

# Utjecaj politike smanjenja šteta zlouporabe droga na promjenu zdravstvenog ponašanja intravenskih korisnika droga

---

Zovko, Siniša

Doctoral thesis / Disertacija

2011

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:636535>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-06**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)





## Središnja medicinska knjižnica

**Zovko, Siniša (2011) *Utjecaj politike smanjenja šteta zlouporabe droga na promjenu zdravstvenog ponašanja intravenskih korisnika droga [Influence of harm reduction to intravenous drug users health behaviour changes]*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.**

<http://medlib.mef.hr/955>

University of Zagreb Medical School Repository

<http://medlib.mef.hr/>

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET

Siniša Zovko

**Utjecaj politike smanjenja šteta zlouporabe droga na  
promjenu zdravstvenog ponašanja intravenskih  
korisnika droga**

DISERTACIJA

Zagreb, 2011.

Rad je izrađen u Hrvatskom Crvenom križu.

Voditelj rada: prim. dr. sc. Nenad Javornik, dr. med.

Hvala mom mentoru, prim. dr. sc. Nenadu Javorniku na svesrdnoj pomoći i potpori. 😊

## SADRŽAJ

1. UVOD	str. 5
Politika smanjenja šteta zlouporabe droga	str. 7
Politika smanjenja šteta zlouporabe droga u Hrvatskoj	str. 12
Politika smanjenja šteta zlouporabe droga u Hrvatskom Crvenom križu	str. 14
Zdravstveno ponašanje	str. 23
Percepcija i zdravstveno ponašanja	str. 24
Spoznaja i zdravstveno ponašanje	str. 24
Motivacija i zdravstveno ponašanje	str. 24
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	str. 26
3. ISPITANICI I METODE	str. 27
Ispitanici	str. 27
Metode	str. 27
Statističke metode	str. 28
4. REZULTATI	str. 29
5. RASPRAVA	str. 78
6. ZAKLJUČAK	str. 107
7. SAŽETAK	str. 108
8. SUMMARY	str. 109
9. LITERATURA	str. 110
10. PRILOG	str. 114
11. ŽIVOTOPIS	str. 120

## SKRAĆENICE

- AIDS - Acquired Immune-Deficiency Syndrome; sindrom stečene imunodeficijencije
  - ATS – amfetaminski tipovi stimulanata
  - EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
  - HCK - Hrvatski Crveni križ
  - HIV - virus humane imunodeficijencije
  - HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo
  - IDU - injecting drug users, intravenous drug users
  - MDMA - n-metil-3,4-metilendioksiamfetamin
  - NX - needle exchange
  - RAR - Rapid Assessment and Response
  - UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
  - UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime
  - WHO – World Health Organization
- 
- df - stupnjevi slobode
  - F - f-vrijednost testa (ANOVA)
  - H - h – vrijednost testa (Kruskal – Wallis)
  - M - aritmetička sredina
  - Max - maksimum
  - Min - minimum
  - p - razina značajnosti
  - SD - standardna devijacija
  - $\chi^2$  - vrijednost hi kvadrat testa
  - Zadar NX - ispitanici iz Zadra koji su sudjelovali u programu smanjenja šteta Hrvatskog Crvenog križa zamjene štrcaljki i igala u Zadru
  - Zagreb NX - ispitanici iz Zagreba koji su sudjelovali u programu smanjenja šteta Hrvatskog Crvenog križa zamjene štrcaljki i igala u Zagrebu
  - Zagreb nonNX - ispitanici iz Zagreba koji nisu sudjelovali u programu smanjenja šteta Hrvatskog Crvenog križa zamjene štrcaljki i igala u Zagrebu

## 1. UVOD

U trećem tisućljeću ljudska zajednica suočava se sa dva ozbiljna globalna javno zdravstvena problema: zluporabom droga i pandemijom HIV/AIDS-a.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) u svom izvješću 2009.g procjenjuje<sup>(1)</sup> da u svijetu između 172 i 250 milijuna osoba koristi ilegalne droge (najmanje jednom u protekloj 2007. godini). Iako ta brojka uključuje i mnoge slučajne konzumente, koji su drogu probali samo jednom tijekom cijele godine, ona obuhvaća i osobe koje se mogu definirati kao teški ili «problematični» korisnici droga. Većina tih osoba se mogu definirati kao ovisnici o ilegalnim drogama. UNODC procjenjuje da u svijetu postoji između 18 i 38 milijuna osoba dobne skupine između 15 i 64 godina životne starosti koji pripadaju skupini teških ili problematičnih korisnika droga (ovisnika) u godini 2007.

Ako se procjena promatra obzirom na vrstu droga koje se koriste, UNODC procjenjuje:

- između 15 i 21 milijuna osoba dobne skupine od 15 do 64 godina životne starosti koristilo je opijatne tipove droga barem jednom u godini 2007.;
- između 16 i 21 milijuna osoba dobne skupine od 15 do 64 godina životne starosti koristilo je kokain barem jednom u godini 2007.;
- između 143 i 190 milijuna osoba dobne skupine od 15 do 64 godina životne starosti koristilo je kanabis barem jednom u godini 2007.;
- između 16 i 51 milijuna osoba dobne skupine od 15 do 64 godina životne starosti koristilo je ATS (amfetainske tipove stimulanata) barem jednom u godini 2007. Broj osoba dobne skupine od 15 do 64 godina životne starosti koje su koristile MDMA (ecstasy) barem jednom u 2007. godini procjenjuje se između 12 i 24 milijuna osoba;
- između 11 i 21 milijuna osoba dobne skupine od 15 do 64 godina životne starosti injiciralo je droge barem jednom u godini 2007.

Intravensko uzimanje droga (injiciranje) zabilježeno je u 148 zemalja svijeta <sup>(2)</sup>. U usporedbi sa izvješćem iz 2007. g. <sup>(3)</sup> zamjećuje se globalni porast zlouporabe droga u svijetu.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) procjenjuje <sup>(4)</sup>:

#### **BROJ OSOBA KOJE ŽIVE S HIV-om U 2008. GODINI:**

<b>Ukupno</b>	<b>33,4 milijuna</b>	<b>[ 31,1 milijuna – 35,8 milijuna ]</b>
Odrasli	31,3 milijuna	[ 29,2 milijuna – 32,7 milijuna ]
Žene	15,7 miliona	[ 14,2 milijuna – 17,2 milijuna ]
Djeca ispod 15 godina	2,1 milijuna	[ 1,2 milijuna – 2,9 milijuna ]

#### **NOVOZARAŽENI S HIV-om U 2008. GODINI:**

<b>Ukupno</b>	<b>2,7 milijuna</b>	<b>[ 2,4 milijuna – 3,0 milijuna ]</b>
Odrasli	2,3 milijuna	[ 2,0 milijuna – 2,5 milijuna ]
Djeca ispod 15 godina	430 000	[ 240 000 – 610 000 ]

#### **SMRTI VEZANE UZ AIDS U 2009. GODINI:**

<b>Ukupno</b>	<b>2,0 milijuna</b>	<b>[ 1,7 milijuna – 2,4 milijuna ]</b>
Odrasli	1,7 milijuna	[ 1,4 milijuna – 2,1 milijuna ]
Djeca ispod 15 godina	280 000	[ 150 000 – 410 000 ]

Zamjetan je porast ukupnog broja osoba koje žive s virusom HIV-a u 2008. godini, i to za 20% u odnosu na broj osoba u 2000. godini. Prevalencija HIV-a je trostruko veća nego u 1990-im. <sup>(4)</sup> Epidemija HIV-a pokazuje mnogobrojne značajne promjene tijekom svog razvoja. U područjima zemalja istočne Europe i centralne Azije epidemija, koja je bila karakterizirana transmisijom putem intravenskih korisnika droga, sada pokazuje signifikantan porast transmisije HIV-a seksualnim putem <sup>(5)</sup>.



## Politika smanjenja šteta zlouporabe droga

Politika smanjenja šteta zlouporabe droga ("harm reduction") je javnozdravstveni pristup usmjeren na ciljanu populaciju intravenskih korisnika droga (a primjenjuje se i na ostale korisnike droga). Politika smanjenja šteta obuhvaća intervencije, programe i politiku koje nastoje smanjiti zdravstvene, ekonomske i socijalne štete koje nastaju kao posljedica korištenja droga od strane pojedinca, grupa ili zajednica.<sup>(5)</sup>

Definicija politike smanjenja šteta polazi od činjenice: «Ako korisnik droga nije sposoban ili voljan odreći se njegove / njene ovisnosti, treba im se pomoći u smanjenju štete koju nanose sebi i drugima.»<sup>(6)</sup>

Politika smanjenja šteta objedinjuje slijedeće principe, pretpostavke i vrijednosti:

- «Harm Reduction» je javno zdravstvena alternativa moralno/kriminalno bolesničkom modelu pristupa uporabi droga i bolesti ovisnosti;
- «Harm Reduction» prepoznaje apstinenciju kao idealan ishod liječenja bolesti ovisnosti ali prihvaća i alternative koje primarno smanjuju štete uzrokovane uporabom droga i bolestima ovisnosti;
- «Harm Reduction» akceptira ovisnike i nastoji odgovoriti na potrebe artikulirane od njih samih (umjesto odgovora na potrebe definirane politikom temeljenom na nereálnim visokomoralnim ciljevima);
- «Harm Reduction» promovira direktan pristup službama temeljen na maloj razini zahtjevnosti («low treshold») kao alternativu klasičnom pristupu službama koji podrazumijeva veliku razinu zahtjevnosti od korisnika (pristup «susresti ćemo se tamo gdje si ti» a ne pristup «susresti ćemo se tamo gdje bi trebao biti»);

U svojoj filozofiji politika smanjenja šteta moralnom idealizmu dizajniranom postizanju cilja «društva bez droge» konfrontira humani pragmatizam temeljen na činjenici da je ljudska civilizacija oduvijek koristila droge, te da će ih koristiti i u budućnosti.<sup>(7)</sup>

Povijesni razvoj politike smanjenja šteta mora se sagledati u kompleksnim okvirima cjelokupnih društvenih promjena. Sedamdesetih godina prošlog stoljeća dolazi do sloma prohibicionističkog pristupa u odnosu na zlouporabu droga. Nacionalne legislative i međunarodne konvencije stavljaju nove supstance na liste ilegalnih sredstava.

Socijalne zajednice suočavaju se s siromaštvom, neishranjenošću, oštećenjima zdravlja, epidemijama i bolestima; javlja se prenatrpanost zatvora, dolazi do porasta socijalnih troškova. Usporedo s tim zbivanjima, raste i svjesnost da određen broj osoba neizbježno nastavlja koristiti droge.

