari.

	Alkohol Ar.sr (SD)	Ovisnost o više psihoaktivnih tvari Ar.sr (SD)	t	p
Kvaliteta života				
Tjelesno zdravlje	3,37 (0,73)	3,22 (0,85)	0,99	0,325
Psihičko zdravlje	3,32 (0,78)	3,08 (0,80)	1,52	0,131
Socijalni odnosi	3,25 (0,89)	2,89 (0,96)	1,91	0,060
Okolina	3,49 (0,66)	3,21 (0,69)	2,12	<b>0,036</b>
Kvaliteta života – ukupno	3,36 (0,66)	3,10 (0,67)	1,95	0,054

Ukupna razina socijalne podrške obitelji i prijatelja ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari ne razlikuje se statistički značajno premda je 'p' vrijednost (0,054) i ove razlike vrlo blizu postavljene razine statističke značajnosti od 0,05 (Tablica 6).

Tablica 6. Prikaz razlika u ukupnoj razini socijalne podrške obitelji i prijatelja između ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari.

	Alkohol Ar.sr (SD)	Ovisnost o više psihoaktivnih tvari Ar.sr (SD)	t	p
Socijalna podrška	2,64 (0,79)	3,34 (0,75)	1,95	0,054

Ovisnici o alkoholu i ovisnici o više psihoaktivnih tvari ne razlikuju se statistički značajno na ukupnom rezultatu Kratkog inventara simptoma (BSI). Razlike nisu zabilježene niti na pojedinim podljestvicama, osim na dimenziji 'hostilnosti' (agresivnosti). Ovisnici o više

psihoaktivnih tvari na ovoj dimenziji postižu statistički značajno viši rezultat u usporedbi s ovisnicima o alkoholu. Kod ovisnika o više psihoaktivnih tvari zabilježen je i statistički značajno viši ukupni broj prisutnih simptoma (PST) (Tablica 7).

Tablica 7. Prikaz razlika u rezultatima Kratkog inventara simptoma (BSI) između ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari.

BSI	Alkohol Ar.sr (SD)	Ovisnost o više psihoaktivnih tvari Ar.sr (SD)	t	p
Somatizacija	1,01 (0,93)	1,22 (0,98)	1,06	0,292
Opsesivnost - kompulzivnost	1,29 (0,98)	1,51 (0,99)	1,18	0,267
Osjetljivost u međuljudskim odnosima	1,13 (0,99)	1,36 (0,91)	1,18	0,241
Depresivnost	1,19 (1,04)	1,45 (0,93)	1,30	0,197
Anksioznost	1,17 (1,08)	1,52 (1,01)	1,69	0,095
Neprijateljstvo (hostilnost)	0,86 (0,79)	1,22 (0,96)	2,09	<b>0,043</b>
Fobičnost	0,76 (0,87)	1,09 (1,02)	1,73	0,087
Paranoidne ideje	1,37 (0,85)	1,69 (0,98)	1,63	0,106
Psihoticizam	0,92 (0,87)	1,15 (0,85)	1,37	0,173
Indeks ukupnih teškoća (GSI)	1,08 (0,81)	1,36 (0,80)	1,73	0,086
Ukupni prisutni simptomi (PST)	27,74 (14,20)	33,20 (13,11)	1,98	<b>0,049</b>
Indeks prisutnih simptoma nelagode (PSDI)	1,84 (0,65)	2,03 (0,63)	1,44	0,154

## 5. RASPRAVA

Provedeno istraživanje pokazalo je da više od polovice, odnosno 60% ispitanika ovisnika o alkoholu, živi u bračnoj zajednici. Ovdje se može povući paralela s istraživanjem koje je proveo Bodor (1) na području Grada Zagreba, a koje je, također, pokazalo da je veliki broj ispitanika ovisnika o alkoholu u braku (57%). Dobiveno je da su ovisnici o alkoholu statistički značajno češće u braku u odnosu na ovisne o više psihoaktivnih tvari. Dobiveni rezultat može se pripisati dobnoj razlici između ispitivanih skupina. Naime, u skupini ovisnika o alkoholu ima više ispitanika zrelije životne dobi. Ispitanici ovisni o alkoholu češće imaju djecu (72%) u odnosu na osobe ovisne o više psihoaktivnih tvari (28%) te bi se navedeni rezultat, također, mogao povezati s starosnom dobi ispitanika u ove dvije skupine. Što se tiče obrazovanja jedne i druge skupine, u ovom istraživanju ne postoji statistički značajna razlika. Najviše ispitanika u obje skupine ima srednju stručnu spremu (77). U Bodorovom istraživanju (1), najviše ispitanika ovisnika o alkoholu ima srednju stručnu spremu, ali se isto tako pokazalo da je manji broj stalno zaposlenih ispitanika ovisnika o alkoholu (47,9%) u odnosu na dobivene rezultate u našem istraživanju. Nadalje, postoji statistički značajna razlika u broju zaposlenih ovisnika o alkoholu (24) u odnosu na broj zaposlenih osoba ovisnih o više psihoaktivnih tvari (18). Ovo možemo objasniti velikom razlikom u prosječnoj životnoj dobi ove dvije skupine ispitanika koja iznosi sedamnaest godina, naime 30 ispitanika ovisnika o više različitih psihoaktivnih tvari izjasnili su se kao studenti / nezaposleni.

U vlastitom smještaju živi 66,1% ovisnika o alkoholu i 43,9% ovisnika o više psihoaktivnih tvari pretpostavlja se da je razlog tome činjenica da je veći broj ispitanika ovisnih o više psihoaktivnih tvari studenata. Poznato je da ovisnici o alkoholu bolje funkcioniraju u svakodnevnom životu samim time što se ovisnost o alkoholu ne događa preko noći pa se u određenom vremenskom periodu osoba sklona pijenju može osamostaliti od roditelja, imati posao, ljubavnu vezu, odnosno može u vrijeme pijenja osnovati obitelj. Na drugoj strani su ovisnici o više vrsta psihoaktivnih tvari koji, iako stvore svoju mrežu potpore, brzo je izgube, te je njihovo propadanje brže i razornije. Često konzumiranje više psihoaktivnih supstanci brzo dovodi do vidljivih promjena u ponašanju, brzog kognitivnog propadanja i nemogućnosti osobe da bude produktivna u okolini u kojoj živi. Kako je već ranije navedeno, većina ispitanika iz skupine ovisnih o više psihoaktivnih tvari su studenti, pa tako nemaju nikakvih primanja te žive s roditeljima (61).

Rezultati istraživanja pokazuju da jedna trećina sudionika ima psihijatrijski hereditet (najčešće kod majke, oca, djeda i brata) dok je prisutnost ovisnosti unutar šire obitelji utvrđena kod 55% ispitanika. Ipak, istraživanje nije utvrdilo statistički značajne razlike u učestalosti herediteta između ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari. Uz hereditet važne su i bihevioralne teorije koje kažu da je velik dio našeg ponašanja uvjetovan učenjem koje nastaje kao rezultat iskustva, vježbe i ponavljanja okolini kojoj smo izloženi (62). Tako se može ustvrditi da se kod ove dvije skupine ovisnika ovisnost u određenoj mjeri može povezati sa socijalnom okolinom iz koje dolaze.

Također, skupine ispitanika statistički se značajno ne razlikuju u zadovoljstvu uvjetima odrastanja te u zadovoljstvu uvjetima školovanja. Međutim, dobivena je statistički značajna razlika u smetnjama ponašanja tijekom odrastanja te su ispitanici u skupini ovisnika o više psihoaktivnih tvari značajno češće navodili bježanje od kuće. Ovdje je važno istaknuti dob ovisnika. Naime, pristupanje psihoaktivnim supstancama najčešće se događa u ranoj adolescentnoj dobi koja je ujedno i najteža životna faza mladih ljudi. U toj „čardak ni na nebu, ni na zemlji“ fazi, mlade osobe pronalaze sebe i definiraju se po mnogočemu „tražeći svoje mjesto pod suncem.“ Najviše ih ometaju i kočuju u njihovoj „samostalnosti“ obiteljska pravila kojima prkose samovoljom ili u slučaju kada je prisutna poremećena obiteljska dinamika (razvod roditelja, financijski problemi, gubitak posla, ovisnost o alkoholu u obitelji) „pronalaze sebe“ bijegom od kuće, upotrebom više psihoaktivnih tvari koje im „olakšavaju brige i pomažu u bijegu iz stvarnosti u kojoj za njih nitko, osim njihovih prijatelja, nema razumijevanja“ (61).

Socijalni čimbenici kao što su obiteljska pravila i/ili poremećena obiteljska dinamika potiču promjene u ponašanju mladih pa im se bijeg od kuće tada čini kao najbolje rješenje za njihove probleme. Oni su pokleknuli pred razvojnim zadacima u fazi adolescencije i tako neprimjerenim ponašanjem krenuli u drugom životnom pravcu, prema svijetu ovisnosti. Rezultati našeg istraživanja u skladu su s teorijom psihosocijalnog razvoja. Poznati njemačko-engleski psiholog i analitičar E. Erikson u svojoj teoriji psihosocijalnog razvoja ističe da razvoj osobnosti ovisi o tipičnim socijalnim odnosima koje osoba mora uspostaviti u različitim razdobljima svojeg života. U svakome životnom razdoblju osoba treba riješiti određenu razvojnu zadaću. Tu zadaću može riješiti samo pomoću ljudi iz svoje okoline. Ako se zadaća uspješno riješi, osoba je zrela prijeći na sljedeći stadij, na kojem je čeka nova zadaća. Ako se na nekom od stadija zadaća ne riješi povoljno, tada osoba prelazi na sljedeći stadij razvoja s nepovoljnim rezultatom. To znači da rezultat rješavanja jedne razvojne zadaće utječe na

uspješnost rješavanja sljedećih zadataka u psihosocijalnom razvoju. Neostvarenje navedenog rezultira lošijom prilagodbom (63).

Nadalje, u ovom istraživanju ispitan je odnos bolesti ovisnosti i određenih sociodemografskih obilježja. Prosječni radni staž ovisnika o alkoholu je 23,9 godina dok je radni staž ovisnika o više psihoaktivnih tvari 8,14 godina. Ovi podaci ukazuju da postoji statistički značajna razlika u prosječnoj duljini radnog staža između ove dvije skupine te se navedena razlika može povezati s dobnom razlikom između ove dvije skupine ispitanika. Činjenica je da se ovisnost o psihoaktivnim tvarima najčešće događa u ranijoj adolescentnoj dobi pa je to ujedno mogući razlog zbog kojeg takvi ovisnici imaju kraći radni staž. Također, na ovaj rezultat utječe i činjenica da su većina ispitanika ovisnih o više psihoaktivnih tvari studenti. Oni su u svojoj ovisnosti razvili obrazac ponašanja izoliranosti i neodgovornosti, sukladno ovisničkom načinu življenja, a takve osobine nisu poželjne u radnom odnosu. Osim toga, ovisnici o više psihoaktivnih tvari puno ranije postanu kognitivno nižeg kapaciteta, nego ovisnici o alkoholu te stoga otežano funkcioniraju u normalnom socijalnom okruženju, a poglavito se to odnosi na preuzimanje odgovornosti svakodnevnog rada (64). Rezultati našeg istraživanja u skladu su s rezultatima istraživanja koje su proveli Nicholson, Mayho i Sharp, a koji ukazuju na to da ovisnici o psihoaktivnim tvarima u prosjeku imaju manje radnog staža u odnosu na ovisnike o alkoholu (65).

Statistički značajna razlika postoji i na području promjene radnog mjesta. Ovisnici o više psihoaktivnih tvari češće su mijenjali posao u odnosu na ovisnike o alkoholu što je u skladu s podacima koji su objavljeni u *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace* (66). Po pitanju učestalosti dobivanja otkaza ne postoji statistički značajna razlika između skupina ispitanika zato jer ovisnost „kreira“ određene obrasce ponašanja ovisnika koje on/ona primjenjuje prema kolegama u svojoj radnoj okolini. Ako ovisnik ne liječi svoju ovisnost, s vremenom gubi svoje psihofizičke sposobnosti normalnog funkcioniranja, radne učinkovitosti i korektnog odnosa prema kolegama što rezultira izostankom bilo kakve odgovornosti i nepoštivanjem postavljenih granica, a na kraju i napuštanjem posla (67).

Postoji statistički značajna razlika u kontekstu konzumiranja prvog alkoholnog pića i uzimanja prve psihoaktivne tvari. Ovisnici o više psihoaktivnih tvari su prvo alkoholno piće konzumirali su s 14 godina, a prvu psihoaktivnu tvar sa 17 godina, dok su osobe ovisne o alkoholu prvo alkoholno piće i psihoaktivnu tvar konzumirali s 18 godina.



Statistički značajna razlika postoji i po pitanju traženja pomoći, ali i po pitanju vremenskog perioda koji je prošao od prvog konzumiranja sredstva ovisnosti do traženja pomoći. Ispitanici ovisni o više psihoaktivnih tvari su ranije u životu, u prosjeku s 26 godina, zatražili pomoć dok ovisnici o alkoholu u prosjeku pomoć zatraže u 43 godini života. Ispitanici ovisni o više psihoaktivnih tvari bitno kraće su konzumirali sredstvo ovisnosti do traženja pomoći u odnosu na ispitanike ovisne o alkoholu. Rezultat je u skladu s ranije poznatim podacima da osobe ovisne o alkoholu bitno duže konzumiraju alkoholna pića prije prvog liječenja u odnosu na period koji osobe ovisne o psihoaktivnim sredstvima konzumiraju psihoaktivne tvari.

Društvena klima u kojoj se konzumiranje alkohola tolerira i odobrava često se ne povezuje s ovisnošću zbog mišljenja da ovisnik o alkoholu kontrolira svoje pijenje i može prestati piti kad poželi. Istraživanje je također pokazalo da su ovisnici o alkoholu statistički značajno više uključeni u udruge koje pružaju pomoć ovisnicima u odnosu na osobe ovisne o više psihoaktivnih tvari (68). Jedan od rezultata ovog istraživanja je da su ovisnici o više psihoaktivnih tvari značajno češće pod kontrolom psihijatra u odnosu na ovisnike o alkoholu. Dobiveni rezultat u skladu je s ranijim istraživanjima koja ukazuju da ovisnicima o alkoholu ide u prilog duži period konzumacije alkohola prije no što dođe do teških psihofizičkih oštećenja. Ovisnici o psihoaktivnim tvarima puno su prije psihofizički „potrošeni“ a da bi bili sposobni za rad s drugim ljudima koji je iznimno zahtjevan i odgovoran te poradi toga i ranije odlučuju potražiti stručnu pomoć (68).

Iz rezultata ovog istraživanja proizlazi da se ukupna kvaliteta života ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih tvari značajno ne razlikuje. U kontekstu specifičnih područja kvalitete života zabilježeno je da ovisnici o alkoholu postižu statistički značajno viši rezultat u području okoline. U kontekstu ostalih specifičnih područja (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje i socijalni odnosi) nije dobivena statistički značajna razlika između ovisnika o alkoholu i ovisnika o više različitih psihoaktivnih tvari. Ovisnici o alkoholu mogu duže funkcionirati u svojoj okolini upravo zbog samog načina razvoja alkoholne ovisnosti i socijalne prihvaćenosti pijenja kao uobičajenog ponašanja te alkohola kao legalne i lako dostupne droge (69).