Politika smanjenja šteta razvila se kao odgovor na politiku smanjenja potražnje, koja se temelji na pristupima «nulte tolerancije» prema korisnicima droga. <sup>(8)</sup>

**TABLICA 1. USPOREDNI PRIKAZ POLITIKE SMANJENJA ŠTETE I POLITIKE SMANJENJA POTRAŽNJE**

<b>POLITIKA SMANJENJA ŠTETA («HARM REDUCTION»)</b>	<b>POLITIKA SMANJENJA POTRAŽNJE («DEMAND REDUCTION»)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prihvaća kontinuiranu uporabu droga</li> <li>• kratkoročni, pragmatični ciljevi</li> <li>• zakon i policija usmjereni su prema velikim dilerima</li> <li>• edukacija o drogama je svrhovita i potrebna za korisnike droga</li> <li>• minimalna intervencija za mnoge</li> <li>• snage zakona cijene koristi politike smanjenja šteta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «društvo bez droga» je ostvarivo</li> <li>• dugoročni, Idealistički ciljevi</li> <li>• nulta tolerancija za sve korisnike droga, eliminacija opskrbe drogama</li> <li>• edukacija o drogama je štetna i potiče na uporabu droga</li> <li>• intenzivna intervencija za nekolicinu</li> <li>• snage zakona smatraju da politika smanjenja šteta potkopava zakone protiv droga</li> </ul>

U tehničkom smislu politika smanjenja šteta obuhvaća:

- programe anonimne i besplatne zamjene štrcaljki i igala za intravenske korisnike droga («needle and syringe exchange programme» , NSPs, NX) - mogu biti u obliku mobilnih timova i/ili fiksnih lokacija. Mobilni timovi u vozilima (obično «kamperima» ili kombijima) obilaze područja grada gdje se nalaze i. v. ovisnici o drogama, razmjenjuju pribor za injiciranje i prikupljaju uporabljeni pribor. U fiksnim lokacijama, i. v. korisnici droga dolaze u prostore gdje donose uporabljeni pribor (štrcaljke i igle) i uzimaju čisti (sterilni). Uz pribor imaju mogućnost dobivanja i dezinfekcijskog materijala (npr. alkoholni tupferi), ampula destilirane vode, čepova za pripremu droge (tzv. «cookeri»). U sklopu takvih programa ovisnici mogu dobiti i kondome, informacijske letke o hepatitisu C, HIV/AIDS-u, hepatitisu B;

- savjetovališta - mjesta gdje ovisnici mogu doći i dobiti sve informacije vezane uz njihov način života i bolesti ovisnosti. U sklopu takvih savjetovališta uvijek se primjenjuje i međuvršnjačka edukacija («peer» edukacija)
- «drop in» centri – mjesta koja su otvorena 24 sata dnevno. Ovisnici mogu doći u njih, u bilo koje doba, otuširati se, promijeniti odjeću i pojesti topli obrok. Takvi programi nastali su u urbanim megalopolisima, gdje je prisutan velik broj ovisnika koji su beskućnici, te svoj život provode na ulici;
- sobe za injiciranje («injecting room») - prostori u kojima ovisnici mogu nesmetano injicirati drogu, koristeći sterilan pribor koji se nalazi u tim prostorima. Takvi programi postojali su u Švicarskoj, Nizozemskoj, Njemačkoj, Velikoj Britaniji tijekom osamdesetih godina prošlog stoljeća. Danas se više ne prakticiraju, zbog visokih cijena koštanja i neučinkovitosti;
- organiziranje distribucije zamjenske (supstitucijske) terapije (metadon, buprenorfin);

Posljednjih desetak godina, u većini programa politike smanjenja šteta, korisnicima se omogućava i testiranje na HIV, hepatitis C i hepatitis B uporabom brzih individualnih testova, s ciljem što ranije dijagnostike i epidemioloških praćenja navedenih bolesti unutar populacije životnog stila visokog rizika – intravenskih korisnika droga i seksualnih radnica/radnika.

Politika smanjenja šteta zlouporabe droga ubraja se u programe male razine zahtjevnosti (tzv. «low treshold» programe). To podrazumijeva odnos prema potencijalnim korisnicima pri kojem se od njih ne zahtijevaju uputnice, zdravstvena osiguranja, identifikacijski dokumenti. U svojoj filozofiji politika smanjenja štete usmjerena je pragmatičnim aktivnostima kojima direktno i brzo nastoji pomoći svakoj individui.

Korisnicima politike smanjenja šteta u svakodnevnom radu nastoji se reći tri osnovne poruke:

- 1) Nemojte koristiti droge;
- 2) Ako koristite droge, nemojte ih injicirati;

- 3) Ako injicirate droge, uvijek koristite osobni sterilni pribor (štrcaljke, igle, kuhala, dezinfekcijska sredstva).

WHO (World Health Organisation), UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) i UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) politiku smanjenja šteta koriste u sklopu svojih djelatnosti vezanih uz pandemiju HIV/AIDS-a. Prevencija transmisije HIV-a putem intravenskih korisnika droga definira se kao ključni izazov unutar postojećih zdravstvenih sustava. Opsežne djelatnosti prevencije, liječenja i njege oboljelih od HIV-a među populacijom intravenskih korisnika droga uključuju devet intervencija:<sup>(9)</sup>

- 1) Programe zamjene štrcaljki i igala;
- 2) Opijatne supstitucijske terapije i druge terapije bolesti ovisnosti;
- 3) HIV testiranja i savjetovanja;
- 4) Antiretroviralnu terapiju;
- 5) Prevenciju i liječenje seksualno prenosivih bolesti;
- 6) Programe distribucije kondoma za intravenske korisnike droga i njihove seksualne partnere;
- 7) Ciljanu komunikaciju, edukaciju i informiranje za intravenske korisnike droga i njihove seksualne partnere;
- 8) Cijepljenja, dijagnosticiranje i liječenje virusnih hepatitisa;
- 9) Prevenciju, dijagnosticiranje i liječenje tuberkuloze;

Navedene intervencije temelje se na epidemiološkim procjenama<sup>(10, 11)</sup> broja HIV seropozitivnih osoba među populacijom injicirajućih korisnika droga. Globalnu epidemiološku situaciju pogoršava činjenica da se svjetska zajednica suočava s trendom preklapanja infekcija HIV/AIDS-a, hepatitisa C, tuberkuloze i multiterapijski rezistentne tuberkuloze, posebice unutar populacije korisnika droga, intravenskih korisnika droga i seksualnih radnika/radnica.

Politika smanjenja šteta u svim aktivnostima temelji se na moralnim principima odnosa prema korisnicima, koji podrazumijevaju:

- osobni kontakt sa svakim korisnikom
- anonimnost
- povjerljivost
- humanost
- pragmatičnost

Danas je politika smanjenja šteta prihvaćena i preporučena od: WHO (World Health Organisation), UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), I.F.R.C. (International Federation of Red Cross/Red Crescent), IHRA (International Harm Reduction Association), AHRN (Asian Harm Reduction Network), Canadian Harm Reduction Network, Central and European Harm Reduction Network, Harm Reduction Coalition (USA), Latin American Harm Reduction Network, Oceania Harm Reduction Network.

### **Politika smanjenja šteta zlouporabe droga u Hrvatskoj**

Problematika zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj sustavno je analizirana i prikazana u Nacionalnoj strategiji borbe protiv zlouporabe droga 1996.g., kada je i prihvaćena od Sabora Republike Hrvatske. Politika smanjenja šteta zlouporabe droga («harm reduction») sastavni je dio Nacionalne strategije.

Velik broj ovisnika i osoba visokorizičnog ponašanja često nije uključen niti u jedan od tretmana koje osigurava društvena zajednica. Negativizam, otpor, nepovjerenje prema društvenim ustanovama česta su obilježja stavova konzumenata i ovisnika o drogama. Takve stavove još više učvršćuju rigidni represivni postupci i kaznena politika koju provodi društveni sustav. Odbacivanju, marginalizaciji i stigmatizaciji ovisnika doprinosi i zanemarivanje problema zlouporabe sredstava ovisnosti od strane sustava socijalne skrbi i zdravstva (koje je uzrokovano preopterećenošću mnogobrojnom problematikom, birokratizacijom i rigidnošću). Povećana represija i

stigmatizacija ovisnika u društvenoj zajednici povećava mogućnost poistovjećivanja ovisnika s kriminalnim skupinama.

Strategija politike smanjenja šteta svojim humanim pristupom pokušava približiti teško ugroženu populaciju ovisnika društvenim ustanovama te ih izvući iz mreže kriminala. Za dio ovisnika koji se ne žele odreći droge niti prihvatiti liječenje, aktivnosti politike smanjenja šteta smanjuju rizik širenja infekcija HIV-a, hepatitisa B, hepatitisa C i smanjuju rizik umiranja ovisnika.

Djelatnostima politike smanjenja šteta želi se obuhvatiti sve one teško dostupne individue i skupine koje zlorabljaju droge a koje nisu obuhvaćene postojećim socijalnim i zdravstvenim službama sustava (tzv. «outreach» pristup). Takav pristup omogućuje uspostavljanje neposrednih kontakata sa korisnicima droga kao i direktne intervencije u skupinama s problemima zlorabe droga. Cilj «outreach» pristupa je i smanjivanje negativnih ekspresija i agresivnosti prema zajednici (koje konzumenti droga često iskazuju), kao i sprečavanje getoizacije i stigmatizacije ovisnika. Takav pristup temelji se na uspostavljanju stabilnog i međusobnog povjerenja između ciljane populacije ovisnika o drogama i pružatelja usluga a uključuje dobro poznavanje i zanimanje za probleme zlorabe droga i ovisničke supkulture. Minimalna ili mala zahtjevnost programa politike smanjenja šteta čini ih prihvatljivim i za najotudnije i najtvrdokornije ovisnike.<sup>(12)</sup>

Počeci politike smanjenja štete zlorabe droga pojavljuju se u Hrvatskoj krajem osamdesetih i početkom devedesetih godina prošlog stoljeća. Liječnici odjela bolesti ovisnosti kliničke bolnice «Sestre milosrdnice» u Zagrebu uočavaju opasnost širenja HIV/AIDS-a unutar populacije i. v. korisnika droga<sup>(13)</sup>. Na inicijativu prof. dr. Slavka Sakomana počinju javno zdravstvene aktivnosti s ciljem poboljšavanja dostupnosti sterilnog pribora za injiciranje za potrebe i. v. korisnika droga (stručni seminari i preporuke za farmaceute kako bi apoteke omogućile i. v. korisnicima droga kupovinu štrcaljki i igala, distribucija informativnih letaka za i. v. korisnike droga o opasnostima i rizicima zaraze HIV-om). Potiču se udruge civilnog društva koje započinju s «harm reduction» aktivnostima. Udruga «Help» iz Splita 1995.g. započinje s djelatnostima politike smanjenja šteta koje provodi na području centralne Dalmacije. Hrvatski Crveni

križ 1998.g. počinje s «harm reduction» programima u Zagrebu, Zadru i Puli. Udruga «Terra» programe smanjenja šteta provodi u Rijeci i Istarskoj županiji od 2000.g. Od samog početka svi programi politike smanjena šteta provode se uz potporu Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi kao i Vladinog ureda za droge.