Nije utvrđena statistički značajna razlika u ukupnoj razini socijalne podrške obitelji i prijatelja među ispitanicima iako su razlike vrlo blizu postavljene razine statističke značajnosti. Rezultati pokazuju da obje skupine ispitanika ostvaruju određenu razinu socijalne podrške. Moguće objašnjenje je i to da se radi o osobama koje jesu potražile pomoć i uključene su u

neki od oblika liječenja. Nijedno liječenje ovisnosti ne može rezultirati apstinencijom i promjenom stila života ukoliko ovisnik nema potporu obitelji, zajednice i društva u cjelini. Istraživanje je u skladu s ranije provedenim istraživanjima potvrdilo značajnu ulogu socijalne podrške ovisnicima tijekom psihosocijalne rehabilitacije, socijalna podrška značajno utječe na tijek liječenja ovisnika i duljinu apstinencije, motivira i ohrabruje u odluci promijene stila života. U procesu psihosocijalne rehabilitacije, ali i nakon što završi taj proces podrška okoline je iznimno važna te kao takva potiče ovisnika na promjenu (70).

Značajan čimbenik u liječenju ovisnosti je vrijeme. Niti jedna ovisnost ne razvija se “preko noći” pa tako i put od ovisnosti do potpune apstinencije i promjene stila života zahtijeva vrijeme i strpljenje (70).

Nakon bolničkog liječenja preporuča se liječenje u zajednici, klubovima liječenih ovisnika o alkoholu (KLA) za ovisnike o alkoholu, komunama za ovisnike o drogama. Obitelj i zajednica važne su karike u liječenju ovisnosti. Ovisnost se može razviti u bilo kojoj životnoj dobi, ali najčešće se razvija u mladenačkoj dobi kada se na mlade osobe najviše može utjecati. Poznato je da svaki zdravstveni sustav skrbi za pojedinca, zajednicu i cjelokupno društvo. Međutim, ovdje se može postaviti pitanje pruža li zdravstveni sustav dovoljno edukacije mladima o zdravom načinu života i življenju bez ovisnosti (71).

Nadalje, istraživanje je pokazalo da se ovisnici o alkoholu i ovisnici o više psihoaktivnih tvari statistički značajno ne razlikuju u ukupnoj razini psihičkih smetnji. Značajne razlike nisu utvrđene niti na pojedinim podljestvicama osim na dimenziji hostilnosti. Ovisnici o više psihoaktivnih tvari lakše se naljute, imaju češće izljeve bijesa koje ne kontroliraju, potrebu da nekog istuku, uvrijede, povrijede, prisilu da nešto slome i češće se svađaju s drugima u odnosu na ovisnike o alkoholu. Iz dobivenih rezultata možemo reći da je impulzivnost kao karakterna osobina važan čimbenik u nastanku i tijeku ovisnosti, što je i u opisu same bolesti ovisnosti navedeno kao nemogućnost kontrole, kao i kod ponovnog uzimanja, tj. recidiva bolesti. Ovisnici o više psihoaktivnih tvari na ovoj dimenziji postižu statistički značajno viši rezultat u odnosu na rezultat koji postižu ovisnici o alkoholu.

Iz toga proizlazi i da je ukupan broj prisutnih simptoma značajno veći kod ovisnika o više psihoaktivnih supstanci, nego kod ovisnika o alkoholu jer je potreban puno kraći vremenski period uzimanja psihoaktivne tvari da bi se stvorila značajna oštećenja organizma (72).

Kvaliteta života posebno je važna kod oboljelih osoba jer sama bolest bitno utječe na subjektivnu i objektivnu kvalitetu života. Ovisnici su rizična skupina kod koje je identificirana

niža kvaliteta života u odnosu na kvalitetu života opće populacije. Istraživanja navedena u ovom radu potvrđuju kako su sredstva ovisnosti i razina ovisnosti bitni čimbenici koji utječu na kvalitetu života ovisnika te na njihovo psihosocijalno funkcioniranje. Ovo istraživanje pokazalo je da razlika u kvaliteti života i psihosocijalnog funkcioniranja kod ovisnika o alkoholu i ovisnika o psihoaktivnim tvarima nije značajna. Time su potvrđena i ranija istraživanja koja navode kako je kvaliteta života i psihosocijalno funkcioniranje ovisnika o alkoholu i ovisnika o psihoaktivnim tvarima podjednako loše (69).

Ovo presječno istraživanje pokazalo je da se kvaliteta života ovisnika o alkoholu i ovisnika o više psihoaktivnih supstanci bez obzira na navedene razlike u ovom ispitivanju bitno ne razlikuju. Kod obje skupine ispitanika smanjena je kvaliteta života gotovo u svim područjima uslijed konzumacije alkohola i psihoaktivnih tvari. Evidentno je da je i jednoj i drugoj skupini prijeko potrebna socijalna prilagodba u „novim životnim uvjetima“ kako prije liječenja (u doba konzumacije) tako i poslije liječenja. Podrška u liječenju treba biti prisutna u obitelji, zajednici i cjelokupnom zdravstvenom sustavu koji osigurava liječenje ovisnika i to tijekom svih faza liječenja i rehabilitacije. Veliku ulogu u liječenju ovisnosti o alkoholu u zajednici imaju klubovi liječenih ovisnika o alkoholu (KLA) koji kroz apstinenciju i edukaciju pružaju psihološku pomoć ovisnicima i članovima njihovih obitelji. U klubove liječenih ovisnika o alkoholu često dolaze i ovisnici o psihoaktivnim tvarima.

Na kraju, iz ovog istraživanja zaključuje se da kroz koju god prizmu gledani ovisnici o alkoholu i ovisnici o psihoaktivnim tvarima - zapravo nema razlika u kvaliteti njihovih života kao ni u njihovom psihosocijalnom funkcioniranju. Najveće razlike koje se zamjećuju su vezane za primarno ovisničko ponašanje i okolinu, tj. odnos okoline, dok po svim drugim promatranim parametrima podjednako funkcioniraju.

Tako smo kroz istraživanje potvrdili i važnost okolinskih faktora spram ovisnika i sklonosti da lakše prihvaćamo ovisnike o alkoholu, samim time što je alkohol legalna droga i dostupan na svakom koraku i dio je kulture u kojoj živimo.

Istraživanja u kojima se uspoređuju dvije skupine različitih ovisnika, relativno su rijetke te rezultati ovog istraživanja mogu biti dobra podloga daljnjim istraživanjima iz istog područja.

## **6. OGRANIČENJA U ISTRAŽIVANJU**

Nekoliko je nedostataka ovog istraživanja. Glavni nedostatak ovog istraživanja su relativno maleni te prigodan uzorak ispitanika što onemogućuje generalizaciju rezultata na sve ovisnike te poglavito ne na one koji se ne liječe. Dodatno, u istraživanju je sudjelovao manji broj žena te je značajna dobna razlika između skupina. Premda su ovi sociodemografski podaci očekivani s obzirom na ispitivanu patologiju, dobne razlike i manji broj žena otežavaju interpretaciju rezultata. Unatoč navedenim nedostacima, provedeno istraživanje doprinosi povećanju znanja o kvaliteti života i psihosocijalnog funkcioniranja osoba koje se liječe od bolesti ovisnosti.