Prihvatanjem Nacionalne strategije Hrvatska je politiku smanjenja šteta zlouporabe droga stavila u zakonske okvire koji omogućavaju kvalitetno i nesmetano provođenje iste. Nacionalna strategija iz 1996.g. temelj je kompleksnog sustava rješavanja problematike zlouporabe droga koji se u Hrvatskoj primjenjuje i danas.

### **Politika smanjenja šteta zlouporabe droga u Hrvatskom Crvenom križu**

Hrvatski Crveni križ politiku smanjenja šteta zlouporabe droga počeo je provoditi 1998.g. u obliku programa zamjene štrcaljki i igala za potrebe aktivnih intravenskih korisnika droga (tzv. «needle exchange» program, NX). Programi su se počeli provoditi u Zagrebu, Zadru i Puli, a danas su aktivni programi u Zagrebu, Zadru, Novoj Gradiški i Krapini.

Svi navedeni programi provode se u obliku fiksne lokacije zamjene štrcaljki i igala u prostorima Hrvatskog Crvenog križa. Aktivnosti u programima obuhvaćaju:

- kontaktiranje aktivne i. v. ovisničke populacije navedenih područja
- omogućavanje anonimne i besplatne podjele čistih štrcaljki i igala, alkoholnih tufpera, ampula destilirane vode
- zaprimanje nečistog i iskorištenog pribora za injiciranje
- podjelu kondoma i informativnog materijala (letaka, brošura) za populaciju i. v. korisnika droga (letci i brošure "HIV/AIDS", "Kako spriječiti zarazu hepatitisom C", "Sigurnije fiksiranje", "Siguran seks")
- savjetodavne aktivnosti i psihoterapija (individualna i grupna) za korisnike programa koji to žele
- korištenje knjižnice i interneta
- ponovno povezivanje s obiteljima



- pronalaženje poslova i uključivanje u iste, ili, provođenje radne terapije
- daljnja pomoć u nastavku liječenja bolesti ovisnosti ( u dogovoru s nadležnim liječnicima)
- omogućavanje besplatnog testiranja korisnika programa na HIV, hepatitis B ili hepatitis C ( uporabom brzih testova u Zagrebu i u suradnji s nadležnim zavodima za javno zdravstvo)

Programi se provode u skladu s politikom smanjenja šteta zlouporabe droga prihvaćenom od Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, kao i od Ureda za droge Vlade RH ( sastavni dio “Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe opojnih droga u RH 2006 –2012”).<sup>(14)</sup>

Svi programi smanjenja šteta Hrvatskog Crvenog križa temelje se na osnovnim principima učinkovite prevencije širenja HIV-a među populacijom intravenskih korisnika droga (Euro - UNAIDS Task Force, Kopenhagen, 1994) koja se sastoji od aktivnosti:

- informiranja, komunikacije, edukacija
- omogućavanja lakše dostupnosti zdravstvenim i socijalnim službama
- dolaženja do intravenskih korisnika droga
- osiguravanja dostupnosti sterilnom priboru za injiciranje i dezinfekcijskom materijalu

**TABLICA 2. PRIKAZ REZULTATA RADA PROGRAMA SMANJENJA ŠTETA HRVATSKOG CRVENOG KRIŽA U 2009.**

**NX djelatnosti HCK ; 2009.g.**

	GODINA	BROJ KLIJENATA	BROJ NOVIH KLIJENATA	PODIJ. ŠTRC. S IGLOM	PODIJ. IGLE	ALK. TUPFERI	PODIJ. KOND.	VRAĆ. ŠTRC. S IGLOM
<b>ZAGREB</b>	2009.	645	35	12 889	13 627	20 644	2 030	7 197
<b>ZADAR</b>	2009.	1 154	44	10 666	12 595	15 056	1 185	8 093
<b>NOVA GRADIŠK A</b>	2009.	36	17	79	79	79	69	96
<b>KRAPINA</b>	2009.	127	36	300	226	600	1 022	226
<b>UKUPNO</b>	<b>2009.</b>	<b>1 962</b>	<b>132</b>	<b>23 934</b>	<b>26 527</b>	<b>36 739</b>	<b>4 306</b>	<b>15 612</b>

(15)

Tijekom 2009.g. u svim programima smanjenja šteta HCK primjetan je porast broja korisnika programa. Porast broja korisnika nije pokazatelj porasta broja i. v. ovisnika, već pokazatelj promjena ponašanja visoko rizične populacije i. v. ovisnika u smislu uporabe čistog pribora i odlaganja uporabljenog, te prihvaćanja Hrvatskog Crvenog križa od strane i. v. korisnika droga kao institucije koja im svojim uslugama pruža direktnu i kvalitetnu pomoć. U svojim programima Hrvatski Crveni križ uvijek nastoji pružiti, u skladu s načelima Pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca, humanost i očuvanje digniteta svake osobe.



**SL.1. PROGRAM POLITIKE SMANJENJA ŠTETA HRVATSKOG CRVENOG KRIŽA U ZAGREBU – PROGRAM ZAMJENE ŠTRCALJKI I IGALA ZA POTREBE I. V. KORISNIKA DROGA (NX PROGRAM HCK)**



**SL.2. PRIBOR KOJI SE DIJELI KORISNICIMA NX PROGRAMA HCK U ZAGREBU**



**SL. 3. NX HCK ZAGREB – PROSTOR ZA ANONIMNO TESTIRANJE NA HIV, HEPATITIS B, HEPATITIS C BRZIM TESTOVIMA**



**SL. 4. NX HCK ZAGREB – KORISNIK ODLAŽE UPORABLJENI PRIBOR ZA INJICIRANJE**



**SL. 5. PROSTOR "DROP IN" CENTRA NX PROGRAMA HCK U ZAGREBU**



**SL. 6. PROSTOR KNJIŽNICE I MJESTO ZA INDIVIDUALNA SAVJETOVANA I PSIHOTERAPIJU – NX PROGRAM HCK U ZAGREBU**



**SL. 7. PRIBOR ZA TESTIRANJE NA HIV BRZIM TESTOVIMA – NX PROGRAM HCK U ZAGREBU**



**SL. 8. POSTUPAK TESTIRANJA NA HIV BRZIM TESTOM – UZIMANJE UZORKA KRVI (NX HCK U ZAGREBU)**



**SL. 9. TESTIRANJE NA HIV BRZIM TESTOM – NX HCK U ZAGREBU – STAVLJANJE UZORKA KRVI NA TEST TRAKU**



**SL. 10. TESTIRANJE NA HIV UPORABOM BRZOG TESTA – NX HCK U ZAGREBU – STAVLJANJE REAGENSA NA TEST TRAKU**



**SL. 11. TESTIRANJE NA HIV UPORABOM BRZOG TESTA – NX HCK U ZAGREBU – REAKCIJA NA TEST PLOČICI**



**SL. 12. TESTIRANJE NA HIV UPORABOM BRZOG TESTA – NX HCK U ZAGREBU – REZULTAT TESTA NAKON 10 MINUTA ČEKANJA (1 CRTA – HIV (-); 2 CRTE – HIV (+))**



## Zdravstveno ponašanje

Zdravstvenim ponašanjem nazivaju se oblici ponašanja i aktivnosti koje poduzimaju osobe s ciljem:

1. unapređenja vlastitog zdravlja, ukoliko smatraju da su zdrave – pozitivno zdravstveno ponašanje;
2. prevencije ili rane dijagnostike bolesti, ukoliko smatraju da su zdrave ili zdravstveno ugrožene – preventivno zdravstveno ponašanje;
3. utvrđivanja vlastitog stanja zdravlja i mogućnosti liječenja ukoliko se smatraju bolesnim – bolesničko ponašanje;
4. ispunjavanja uputa i savjeta o liječenju ukoliko je «objektivno» prihvaćeno da su bolesne – ponašanje u ulozi bolesnika,<sup>(16)</sup>

Ponašanje je jedna od središnjih analitičkih kategorija svih društvenih, bihevioralnih znanosti. Oblici i područja ljudskog ponašanja su bezbrojni. Međutim, moguće je izdvojiti neke opće karakteristike svih oblika ponašanja:

1. ponašanje ima poticaj (uvjetovano je);
2. ponašanje ima motiv;
3. ponašanje ima cilj;

Ove tri karakteristike mogu se pretvoriti u tzv. temeljni model ponašanja koji je primjenjiv na sve ljude, područja ponašanja, kulture i vremena.<sup>(17)</sup>

Temeljni model procesa ponašanja jednak je za sve ljude. Međutim, stvarno ponašanje pokazuje značajne varijacije. Različita percepcija može promijeniti npr. fazu poticaja. Potrebe i želje individualno su različite a te razlike mogu biti naučene ili kulturološki uvjetovane. Različitost u percepciji, spoznaji i motivaciji dovode do različitih obrazaca ponašanja kod istog ili različitog poticaja. Mnogi vanjski čimbenici djeluju na pojedinačno ponašanje ali oni se modificiraju kroz osobnu percepciju, spoznaju i motivaciju (koji su određeni individualnim vrijednosnim sustavom).

## **Percepcija i zdravstveno ponašanje**

Na percepciju utječu brojni vanjski čimbenici: raspoložive informacije, grupni pritisci, iskustva, uloge itd. Posebno važna za percepciju je selektivna percepcija, odnosno način na koji pojedinac bira informacije. Vrlo često u zdravstvenom ponašanju pojedinac će odabrati samo «odgovarajuće» informacije, ignorirajući «nevažne», negativne informacije. Na primjer, kod odlaska na operaciju pojedinac bira najbolje informacije o operateru i rezultatima sličnih zahvata, a odbacuje negativne informacije.

Drugi čimbenik važan za percepciju je interpretacija informacija. Istu informaciju dvije osobe (zbog razlika u njihovim vrijednosnim sustavima) nikada neće jednako protumačiti. I proces zaključivanja povezan je s potrebom osobe za izgradnjom «cjelovite slike» prije odlučivanja na konkretno ponašanje ili akciju.<sup>(18)</sup>

## **Spoznaja i zdravstveno ponašanje**

Spoznaja ili vrijednosni sustav pojedinca (skupine ili zajednice) uvjetovana je njihovim socijalnim i fizičkim okruženjem, njihovim potrebama, željama i ciljevima, kao i njihovim iskustvima. Zbog tako velikog broja čimbenika koji utječu na pojedinačnu i grupnu spoznaju, pojmovi o racionalnom i iracionalnom vrlo su relativni.

To je posebno važno kod zdravstvenog ponašanja. Vrlo često ponašanje ljudi izloženih opasnosti od smrti zdravim ljudima (a često i neiskusnim liječnicima) izgleda nerazumno. Ono je međutim, ljudima izloženim opasnostima od smrti duboko smisleno i razumno.<sup>(19)</sup>

## **Motivacija i zdravstveno ponašanje**

Razlike u motivaciji jedan su od najvažnijih čimbenika razumijevanja individualnih razlika u zdravstvenom ponašanju. Motivacija je i najsloženiji socijalno – psihološki koncept. Ona uključuje potrebe, želje, tenzije, težnje; uključuje aktivnosti spoznajnog i podsvjesnog u čovjeku.

Motiv je ono što čovjeka navodi na određeno ponašanje ili akciju (radi ili ne radi, hrani se, odlazi liječniku, vodi ljubav). Od niza teorija za razumijevanje zdravstvenog ponašanja i danas se najboljom čini Maslowljeva teorija o hijerarhiji potreba.

Maslow polazi od hipoteze da su ljudske potrebe hijerarhijske strukture, tako da se potrebe više razine aktiviraju tek kada su potrebe niže razine zadovoljene. Maslow definira pet temeljnih skupina potreba:

1. fiziološke potrebe (glad, žeđ, spavanje, spolna potreba, izlučivanje);
2. potrebe sigurnosti (potrebe zaštite od opasnosti, prijetnje, deprivacije);
3. potrebe ljubavi – pripadnosti grupi i potrebe davanja i primanja prijateljstva i osjećaja;
4. potreba za poštovanjem drugih;
5. potrebe samoaktualizacije koje se pokazuju kroz potrebe maksimalnog samorazvijanja, kreativnosti i samoizražajnosti;

Najveći dio zdravstvenih potreba pripada elementarnim fiziološkim potrebama. Druge su zdravstvene potrebe (estetska kirurgija, potreba za unapređenjem zdravlja) potrebe višeg stupnja i do njihove aktualizacije dolazi tek kada se zadovolje potrebe nižeg stupnja.<sup>(20)</sup>

## 2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Politika smanjenja šteta zlouporabe droga je javno – zdravstvena aktivnost koja se provodi s ciljem prevencije i suzbijanja HIV/AIDS-a, hepatitisa B i hepatitisa C kod aktivnih i. v. korisnika droga. Politika smanjenja šteta zlouporabe droga pokazala se kao najučinkovitija javno zdravstvena preventivna aktivnost među populacijom životnog stila velikog zdravstvenog rizika – i. v. korisnicima droga.

Cilj istraživanja je utvrditi socijalne determinante, način života, razmišljanja, stavove i odnos prema bolesti ovisnosti unutar populacije aktivnih intravenskih korisnika droga. Istraživanje također želi ustanoviti učinkovitost aktivnosti politike smanjenja šteta zlouporabe droga na promjenu zdravstvenog ponašanja i. v. korisnika droga (ovisnika). Promjena ponašanja jedan je od glavnih čimbenika kompleksnog postupka liječenja bolesti ovisnosti o drogama s konačnim ciljem izlječenja odnosno resocijalizacije.

U istraživanju su postavljene **sljedeće hipoteze:**

- programi smanjenja šteta zlouporaba droga imaju pozitivan učinak u promjeni zdravstvenog ponašanja aktivnih i. v. korisnika droga, koji se iskazuje kao:
  - smanjenje učestalosti dijeljenja pribora za injiciranje droga
  - veću učestalost testiranja na hepatitis B, hepatitis C i HIV/AIDS
  - poticanje razmišljanja o aktivnom liječenju bolesti ovisnosti
  - poticanje razmišljanja o zapošljavanju
- intravenski ovisnici u Hrvatskoj vrlo često zamjensku terapiju uzimaju i. v. putem, i pri tome razvijaju i ovisnost o intravenskom uzimanju supstanci – «iglomaniju»
- intravenski ovisnici bolest ovisnosti o drogama doživljavaju i kao bolest uvjetovanu osobnim izborom načina (stila) života

### **3. ISPITANICI I METODE**

#### **Ispitanici**

Ispitanici su intravenski korisnici droga – ovisnici – sa područja Zagreba i Zadra. Ispitano je 300 ispitanika koji su podijeljeni u tri skupine.

Prvu skupinu čine ispitanici koji su korisnici programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zagrebu (program zamjene štrcaljki i igala). Prva skupina obuhvaća 100 ispitanika.

Drugu skupinu čine ispitanici koji su korisnici programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zadru (program zamjene štrcaljki i igala). Druga skupina obuhvaća 100 ispitanika.

Treću ( kontrolnu ) skupinu čine ispitanici, aktivni intravenski korisnici droga (ovisnici) s područja grada Zagreba koji ne dolaze u program smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zagrebu. Ispitanici kontrolne skupine definirani su starosnom dobi 25 – 35 godina starosti..

Do ispitanika kontrolne skupine došlo se na osnovi usmene preporuke aktivnih i. v. ovisnika korisnika programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zagrebu, čije socijalno okruženje obuhvaća i aktivne i. v. ovisnike koji ne žele dolaziti u programe smanjenja šteta. .

#### **Metode**

Podatci u istraživanju prikupljeni su individualnim razgovorom sa svakim ispitanikom tijekom kojeg su oni ispunjavali standardizirani upitnik (Upitnik u Prilogu). Korisnici programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zagrebu i Zadru upitnike su ispunjavali u prostorima provođenja programa.

Ispitanici kontrolne skupine upitnik su ispunjavali na dogovorenim mjestima po njihovom izboru (privatni stanovi, parkovi u različitim dijelovima grada Zagreba, restorani, slastičarnice i cafe barovi po individualnom izboru ispitanika).

#### **Statističke metode**

Učinjena je deskriptivna analiza podataka uz određivanje aritmetičke sredine, standardne devijacije i raspona rezultata kvantitativnih te određivanje frekvencija i kumulativnih frekvencija kategorijalnih varijabli.

Distribucije kvantitativnih varijabli testirane su na normalnost raspodjele Kolmogorov-Smirnovljevim testom i Shapiro-Wilk testom, a homogenost varijance Lidmanovim testom. Razlike između skupina u kontinuiranim varijablama utvrđene su analizom varijance (ANOVA) uz post-hoc Tamhaneov test kako bi se utvrdile razlike između pojedinačnih skupina i Kruskal-Wallisovim testom uz post-hoc testiranje Mann-Whitneyevim testom uz Bonferronijevu korekciju razine značajnosti za višestruke usporedbe. Postojanje razlike u učestalosti pojedinih nezavisnih stanja i / ili pojava ispitano je  $\chi^2$  testom.

Statistički značajnom razlikom smatrana je vrijednost empirijske razine značajnosti p od 0.05 ( $p < 0.05$ ).

U analizi podataka korišten je programski paket SAS 9.1.3.

#### **4. REZULTATI**

## SOCIODEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE

**Tablica 3.** Zastupljenost kategorija sociodemografskih varijabli u ukupnom uzorku (N=300).

		Frekvencija	Postotak	Kumulativni postotak	
spol	muško	248	82.7	82.7	
	žensko	52	17.3	100.0	
	Total	300	100.0		
stručna sprema	OŠ	20	6.7	6.7	
	SŠ	255	85.0	91.7	
	faks	25	8.3	100.0	
	Total	300	100.0		
mjesto stanovanja	Bibinje	1	0.3	0.3	
	Kali	1	0.3	0.7	
	Nin	1	0.3	1.0	
	Pag	1	0.3	1.3	
	Pašman	2	0.7	2.0	
	Preko	1	0.3	2.3	
	Split	1	0.3	2.7	
	Sukošan	1	0.3	3.0	
	Ugljan	1	0.3	3.3	
	Zadar	89	29.7	33.0	
	Zagreb	200	66.7	99.7	
	Ždrelac	1	0.3	100.0	
	Total	300	100.0		
	s kim živi	živi sam	47	15.7	15.7
		s roditeljima/drugim članovima obitelji	169	56.3	72.0
partner koji konzumira		31	10.3	82.3	
partner koji ne konzumira		31	10.3	92.7	
prijatelji konzumiraju		3	1.0	93.7	
prijatelji ne konzumiraju		6	2.0	95.7	
drugo		13	4.3	100.0	
Total		300	100.0		
zaposleni	da	67	22.3	22.3	
	povremeno	51	17.0	39.3	
	ne	182	60.7	100.0	
	Total	300	100.0		
korisnik socijalne pomoći	da	61	20.3	20.3	
	ne	239	79.7	100.0	
	Total	300	100.0		
zdravstveno osigurani	da	289	96.3	96.3	
	ne	11	3.7	100.0	
	Total	300	100.0		

U ukupnom uzorku je bila većina muškaraca (83%), sudionici su većinom (85%) bili srednjoškolskog obrazovanja, te većinom iz velikih gradova (Zagreba i Zadra, ukupno 97%).

S obzirom na stanovanje, najveći ih je broj živio u obiteljskim kućanstvima (56%).

Većina (61%) ih nije bila zaposlena u trenutku ispitivanja te je 20% bilo korisnika socijalne pomoći. Zdravstveno je osigurana bila većina sudionika (96%).

Raspon dobi sudionika bio je 18-55 godina, a prosječna dob 32 godine (M=32,2; SD=5,31).

**Tablica 4.** Razlike u zastupljenosti kategorija sociodemografskih varijabli u tri skupine

		Zagreb NX (N=100)	Zadar NX (N=100)	Zagreb neNX (N=100)	$\chi^2$	df	p
spol	muško	83	81	84	0.33	2	0.85
	žensko	17	19	16			
	total	100	100	100			
stručna sprema	OŠ	9	9	2	21.57	4	<0.001
	SŠ	89	74	92			
	faks	2	17	6			
s kim živi	sam	20	18	9	5.81	4	0.21
	s nekim tko ne konzumira (roditelji, parter, prijatelji)	63	71	72			
	s nekim tko konzumira (partner, prijatelji)	12	9	13			
zaposleni	da	8	40	19	44.56	4	<0.001
	povremeno	9	18	24			
	ne	83	42	57			
korisnik socijalne pomoći	da	48	10	3	72.39	2	<0.001
	ne	52	90	97			
zdravstveno osigurani	da	93	97	99	5.28	2	0.07
	ne	7	3	1			

Skupine sudionika se nisu razlikovale s obzirom na zastupljenost muškaraca i žena ( $\chi^2=0.33$ ,  $p=0.85$ ).



S obzirom na stručnu spremu, razlike su postojale na razini triju skupina ( $\chi^2=21.57$ ,  $p<0.001$ ), i to tako što je u Zadru bilo statistički značajno više visokoobrazovanih sudionika nego u Zagrebu ( $\chi^2=13.22$ ,  $p=0.001$ ), dok je među Zagrepčanima koji su sudjelovali u programu bilo više sudionika sa završenom samo osnovnom školom nego među onima koji u programu ne sudjeluju ( $\chi^2=6.50$ ,  $p=0.039$ ).