## 7. ZAKLJUČAK

1. Ovisnici o alkoholu i ovisnici o više različitih psihoaktivnih tvari uglavnom se ne razlikuju u percipiranoj kvaliteti života.
2. Ovisnici o alkoholu u odnosu na ovisnike o više psihoaktivnih tvari, percipiranu bolju kvalitetu života dovode u vezu s okolinom kao što je podrška članova obitelji i prijatelja.
3. Navedeno možemo povezati sa slabijom društvenom prihvaćenošću ovisnosti o više psihoaktivnim tvarima u odnosu na ovisnost o alkoholu.
4. Moguće je da iz istoga proizlazi i viši stupanj hostilnosti kod ovisnika o više psihoaktivnih tvari.
5. Ovisnici o alkoholu i ovisnici o više različitih psihoaktivnih tvari uglavnom se ne razlikuju značajno u razini psihosocijalnog funkcioniranja.
6. Razlike između ovih dviju skupina odnose se na broj psihopatoloških simptoma s time da ovisnici o više psihoaktivnih tvari imaju više spomenutih simptoma.
7. Isto tako, temeljem dobivenih rezultata koji se odnose na kvalitetu života i psihosocijalno funkcioniranje, može se zaključiti da ovisnici o alkoholu i ovisnici o više psihoaktivnih tvari pripadaju istoj kategoriji, a to su bolesti ovisnosti.

## 8. LITERATURA

1. Bodor D. *Usporedba psihosocijalnog funkcioniranja osoba koje se liječe zbog ovisnosti o kockanju i alkoholu [disertacija]*. Zagreb: Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2018 [pristupljeno 25.11.2019.]. Dostupno na: <https://repositorij.sfzg.unizg.hr/islandora/object/sfzg:448>.
2. Vuletić G., Missajon R. *Subjektivna kvaliteta života*. U: Vuletić G., ur. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku; 2011.
3. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. *Alkoholizam*. Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb: 2006;19:129-141.
4. Vidović L. *Kvaliteta života osoba oboljelih od alkoholizma [Završni rad]*. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2018 [pristupljeno 02.12.2019.]. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:2296644>.
5. Američka psihijatrijska udruga. *DSM 5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
6. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. *Europsko izvješće o drogama 2019.: trendovi i razvoj*. Luksemburg: Ured za publikacije Europske unije; 2019 [pristupljeno: 28.11.2019.] Dostupno na: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001HRN\\_HYPERLINK](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001HRN_HYPERLINK) "http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\_TDAT19001HRN\_PDF.pdf"PDF.pdf.
7. Rocco A, Compare D, Angrisani D, Sanduzzi Zamparelli M, Nardone G. *Alcoholic disease: liver and beyond*. *World J Gastroenterol.* 2014;20(40):14652–9.
8. Begić D. *Psihopatologija*, treće nepromijenjeno izdanje; Duševni poremećaji i poremećaji u ponašanju uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari. Zagreb: Medicinska naklada, 2016;22: 218-233.
9. Gordis E. *The etiology, consequences, and treatment of alcoholism*. *Liver Transpl Surg*. 1997;3(3):199–205.
10. Jellinek, E. M., *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse Press, New Haven. Dostupno na: <https://academic.oup.com/sw/article/6/3/128/1877944>

11. *The Different Types of Alcoholism* [Internet]. [cited 2020 Jul 24]. Dostupno na: <https://www.evergreendrugrehab.com/drug-information/types-of-alcoholism.php>.
12. *Alcohol use disorder – Symptoms and causes* - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/symptoms-causes/syc-20369243>).
13. Enoch M-A, Goldman D. *Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment*. *Am Fam Physician*. 2002;65(3):441–8.
14. *Alcoholism - MeSH - NCBI* [Internet]. [cited 2020 Jul 7]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000437>).
15. *Alcohol* [Internet]. [cited 2020 Jul 6]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>).
16. Kissin B. *The Disease Concept of Alcoholism*. In: Smart RG, Glaser FB, Israel Y, Kalant H, Popham RE, Schmidt W, editors. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems: Volume 7* [Internet]. Dostupno na: [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3626-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3626-6_3).
17. Gastpar M, Heinz W, Poehlke T, Raschke P. Polytoxikomanie. In: Gastpar M, Heinz W, Poehlke T, Raschke P, editors. *Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 1998 [cited 2020 Jul 9]. p. 102–102. Dostupno na: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-07502-9\\_68](https://doi.org/10.1007/978-3-662-07502-9_68)).
18. *Mischkonsum* [Internet]. sauber drauf mindzone.info. [cited 2020 Jul 8]. Dostupno na: <https://mindzone.info/drogen/mischkonsum/>).
19. Barsch G, Eul J, Harrach T. *Drogenmischkonsum anders verstehen – Prävalenzen und Konsumbewertungen, in: und Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 2004;(4), S. 49–6 und in: *Konturen*, Ausgabe 6-2006, S. 8–15, In.
20. Calafat i sur., *Night life in Europe and recreative drug use, Irefrea und Europaeische Komission*, Valencia 1999. Dostupno na: [http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al\\_1999\\_SONAR%2098.pdf](http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_1999_SONAR%2098.pdf)
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, *Izvešće o osobama liječenim zbog upotrebe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2019. godini*, 2020. Dostupno na: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/10/Ovisni\\_2019-1.pdf](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2020/10/Ovisni_2019-1.pdf)

22. *Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use* - Leri - 2003 – Addiction - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2020 Jul 8]. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1360-0443.2003.00236.x>).
23. Milić CT. *Karakteristike upotrebe i zloupotrebe psihoaktivnih supstancija* [Characteristics of the use and abuse of psychoactive substances]. *Vojnosanit Pregl*. 2000;57(1):49-53.
24. Goode E. *Drugs in American Society*. Boston, Mass, 2007.
25. Scherrer JF, Xian H, Pan H, et al. *Parent, sibling and peer influences on smoking initiation, regular smoking and nicotine dependence*. Results from a genetically informative design. *Addictive Behaviors*. 2012;37(3):240–247.
26. Nenadović MM, Šapić R, Nenadović N. *Dysfunctionality of the primary family as a supportive factor for the development of polytoxicomania in young people*. *Srp Arh Celok Lek*. 2012; 10(1–2):71– 6.
27. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. *Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature*. *Int J Drug Policy*. 2010;21(5):364–80.
28. *Drug addiction*. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/diagnosis-treatment/drc-20365113>
29. *Treatment Approaches for Drug Addiction DrugFacts*. Dostupno na: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction>
30. WHO|WHOQOL: *Measuring quality of life* [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2020 May 16]. Dostupno na: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>).
31. Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. *Quality-of-life and spirituality*. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2017;29(3):263–82.
32. Magee L, Scerri A, James P. *Measuring Social Sustainability: A Community-Centred Approach*. *Appl Res Qual Life*. 2012 Sep 1;7(3):239–61.
33. Costanza R., Fisher B., Ali S., Beer C., Bond L., Boumans R., et al. *An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy*. *SAPIENS Surv Perspect Integrating Environ Soc* [Internet]. 2008 Nov 26 [cited 2020 Jul 7]. Dostupno na: <http://journals.openedition.org/sapiens/169>.