Kada su uvjeti stanovanja raspodijeljeni u tri skupine (sam, s nekim tko ne konzumira i s nekim tko konzumira), među skupinama sudionika nije bilo razlika s obzirom na to s kim žive ( $\chi^2=5.81$ ,  $p=0.21$ ).

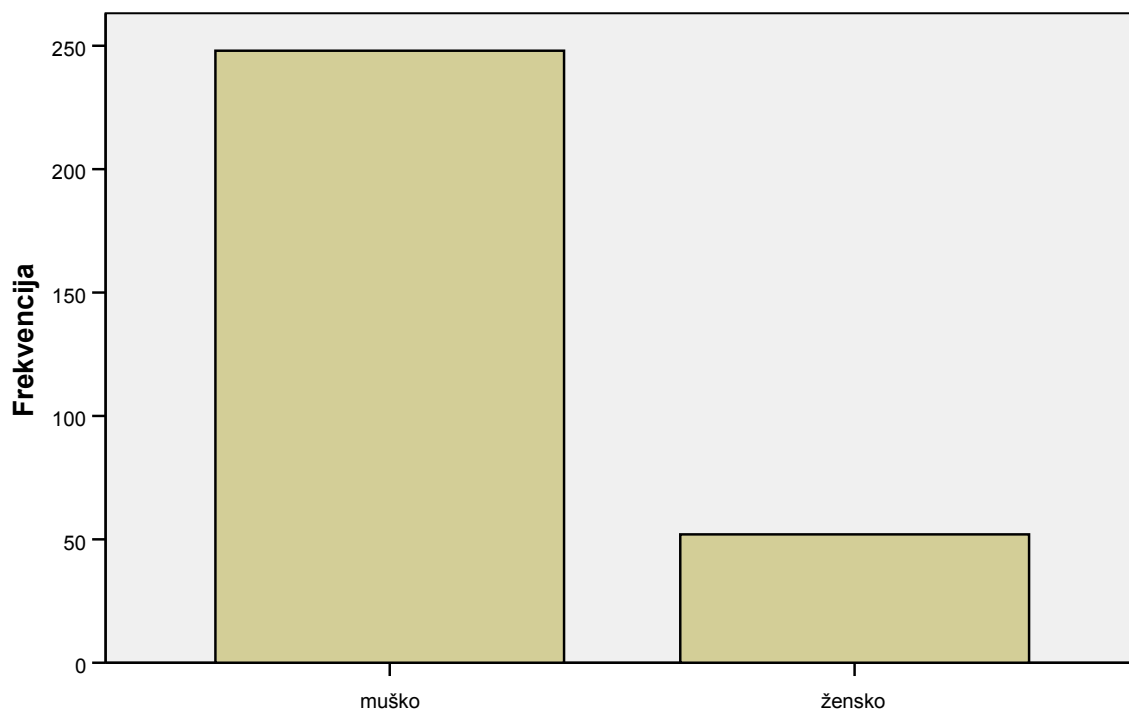
Sudionici su se među skupinama razlikovali po zaposlenosti ( $\chi^2=44.56$ ,  $p<0.001$ ), i to tako da je među Zagrepčanima koji koriste NX program bilo manje zaposlenih nego među ispitanicima koji ne koriste program u Zagrebu ( $\chi^2=16.13$ ,  $p<0.001$ ), i korisnicima u Zadru ( $\chi^2=37.78$ ,  $p<0.001$ ).

Korisnika socijalne pomoći je bilo nejednako među skupinama ( $\chi^2=72.39$ ,  $p<0.001$ ), i to što je među korisnicima NX programa bilo više osoba koje primaju socijalnu pomoć nego u drugom zagrebačkom uzorku ( $\chi^2=53.30$ ,  $p<0.001$ ) i zadarskom uzorku ( $\chi^2=35.07$ ,  $p<0.001$ ).

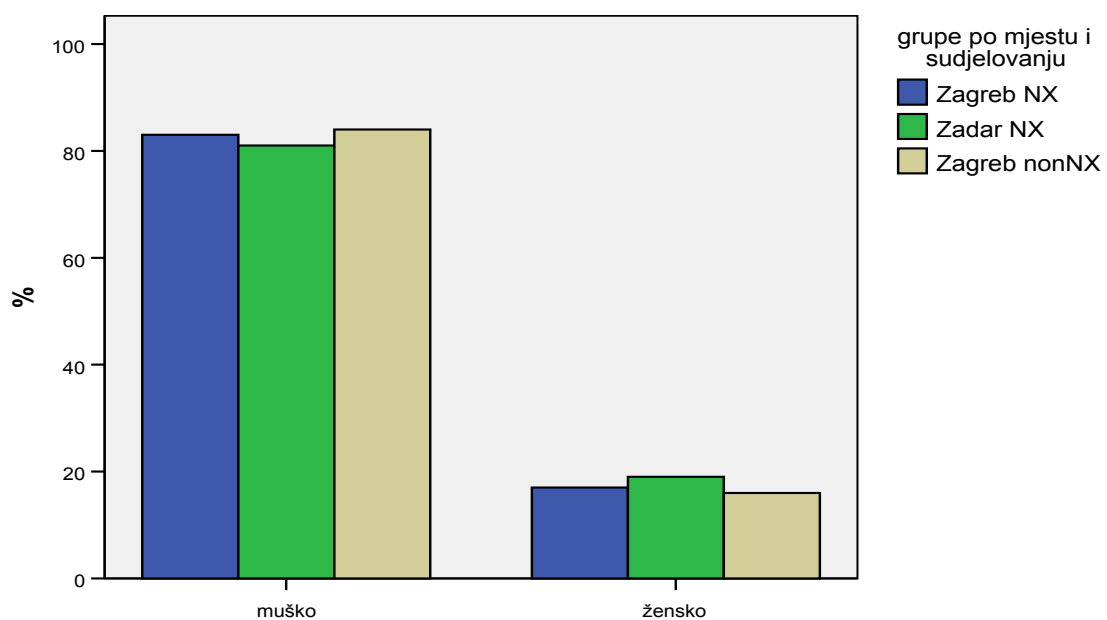
S obzirom na zastupljenost zdravstvenog osiguranja, sudionici iz različitih skupina nisu se razlikovali ( $\chi^2=5.28$ ,  $p=0.07$ ).

Kako bi se utvrdile razlike u dobi između različitih skupina sudionika provedena je ANOVA, koja je pokazala postojanje statistički značajnih razlika među skupinama ( $F=11.07$ ,  $p<0.001$ ).

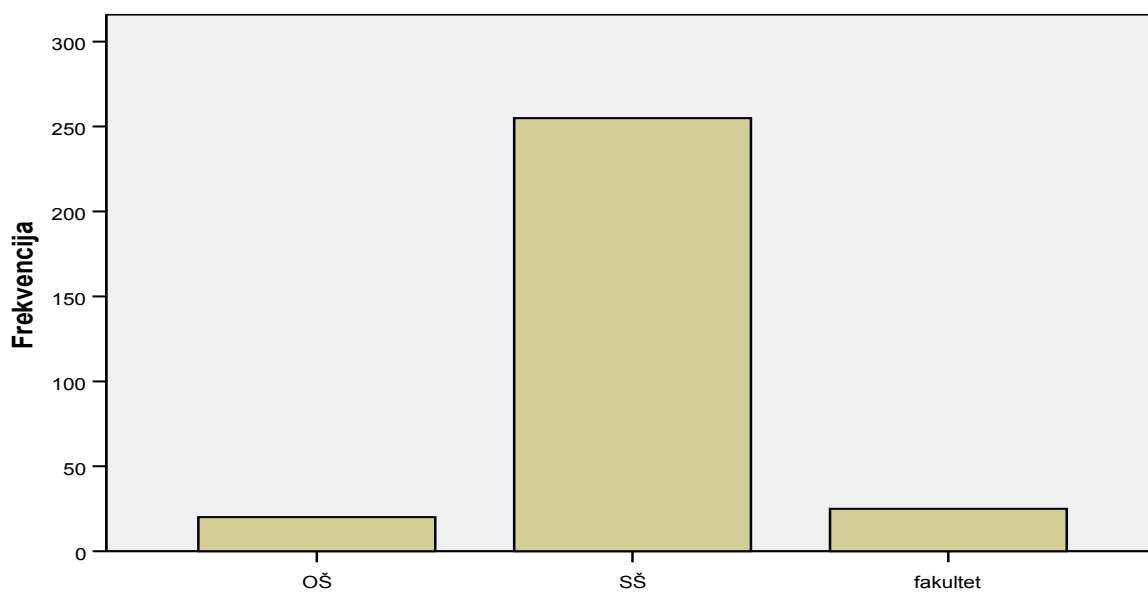
Post-hoc utvrdila je da su Zagrepčani koji ne sudjeluju u NX programu statistički značajno mlađi od pripadnika drugih dvaju skupina ( $p<0.001$ ).



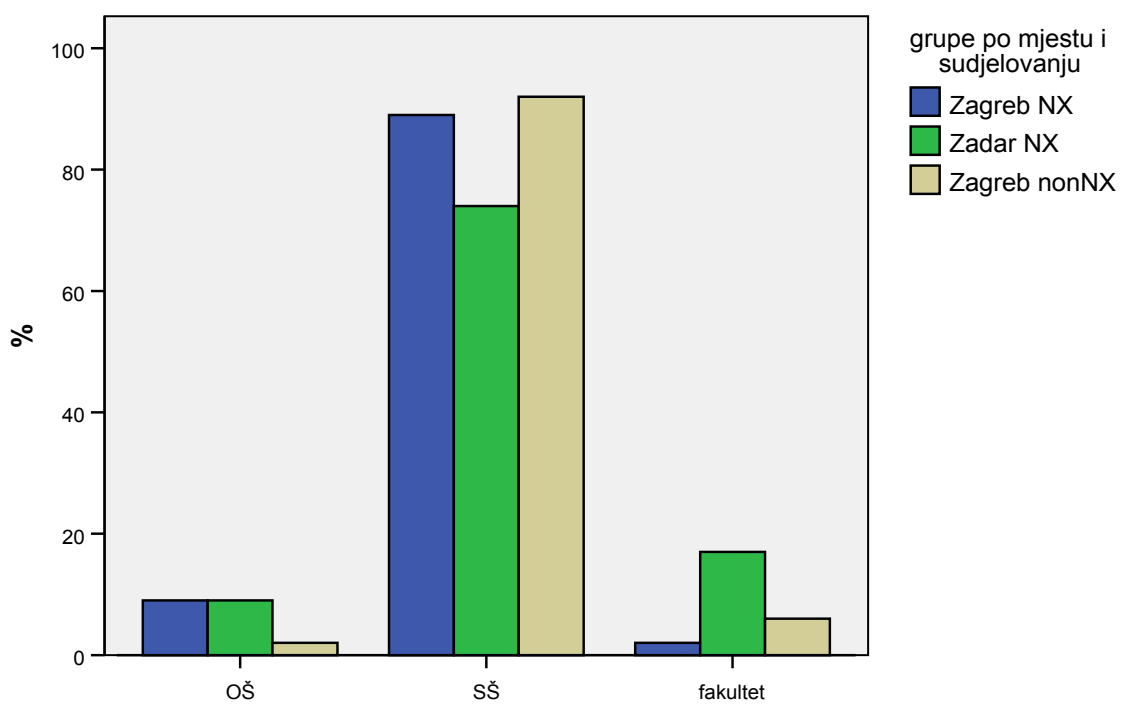
**SL. 13. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SPOL**



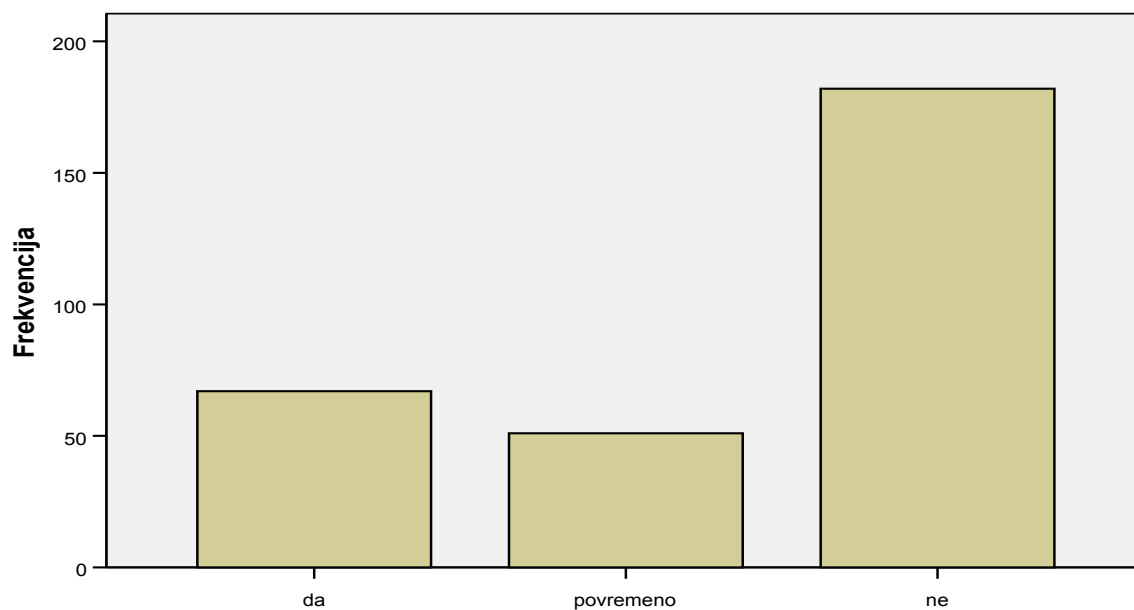
**SL. 14. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SPOL I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



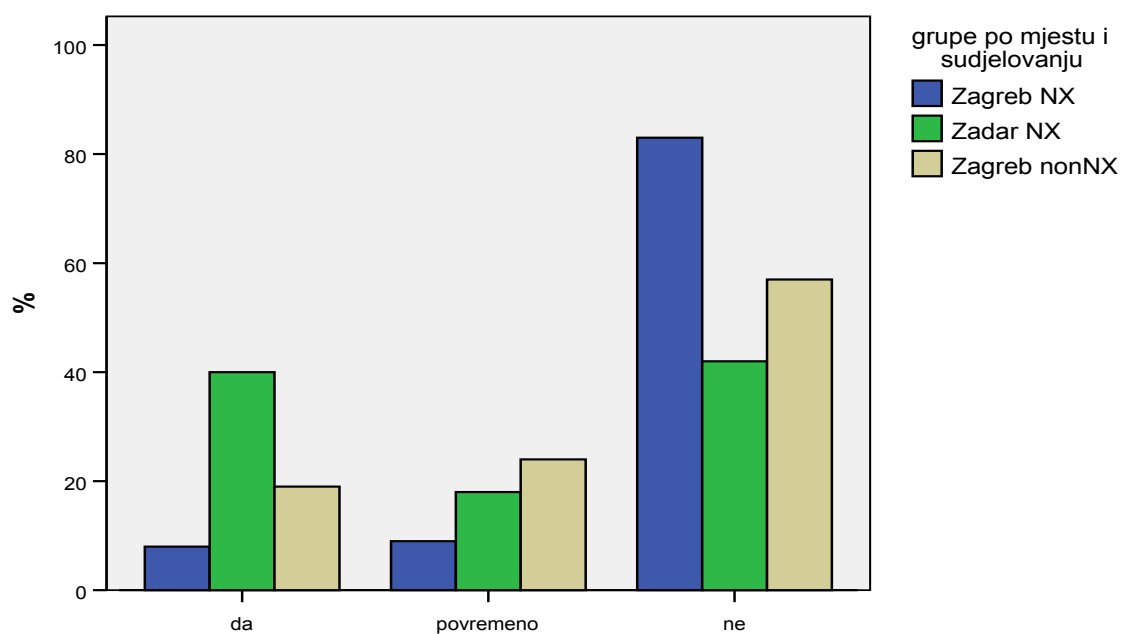
SL. 15. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA STRUČNU SPREMU



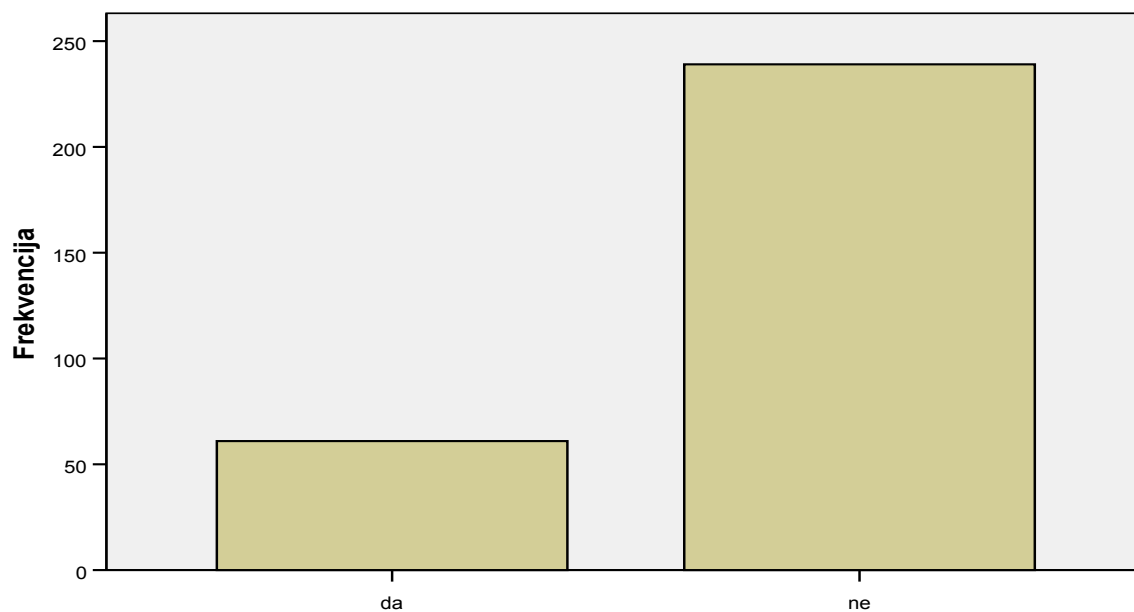
SL. 16. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA STRUČNU SPREMU I MJESTO ISTRAŽIVANJA



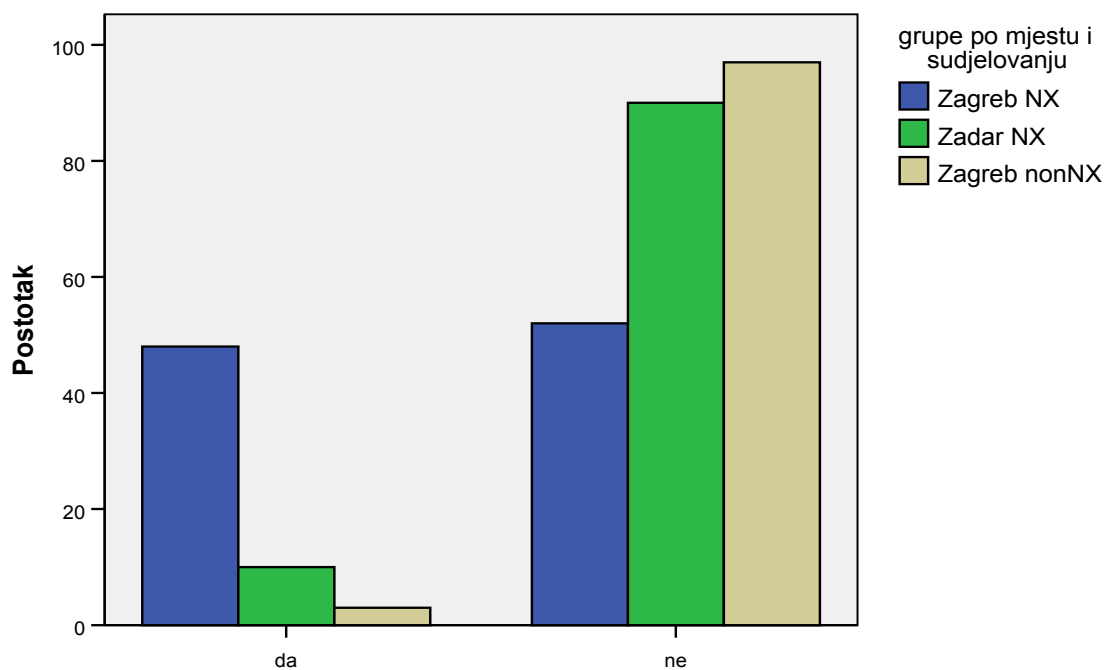
SL. 17. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA ZAPOSLENJE