34. Hautzinger M., Pauli P., Themenbereich B.: *Methodologie und Methoden/ Psychologische Interventions methoden / Psychotherapeutische Methoden*. HogrefeVerlag; 2009.945p., Dostupno na : <https://books.google.hr/books?id=YshK5EaFL0cC>).
35. Mehta S, Mittal PK, Swami MK. *Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder* [Internet]. 2014; Depression Research and Treatment. Hindawi;2014[cited2020Jul9].p. e302741. Dostupno na: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2014/302741/>.
36. Epstein RS, Sherwood LM. *From outcomes research to disease management: a guide for the perplexed*. Ann Intern Med. 1996;124(9):832–7.
37. Srivastava S., Bhatia MS. *Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence*. Ind Psychiatry J. 2013;22(1):41–6.
38. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. *The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems*. Arch Gen Psychiatr. 1988;45(11):1023–31.
39. Thommasen HV, Zhang W. *Impact of chronic disease on quality of life in the Bella CoolaValley. Rural and Remote Health*. Apr-Jun 2006; 6(2):528. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16749870/>
40. Gabriels CM, Macharia M, Weich L. *Psychiatric comorbidity and quality of life in South African alcohol use disorder patients*. Qual Life ResInt J Qual Life AspTreat Care Rehabil. 2018; 27(11):2975–81.
41. Kelly PJ, Robinson LD, Baker AL, Deane FP, Osborne B, Hudson S, et al. *Quality of life of individuals seeking treatment at specialist non-government alcohol and other drug treatment services: A latent class analysis*. J Subst Abuse Treat. 2018;94:47–54.
42. Foster JH, Peters TJ, Marshall EJ. *Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women*. Alcohol Fayettev N. 2000;;22(1):45–52.
43. Donovan D., Mattson ME., Cisler RA., Longabaugh R, Zweben A. *Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research*. J Stud Alcohol.Suppl. 2005;1;(s15):119–39.
44. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"*. Rev Saude Publica 2000;34(2):178-83.

45. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW. *Relationship between Perceived Life Satisfaction and Adolescents. Substance Abuse. J Adolesc Health* 2001;29(4):279-88.
46. Zubaran C, Foresti K. *Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. Curr Opin Psychiatry* 2009;22(3):281-86.
47. Chen K, Scheier LM, Kandel DB. *Effects of chronic cocaine use on physical health: A prospective study in a general population sample. Drug Alcohol Depend.* 1996;3(1-2):23-37.
48. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. *Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. Int Nurs Rev* 2009;56(1):109-15.
49. Barger SD, Donoho CJ, Wayment HA. *The relative contributions of race/ethnicity, socioeconomic status, health, and social relationships to life satisfaction in the United States. Qual Life Res* 2009;18(2): 179-89.
50. Eunyoe R, Clark L. *Psychosocial Functioning in the Context of Diagnosis: Assessment and Theoretical Issues. Psychological assessment.* 2009; 21. 313- 24.10.1037/a0016611.,  
Dostupno na:  
[https://www.researchgate.net/publication/26779093\\_Psychosocial\\_Functioning\\_in\\_the\\_Context\\_of\\_Diagnosis\\_Assessment\\_and\\_Theoretical\\_Issues](https://www.researchgate.net/publication/26779093_Psychosocial_Functioning_in_the_Context_of_Diagnosis_Assessment_and_Theoretical_Issues)).
51. Groh D.R., Jason L.A., Keys C.B. *Social Network Variables in Alcoholics Anonymous: A Literature Review. Clin Psychol Rev.* 2008;28(3):430–50.
52. Humphreys K., Finney J.W., Moos R.H. *Applying a stress and coping framework to research on mutual help organizations. J Comm Psychology.* 1994;22:3:12–27.
53. Čuljak Car, I., Culej, J., Dodić, K., *Oblici rehabilitacije liječenih alkoholičara u zajednici Prikaz rada KLA, Hrvatski časopis za javno zdravstvo.* 2013;9(33):141-176.
54. *Effects of Alcoholism on Families & Close Relationships* [Internet]. Alcohol.org. [cited 2020 Jul 24]. Dostupno na: <https://www.alcohol.org/faq/problems-associated-with-alcoholism/>).
55. Kornreich C., Delle -Vigne D., Knittel J., Nerinx A., Campanella S., Noel X., et al. *Impaired conditional reasoning in alcoholics: A negative impact on social interactions and risky behaviors? Addiction.* 2011;106(5):951–9.

56. Jhanjee, S., *Evidence Based Psychosocial Interventions in Substance Use*. Indian J Psychol Med. 2014;36(2): 112–118.
57. Ćelić, I., *Psihosocijalne intervencije u liječenju ovisnosti*, 2016. Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/29294/Psihosocijalne-intervencije-u-lijecenju-ovisnosti.html>
58. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. The WHOQOL Group. Psychol Med 1998;28:551-8.
59. Derogatis L.R. Brief Symptom Inventory (BSI) – *Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.; 1993.
60. Vaux A. Social support: *Theory, research and intervention*. New York: Praeger; 1998.
61. Ricijaš, N., Kranželić, V., Leskovar, L., *Prevalencija i učestalost konzumiranja psihoaktivnih tvari mladih u odgojnim ustanovama – razlike s obzirom na vrstu ustanove i znanje o psihoaktivnim tvarima*. Kriminologija & socijalna integracija. 2019;27(1):3-34.
62. Sindik, J., Rončević, T., *Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku, 2014.
63. Košić I. *Psihosocijalni razvoj djeteta prema Ericksonu* [Završni rad]. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; 2017 [pristupljeno 20.03.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:157604>
64. Volenik, A., *Program 12 koraka kao odgovor na moderna ovisnička ponašanja, Obnovljeni život*. 2014;69(4):497-508.
65. Nicholson, P., Mayho, G., Sharp, C., *Alcohol, drugs and the workplace – The role of medical professionals*. BMA. 2016. Dostupno na: [https://www.bma.org.uk/media/1067/bma\\_alcohol-and-drugs-in-the-workplace-\\_oct\\_2019.pdf](https://www.bma.org.uk/media/1067/bma_alcohol-and-drugs-in-the-workplace-_oct_2019.pdf)
66. ILO, *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace*, Geneva. 1996. Dostupna na: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms\\_107799.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_107799.pdf)
67. Brlas, S., *Psihologija ovisnosti*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok. 2018.

68. Wertz, J.M., Sayette, M.A., *A Review of the Effects of Perceived Drug Use Opportunity on Self-Reported Urge*. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001;9(1):3–13.
69. Moerira, T.C., Fernandes, S., *Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF*. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2013; 18(7):1953-62.
70. Kelly, S.M. i sur., *The relationship of social support to treatment entry and engagement: The Community Assessment Inventory*. *Subst Abus*. 2010; 31(1): 43–52.
71. Brlas, S., Gorjanac, V., *Priručnik: radionice u borbi protiv ovisnosti*. Osijek: Centar za nestalu i zlostavljaju djecu. 2015.
72. Bagarić, A., *Ovisnost o psihoaktivnim tvarima*. 2006. Dostupno na: [https://www.cybermed.hr/clanci/ovisnost\\_o\\_psihoaktivnim\\_tvarima](https://www.cybermed.hr/clanci/ovisnost_o_psihoaktivnim_tvarima)

## 9. PRILOZI

### **Prilog A : Istraživanje „ KVALITETA ŽIVOTA I PSIHOSOCIJALNO FUNKCIONIRANJE KOD OBOLJE-LIH OD BOLESTI OVISNOSTI,,**

Potvrđujem da sam (datum)....., u ....., pročitao Informirani pristanak, te sam imao priliku postavljati pitanja. **INFORMIRANI PRISTANAK**

*Obrazac informiranog pristanka, je sastavljen u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 158/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12 i 82/13) i Zakonom o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08)).*

*Ukoliko se s pojedinim dijelom ovog obrasca ne slažete, možete taj dio precrtati. Također, možete zatražiti da se napiše neka, za Vas važna, informacija.*

### **ISTRAŽIVANJE,, KVALITETA ŽIVOTA I PSIHOSOCIJALNO FUNKCIONIRANJE KOD OBOLJE-LIH OD BOLESTI OVISNOSTI ,,**

- Provodit će se na Klinici za psihijatriju, Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Ispitanici će dobiti upitnike prilikom redovitog pregleda kod psihijatra u ambulanti za Alkoholizam i druge ovisnosti, te pri uključivanju u program Dnevne bolnice za alkoholizam i druge ovisnosti, Istraživanje će se odvijati i financirati vlastitim angažmanom i sredstvima. Predviđeno trajanje istraživanja je tri mjeseca.