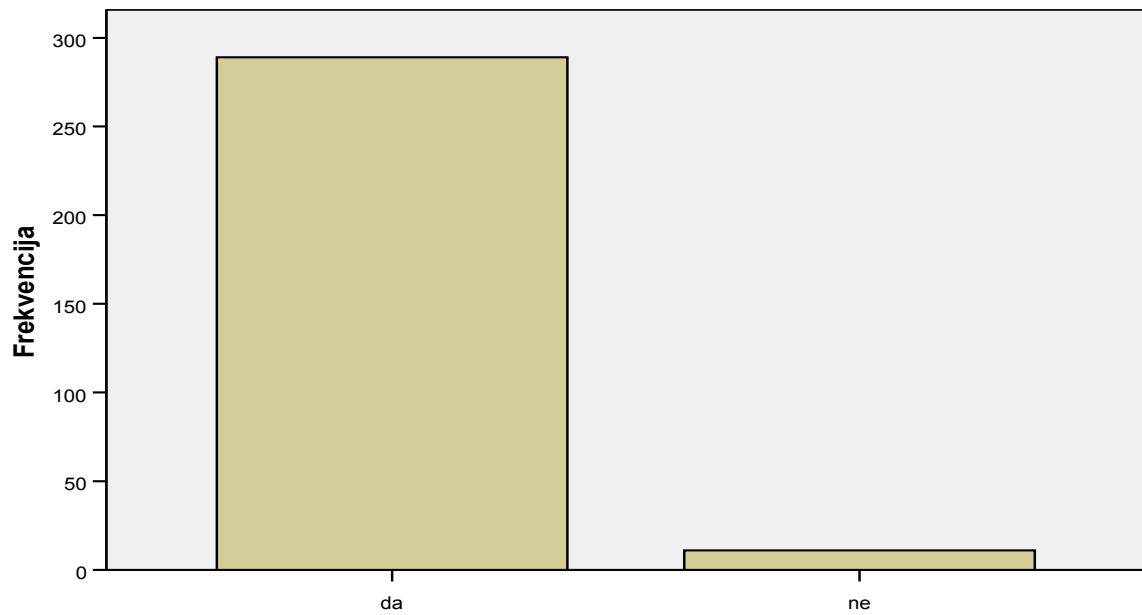
SL. 18. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA ZAPOSLENJE I MJESTO ISTRAŽIVANJA



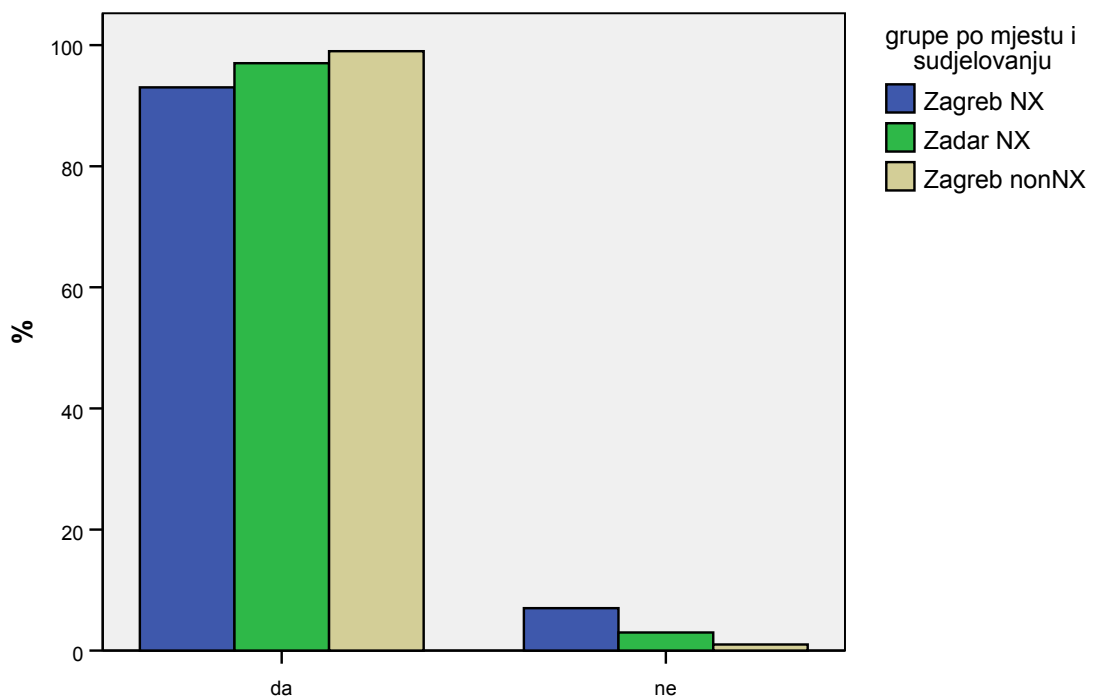
**SL. 19. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SOCIJALNE POMOĆI**



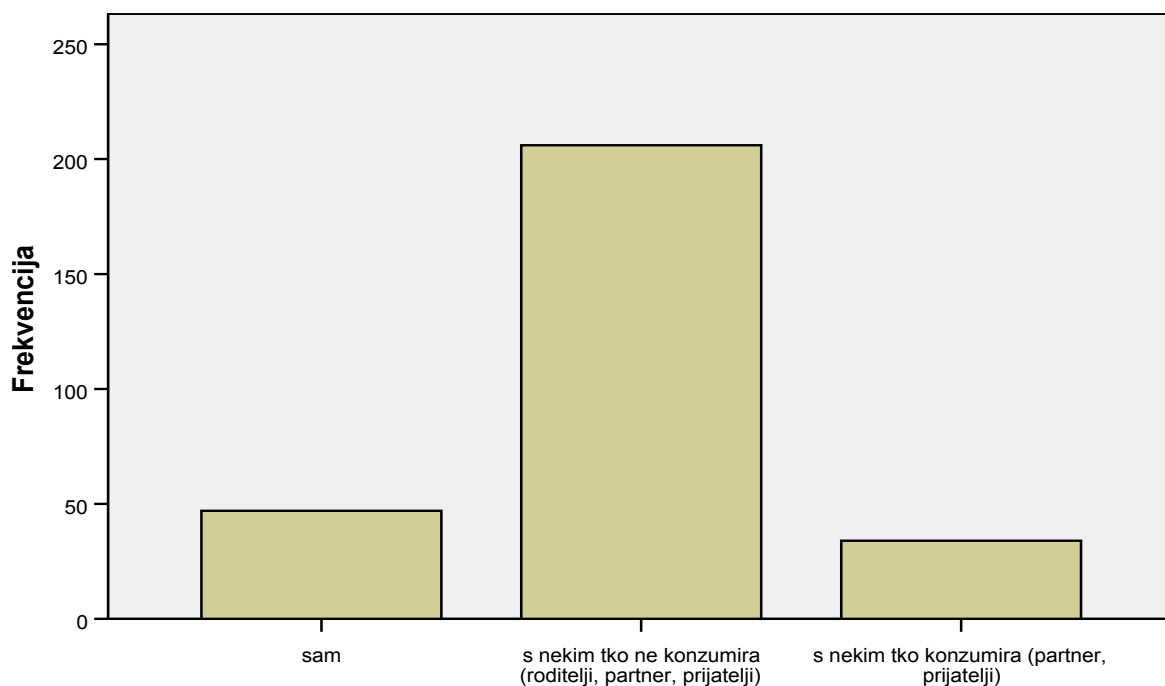
**SL. 20. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SOCIJALNE POMOĆI I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



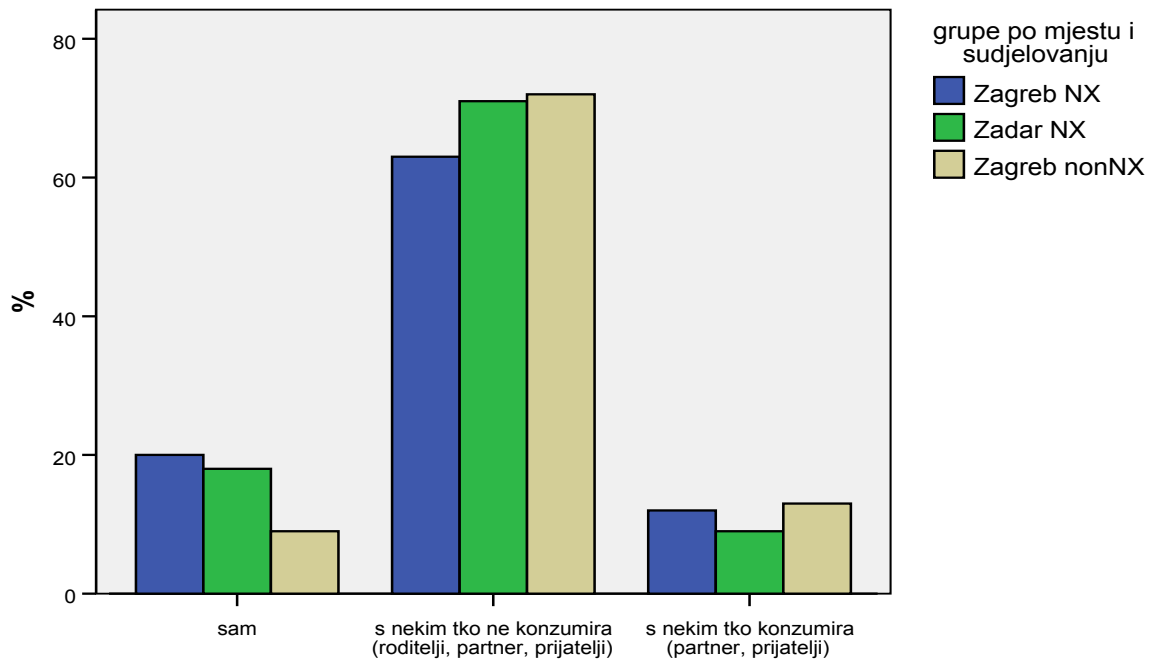
SL. 21. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



SL. 22. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE I MJESTO ISTRAŽIVANJA



SL. 23. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA UVJETE STANOVANJA



SL. 24. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA UVJETE ŽIVOTA I MJESTO ISTRAŽIVANJA

## OVISNIČKO PONAŠANJE

**Tablica 5.** Karakteristike ovisničkog ponašanja u ukupnom uzorku (N=300).

UKUPNI UZORAK frekvencije		Frekvencija	Postotak	Kumulativni postotak	
glavno sredstvo	heroin	222	74.0	74.0	
	kokain	2	0.7	74.7	
	metadon	75	25.0	99.7	
	subutex	1	0.3	100.0	
sporedno sredstvo	antidepresivi	1	0.3	0.3	
	heroin	104	34.7	35.0	
	kodein	1	0.3	35.3	
	kokain	20	6.7	42.0	
	marihuana	47	15.7	57.7	
	metadon	115	38.3	96.0	
	pivo	5	1.7	97.7	
	sve	7	2.3	100.0	
	odvikavanje (Heptanon)	da	222	74.0	74.0
		ne	70	23.3	97.3
ne želim odgovoriti		8	2.7	100.0	
odvikavanje (Subutex)	da	53	17.7	17.7	
	ne	237	79.0	96.7	
	ne želim odgovoriti	10	3.3	100.0	

Najveći udio sudionika kao glavno sredstvo ovisnosti koristi heroin (74%), a zatim metadon (25%). Kao sporedno sredstvo ovisnosti sudionici najčešće koriste metadon (38.3%), heroin (34.7%) i marihuanu (15.7%). Među sudionicima istraživanja 75% ih je u trenutku ispitivanja bilo na supstitucijskoj terapiji metadonom, a 17.6% buprenorfinom.