- **POZIV NA SUDJELOVANJE**

Poštovana/poštovani,

pozivamo Vas da sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem će se istražiti kvaliteta života i psihosocijalno funkcioniranje kod oboljelih od bolesti ovisnosti. Ova obavijest će Vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati u ovom znanstvenom istraživanju. Zato Vas molimo da ju pažljivo pročitate. Za sva pitanja ili nedoumice, obratite se istraživaču koji Vam je uručio ovu obavijest, ili članu istraživačkog tima zaduženom za komunikaciju s ispitanicima.

- **CILJ /SVRHA I PLAN ZNANSTVENOG ISTRAŽIVANJA**

Kvaliteta života i psihosocijalno funkcioniranje kod ovisnika o alkoholu i drugim psihoaktivnim supstancama izrazito je narušeno. Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi postoji li značajna razlika u kvaliteti života i razini psihosocijalnog funkcioniranja kod ovisnika o alkoholu i ovisnika o drugim psihoaktivnim supstancama.

- **VAŠA ULOGA KAO ISPITANIKA U OVOM ISTRAŽIVANJU**

Vaša uloga u ovom istraživanju uključuje ispunjavanje upitnika potrebnih za realizaciju osnovnog cilja istraživanja i odgovara na istraživačka pitanja. Predviđeno vrijeme trajanja je oko 30 minuta.

- **KOJE SU MOGUĆE PREDNOSTI SUDJELOVANJA ZA VAS KAO ISPITANIKA?**

Ne postoji jamstvo da ćete Vi osobno imati koristi od sudjelovanja u istraživanju. Međutim, postoji mogućnost da saznanja koja će se dobiti ovim istraživanjem dovedu do boljeg razumijevanja povezanosti simptoma s kvalitetom života odnosno zdravlja i razinom psihosocijalnog funkcioniranja, što može pomoći

terapeutima da identificiraju i provode preciznije terapijske intervencije. Vaš pristanak na sudjelovanje neće mijenjati standardne i planirane medicinske postupke, kao niti odnos medicinskog osoblja prema Vama.

- **KOJI SU MOGUĆI RIZICI SUDJELOVANJA U OVOM ISTRAŽIVANJU?**

Jedan dio pitanja u ovom istraživanju dotaknut će se vašeg osobnog doživljaja ovisnosti i na koji način ste s istom živjeli te je moguće da kod nekoga od Vas to izazove negativnu emocionalnu reakciju, no ispitivači su iskusni stručnjaci koji svakodnevno rade sa ovisnicima o alkoholu i ovisnicima o drugim psihoaktivnim supstancama, te će Vam pružiti svu potrebnu pomoć.

- **POSTOJE LI ALTERNATIVNE DIJAGNOSTIČKE ILI TERAPIJSKE METODE?**

Ukoliko se odlučite za sudjelovanje u istraživanju, Vaše liječenje i odnos prema Vama se ni po čemu neće razlikovati od dosadašnjeg. O tome možete razgovarati s glavnim istraživačem i ostalim suradnicima. Ne morate sudjelovati u ovom istraživanju da biste primali terapiju za liječenje Vaše bolesti (ili npr. da bi se dijagnosticirala Vaša bolest).

- **MORA LI SE SUDJELOVATI?**

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno! Možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga. Nastavit ćete se dalje liječiti na način koji je uobičajen za Vašu bolest. Isključivo na Vama je da odlučite želite li sudjelovati u ovom istraživanju. Svoj pristanak na sudjelovanje dajete potpisivanjem posljednje stranice ovog obrasca (jedan primjerak). Ako u bilo kojem trenutku odlučite prekinuti sudjelovanje, molimo da o tome obavijestite glavnog istraživača i/ili njegove suradnike.

- **POVJERLJIVOST I UVID U MEDICINSKU DOKUMENTACIJU**

Vaši će osobni/medicinski podaci biti prikupljeni u skladu s etičkim i bioetičkim principima, te će se osigurati Vaša privatnost (medicinska tajna) i zaštita tajnosti podataka. Podaci će se obrađivati elektronički, a glavni istraživač i njegovi suradnici pridržavat će se interne procedure za zaštitu osobnih/medicinskih podataka. U bazu podataka biti ćete uneseni pomoću koda. Vaše ime nikada neće biti otkriveno. Vašu medicinsku dokumentaciju će pregledavati glavni istraživač i njegovi suradnici. Pristup dokumentaciji mogu imati predstavnici Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka.

- **ZA ŠTO ĆE SE KORISTITI PODACI DOBIVENI U OVOM ZNANSTVENOM ISTRAŽIVANJU?**

Podaci iz ovog znanstvenog istraživanja mogu biti od praktične i znanstvene koristi. Stoga će se objavljivati u znanstvenim i stručnim publikacijama na hrvatskom ili engleskom jeziku. Vaš identitet će uvijek ostati anonimn.

- **TKO ORGANIZIRA I FINANCIRA OVO ISTRAŽIVANJE?**

Istraživanje organiziraju i provode znanstveni djelatnici Fakulteta zdravstvenih studija Rijeka, te Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Klinike za psihijatriju, a financira se iz osobnih sredstava.

- **TKO JE PREGLEDAO PRIJAVU OVOG ISTRAŽIVANJA?**

Prijavu za ovo istraživanje pregledalo je Etičko povjerenstvo KBC-a Rijeka koje je nakon uvida u svu potrebnu dokumentaciju i odobrilo istraživanje.

- **KOGA KONTAKTIRATI ZA DALJNJE OBAVIJESTI**

Ako imate bilo kakvih pitanja ili nedoumica, ili trebate dodatne podatke o ovom istraživanju, slobodno se obratite glavnom istraživaču ili njegovim suradnicima:

**Glavni istraživač:**

Vlatka Fanjkutić, bacc. med. techn.  
Studentica 2.godine  
Studij Sestrinstvo - Promicanje i zaštita mentalnog zdravlja  
Fakultet zdravstvenih studija Rijeka  
Zaposlena u pri Klinici za psihijatriju KBC Rijeka  
Krešimirova 42, 51000 Rijeka  
Broj telefona: +38551 658 333  
e-mail adresa: vlatka210@net.hr

**Suradnici u istraživanju:**

**Mentor:**

izv. prof. dr. sc. Ika Rončević-Gržeta, dr. med.  
Klinika za psihijatriju  
Klinički bolnički centar Rijeka  
Krešimirova 42, 51000 Rijeka  
Broj telefona: +38551 658 333  
e-mail adresa: [psihijatrija@kbc-rijeka.hr](mailto:psihijatrija@kbc-rijeka.hr)

**Komentor:**

dr. sc. Tanja Grahovac – Juretić, dr. med.  
Klinika za psihijatriju  
Klinički bolnički centar Rijeka  
Krešimirova 42, 51000 Rijeka  
Broj telefona: +38551 658 333  
e-mail adresa: tanjagj@gmail.com

- **KOGA JOŠ OBAVIJESTITI O OVOM ISTRAŽIVANJU?**

O Vašem sudjelovanju u ovom znanstvenom istraživanju nitko osim Vas neće biti obaviješten bez Vašeg pristanka.

- **O PISMENOJ SUGLASNOSTI ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU**

Presliku obrasca koji ćete potpisati ako želite sudjelovati u istraživanju, dobiti ćete Vi. Originalni primjerak obrasca Informiranog pristanka na sudjelovanje u istraživanju će zadržati i čuvati glavni istraživač.

- **ZAKONSKI OKVIRI**

Ovo istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenljivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje istraživanja i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju poštujući Osnove dobre kliničke prakse. Istraživanjem će biti osigurano poštivanje temeljnih etičkih i bioetičkih principa – osobni integritet (autonomnost), pravednost, dobročinstvo i neškodljivost – u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije.



## Prilog B: Upitnik 1.

### Sociodemografski podaci

- Spol : M Ž
- Godina rođenja : \_\_\_\_\_ DOB:
- Razina obrazovanja : a) nezavršena OŠ b) završena OŠ c) SSS d) VŠS e) VSS
- Radni status: a) zaposlen b) nezaposlen  
c) umirovljenik d) student
- Bračni status: a) oženjen/udana b) razveden/razvedena  
c) neudana/neoženjen d) u neformalnoj vezi  
e) udovac/udovica f) drugo
- Jeste li zadovoljni svojim partnerskim odnosom ? DA NE
- Koliko članova ima vaše domaćinstvo \_\_\_\_\_
- Koliko djece imate? \_\_\_\_\_
- Uvjeti stanovanja : a) vlastita kuća ili stan b) podstanar  
c) kod roditelja d) kod partnera f) drugo \_\_\_\_\_
- Da li je netko od vaših roditelja ili uže obitelji bolovao od psihičke bolesti i bio psihi-  
jatrijski liječen?  
DA NE \_\_\_\_\_ (ukoliko je odgovor DA dopišite tko)
- Jeste li u vašoj užoj ili široj obitelji imali ovisnika o alkoholu ili nekoj drugoj psihoak-  
tivnoj tvari ( anksioliticima, marihuani, heroinu, kokainu...) DA NE
- Jeste li ste bili zadovoljni uvjetima u kojima ste odrastali?  
a) vrlo zadovoljan/a b) zadovoljan/a c) nisam siguran/sigurna d) nezadovoljan/ na
- Kako ste se snalazili u školi u društvu drugih učenika?  
a) vrlo dobro b) dobro c) loše d) jako loše

- 12 . Dali ste ikada pali razred? DA NE
- Jeste li ikad bili izbačeni iz škole ? DA NE
  - Jeste li bježali od kuće ? DA NE
  - Jeste li često mijenjali radno mjesto? DA NE
  - Koliki je vaš ukupan radni staž? \_\_\_\_\_(napišite brojkom)
  - Koliko ste najviše mjeseci ili godina radili kod istog poslodavca \_\_\_\_\_
  - Jeste li ikad dobili otkaz na radnom mjestu zbog pijenja ili nepoštivanja pravila na radnom mjestu? DA NE
  - Bolujete li od neke tjelesne bolesti ? DA NE
  - S koliko godina ste prvi puta popili alkoholno piće \_\_\_\_\_
  - S koliko godina ste prvi puta uzeli psihoaktivnu supstancu( marihuanu, heroin, kokain, MDMA-ECTSASY, barbiturate, anksiolitike) \_\_\_\_\_
  - Smatrate li da vam je potrebna pomoć u rješavanju problema koji su proizašli iz pijenja-uzimanja psihoaktivnih supstanci? DA NE
  - S koliko godina ste prvi puta potražili stručnu pomoć? \_\_\_\_\_
  - Imate li izrečenu zaštitnu mjeru liječenja od ovisnosti zbog nasilja u obitelji ?  
DA NE
  - Uzimate li neke od ovih preparata ? Esperal, Tetidis ili Disulfram,  
DA NE
  - Uzimate li supstitucijsku terapiju ?  
DA NE
  - Jeste li član KLA, AA, ili neke druge udruge koja pruža suport ovisnicima?  
DA NE

- Koliko često dolazite na kontrole kod psihijatra?

a) jednom tjedno b) 1 mj. c) sv. 2 mjeseca d) sv.3mj. e) rjeđe

29. Koliko dugo apstinirate \_\_\_\_\_

30. Imate li hobi ili neku aktivnost u kojoj posebno uživate : DA NE

ako je odgovor DA navedite što je

to\_\_\_\_\_

## Prilog C: Upitnik 2.

upitnik 2. UPITNIK KVALITETE ŽIVOTA SZO-a (WHOQOL-BREF)

**WHOQOL-BREF  
PROGRAM ZA MENTALNO ZDRAVLJE  
SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA, ŽENEVA**

Jeste li sada bolesni? Da Ne

Ako nešto nije u redu s Vašim zdravljem, navedite Vaš zdravstveni problem.

Molim Vas, pročitajte svako pitanje, procijenite svoje osjećaje, te na skali za svako pitanje zaokružite broj koji Vam najbolje odgovara.

1. Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?

Vrlo lošom	Prilično lošom	Ni dobrom ni lošom	Poprilično dobrom	Vrlo dobrom
1	2	3	4	5

2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?

Vrlo loše	Prilično loše	Ni dobro ni loše	Poprilično dobro	Vrlo dobro
1	2	3	4	5

**Slijedeća se pitanja odnose na to KOLIKO ste doživljavali određene stvari u protekla dva tjedna.**

3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

5. Koliko uživate u životu?

Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
1	2	3	4	5

6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

7. Koliko se dobro možete koncentrirati?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

9. Koliko je zdrav Vaš okoliš?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

**Slijedeća se pitanja odnose na to KOLIKO STE POTPUNO doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari u protekla dva tjedna.**

10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

11. Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

13. Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

14. Imate li prilike za rekreaciju?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

15. Koliko se možete kretati uokolo?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

19. Koliko ste zadovoljni sobom?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?

Uopće ne 1	Pomalo 2	Umjereno 3	U znatnoj mjeri 4	U najvećoj mjeri 5
------------------	-------------	---------------	-------------------------	--------------------------

**Slijedeće se pitanje odnosi na to KOLIKO STE ČESTO osjećali ili doživljavali neke stvari u protekla dva tjedna.**

26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje, kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?

Nikad 1	Katkad 2	Uobičajeno 3	Poprilično 4	Često 5
------------	-------------	-----------------	-----------------	------------

### Prilog D: Upitnik 3.

*Koristeći ljestvicu od 0 - 4 molimo Vas da procijenite koliko socijalne podrške dobivate od obitelji, prijatelja i suradnika na poslu otkada ste bolesni:*

*0 - ne odnosi se na mene*

*1 - slabo se odnosi na mene*

*2 - niti se odnosi niti se ne odnosi na mene*

*3 - uglavnom se odnosi na mene*

*4 - u potpunosti se odnosi na mene*

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Prijatelji me poštuju.  | 0 1 2 3 4 |
| 2. Ne osjećam se bliskim s članovima svoje obitelji.   | 0 1 2 3 4 |
| 3. Osjećam se prihvaćenim na svom radnom mjestu.   | 0 1 2 3 4 |
| 4. Moji prijatelji i ja činimo mnogo jedni drugima.  | 0 1 2 3 4 |
| 5. Obitelj me poštuje.   | 0 1 2 3 4 |
| 6. Osjećam da me ljudi na poslu ne cijene.   | 0 1 2 3 4 |
| 7. Moji prijatelji i ja smo uzajamno važni jedni drugima.  | 0 1 2 3 4 |
| 8. Moja obitelj će mi uvijek kada ja to smatram potrebnim priskočiti u pomoć na bilo koji način. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Ljudi na poslu me vole.   | 0 1 2 3 4 |
| 10. Prijatelji se brinu za mene.   | 0 1 2 3 4 |
| 11. Pouzdajem se u članove svoje obitelji.   | 0 1 2 3 4 |
| 12. Suradnici na poslu su mi spremni pomoći na različite načine.                                 | 0 1 2 3 4 |
| 13. Veoma sam povezan sa svojim prijateljima.  | 0 1 2 3 4 |
| 14. Važan sam svojoj obitelji.   | 0 1 2 3 4 |
| 15. Nisam važan kolegama na poslu.   | 0 1 2 3 4 |
| 16. Mojim prijateljima nije stalo do mene.   | 0 1 2 3 4 |
| 17. Moja obitelj me jako voli.   | 0 1 2 3 4 |
| 18. Ne mogu se pouzdati u suradnike na poslu.  | 0 1 2 3 4 |



19. Prijatelji me prihvaćaju onakvog kakav jesam. 0 1 2 3 4
20. Moja obitelj brine za mene. 0 1 2 3 4
21. Osjećam da sam blizak s ljudima na svom radnom mjestu. 0 1 2 3 4
22. Mogu se pouzdati u svoje prijatelje. 0 1 2 3 4
23. Moja obitelj me prihvaća sa svim mojim dobrim i lošim stranama. 0 1 2 3 4
24. Kolege na poslu iskazuju brigu za mene. 0 1 2 3 4

## Prilog E: Upitnik 4.

### BSI- BRIEF SYMPTOM INVENTORY

Datum: \_\_\_\_\_

Ovo je lista problema koje ljudi ponekad imaju. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku rečenicu i zaokružite broj koji najtočnije opisuje. **KOLIKO VAS JE TAJ PROBLEM ZAOKUPLJAO ILI UZNEMIRAVAO TIJEKOM PROŠLOG TJEDNA, UKLJUČUJUĆI I DANAŠNJI DAN.** Za svaki problem zaokružite samo jedan odgovor i nemojte preskakati rečenice. Ako se predomislite na nekom od pitanja, precrtajte prethodni odgovor. Molimo Vas, nemojte ništa dopisivati na listu sa odgovorima. Prije nego što počnete rješavati, pročitajte sljedeći primjer.

<b>Primjer:</b>					
<b>Koliko vas je uznemiravao/la</b>	<b>nimalo</b>	<b>malo</b>	<b>umjereno</b>	<b>prilično</b>	<b>vrlo mnogo</b>
<b>Bol u leđima</b>	0	1	2	3	4

	<b>Koliko vas je uznemiravao/la</b>	<b>nimalo</b>	<b>malo</b>	<b>umjereno</b>	<b>prilično</b>	<b>vrlo mnogo</b>
1	Nervoza ili unutrašnja drhtavica	0	1	2	3	4
2	Nervoza ili unutrašnja drhtavica	0	1	2	3	4
3	Osjećaj da netko kontrolira vaše misli	0	1	2	3	4
4	Osjećaj da su drugi krivi za većinu vaših nevolja	0	1	2	3	4
5	Teškoća da se sjetite nekih stvari	0	1	2	3	4
6	Lako se iznervirate ili naljutite	0	1	2	3	4
7	Osjećaj straha na otvorenom prostoru ili na ulici	0	1	2	3	4
8	Razmišljate o samoubojstvu	0	1	2	3	4

9	Osjećate da se većini ljudi ne može vjerovati	0	1	2	3	4
10	Slab apetit	0	1	2	3	4
11	Iznenada se uplašite bez razloga	0	1	2	3	4
12	Izljevi bijesa koje ne možete kontrolirati	0	1	2	3	4
13	Osjećaj usamljenosti čak i kad ste u društvu	0	1	2	3	4
14	Nesposobnost za obavljanje poslova koje treba završiti	0	1	2	3	4
15	Osjećaj usamljenosti	0	1	2	3	4
16	Nesposobnost za obavljanje poslova koje treba završiti	0	1	2	3	4
17	Nedostatak interesa za bilo što	0	1	2	3	4
18	Nesposobnost za obavljanje poslova koje treba završiti	0	1	2	3	4
19	Osjećaj zastrašenosti	0	1	2	3	4
20	Osjećaj da vas drugi ljudi mogu lako povrijediti	0	1	2	3	4
21	Osjećaj da drugi ljudi nisu prijateljski naklonjeni ili da Vas vole	0	1	2	3	4
22	Osjećaj mučnine ili uznemirenosti u trbuhu	0	1	2	3	4
23	Osjećaj da drugi govore o Vama ili Vas promatraju	0	1	2	3	4
24	Teškoće s usnivanjem	0	1	2	3	4
25	Potreba da provjeravate dva ili više puta ono što radite	0	1	2	3	4
26	Teškoće u donošenju odluka	0	1	2	3	4
27	Osjećaj straha kad se putuje autobusom ili vlakom	0	1	2	3	4
28	Otežano disanje	0	1	2	3	4
29	Osjećaj da Vam tijelom prolaze valovi topline ili hladnoće	0	1	2	3	4
30	Potreba za izbjegavanjem nekih stvari, mjesta ili aktivnosti koje Vas straše	0	1	2	3	4
31	Praznina u glavi	0	1	2	3	4
32	Utrnulost ili žmarci u pojedinim dijelovima tijela	0	1	2	3	4
33	Misao da trebate biti kažnjeni	0	1	2	3	4
34	Osjećaj beznadnosti u odnosu na budućnost	0	1	2	3	4

35	Osjećaj mučnine ili uznemirenosti u trbuhu	0	1	2	3	4
36	Teškoće s koncentracijom	0	1	2	3	4
37	Osjećaj slabosti u pojedinim dijelovima tijela	0	1	2	3	4
38	Osjećaj uznemirenosti ili napetosti	0	1	2	3	4
39	Misli o smrti ili umiranju	0	1	2	3	4
40	Potreba da nekog istučete, povrijedite ili uvrijedite	0	1	2	3	4
41	Prisila da nešto polomite ili razbijete	0	1	2	3	4
42	Smetenost ili sramežljivost u društvu drugih ljudi	0	1	2	3	4
43	Osjećaj nelagode u gužvi, npr. u kupovini ili kinu	0	1	2	3	4
44	Osjećaj da nikad niste bliski s nekom osobom	0	1	2	3	4
45	Nagli napadi jakog straha ili panike	0	1	2	3	4
46	Česte svađe s drugima	0	1	2	3	4
47	Osjećaj nervoze kada ostanete sami	0	1	2	3	4
48	Drugi vam ne daju dovoljno priznanja za ono što ste postigli	0	1	2	3	4
49	Osjećaj da ste tako nemirni da ne možete mirno sjediti	0	1	2	3	4
50	Osjećaj bezvrijednosti	0	1	2	3	4
51	Osjećaj da će vas ljudi iskoristiti, samo ako im za to pružite priliku	0	1	2	3	4
52	Osjećaj krivnje	0	1	2	3	4
53	Pomisao da nešto nije u redu s vašim razumom	0	1	2	3	4

## ŽIVOTOPIS

Zovem se Vlatka Fanjkutić i imam dvadeset i pet godina radnog iskustva, od toga dvadeset godina u NPB „dr. I. Barbot“ na odjelu za Alkoholizam i druge ovisnosti u Popovači. Unatrag pet godina radim na Klinici za psihijatriju KBC- a Rijeka pri Zavodu za psihološku medicinu sa pripadajućim dnevnim bolnicama i ambulantnim programima.

2008. stekla stručni naziv prvostupnice sestrištva bacc. med. techn. na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu.

2008. stekla diplomu grupnog terapeuta pri Institutu za grupnu analizu (IGA) u Zagrebu.