Raspon trajanja ovisnosti sudionika istraživanja bio je 12-327 mjeseci, a prosječno 105,9 mjeseci (8,82 godina) (SD=50.83).



**Tablica 6.** Razlike u karakteristikama ovisnosti između tri skupine sudionika

		Zagreb NX	Zadar NX	Zagreb non NX	$\chi^2$	df	p
glavno sredstvo	heroin	42	95	85	84.51	6	<0.001
	kokain	1	1	0			
	metadon	56	4	15			
	subutex	1	0	0			
sporedno sredstvo	antidepr.	1	0	0	76.64	14	<0.001
	heroin	55	34	15			
	kodein	1	0	0			
	kokain	3	9	8			
	marihuana	1	22	24			
	metadon	37	25	53			
	pivo	0	5	0			
	sve	2	5	0			
	odvikavanje (Heptanon)	da	93	68	61	29.85	4
	ne	7	28	35			
	ne želim odgovoriti	0	4	4			
odvikavanje (Subutex)	da	26	19	8	13.52	4	0,01
	ne	73	76	88			
	ne želim odgovoriti	1	5	4			

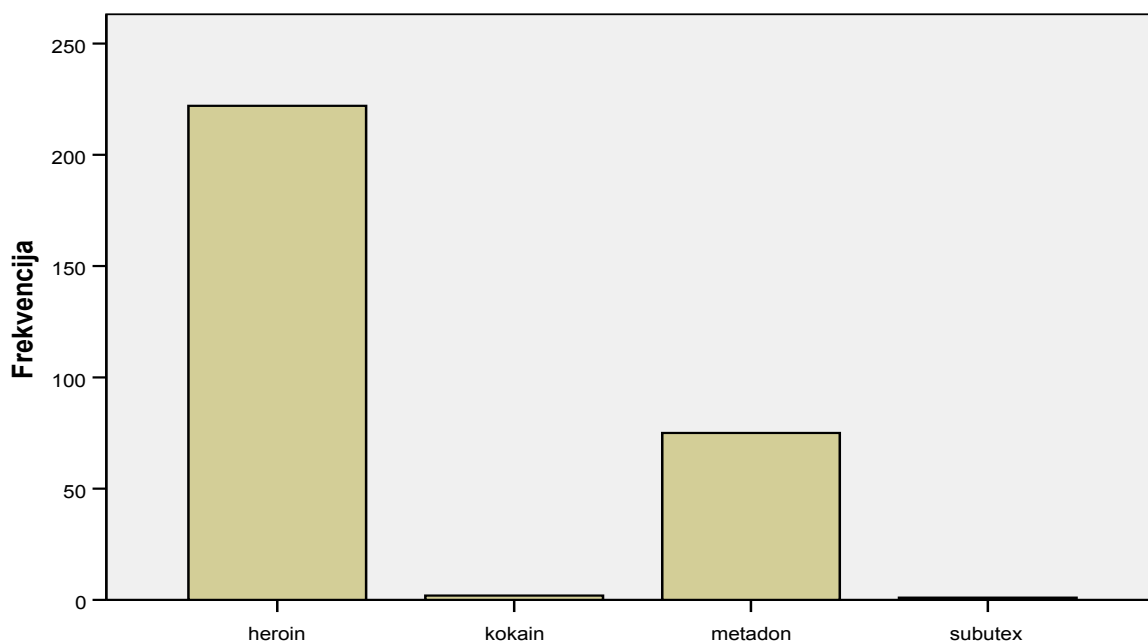
Između sudionika je s obzirom na pripadnost skupini postojala statistički značajna razlika s obzirom na glavno sredstvo ovisnosti ( $\chi^2=84.51$ ,  $p<0.001$ ). Pritom je više bilo korisnika metadona kao glavnog sredstva ovisnost među Zagrepčanima koji sudjeluju u NX programu nego među onima koji ne sudjeluju ( $\chi^2=40.24$ ,  $p<0.001$ ) i korisnicima NX programa iz Zadra ( $\chi^2=66.57$ ,  $p<0.001$ ).

Razlike među skupinama uočene su i s obzirom na sporedno sredstvo ovisnosti ( $\chi^2=76.64$ ,  $p<0.001$ ) i to tako da je među korisnicima NX programa iz Zagreba više

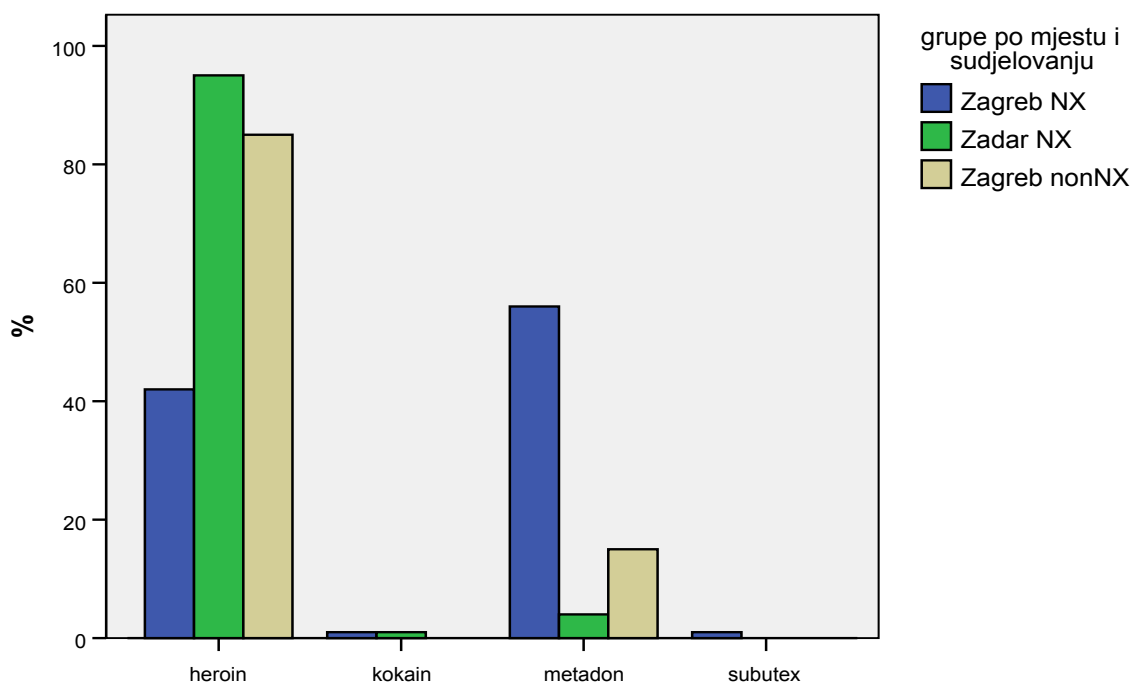
korisnika heroina kao sporednog sredstva, a među ne korisnicima NX-a u Zagrebu je više korisnika kokaina, marihuane i metadona ( $p < 0.001$ ).

Između skupina je postojala i razlika obzirom na supstitucijsku terapiju metadonom ( $\chi^2 = 29.85$ ,  $p < 0.001$ ), pri čemu su korisnici NX programa iz Zagreba češće bili u terapiji metadonom nego korisnici NX programa iz Zadra ( $\chi^2 = 20.48$ ,  $p < 0.001$ ) ili ne korisnici NX programa ( $\chi^2 = 29.32$ ,  $p < 0.001$ ). Liječenje buprenorfinom je također bilo nejednako raspoređeno među skupinama ( $\chi^2 = 13.52$ ,  $p = 0.01$ ), pri čemu je među korisnicima NX programa bilo više korisnika buprenorfina nego među ne korisnicima ( $\chi^2 = 12.73$ ,  $p < 0.001$ ).

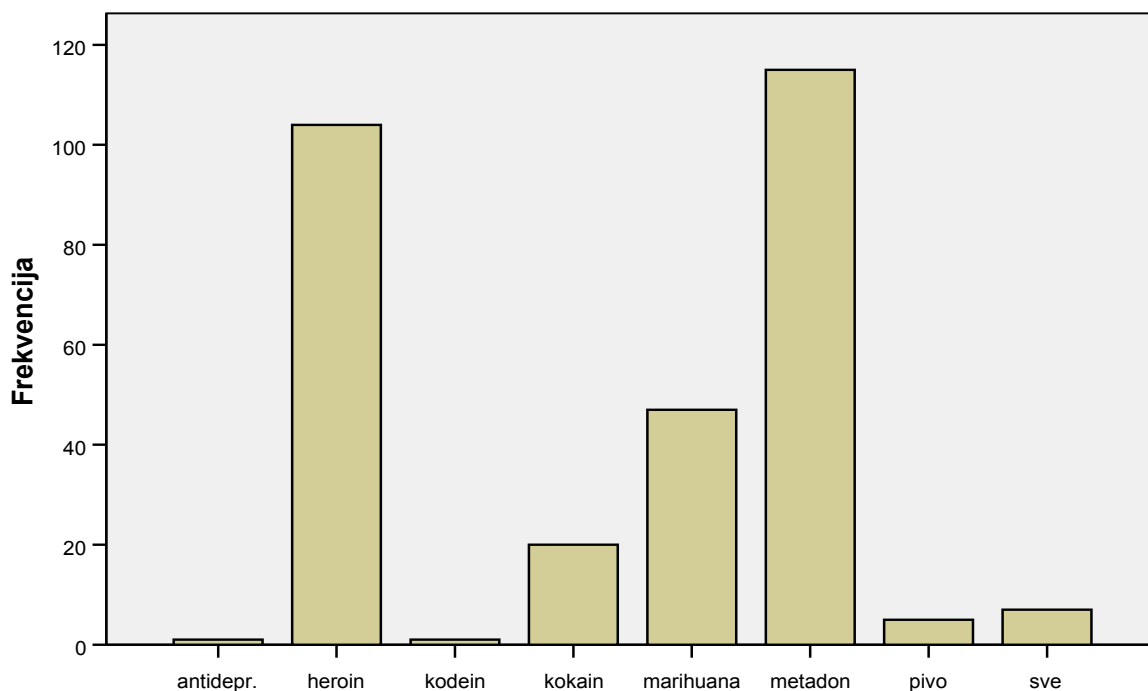
Razlike između skupina s obzirom na trajanje ovisnosti utvrđene su Kruskal-Wallis testom. On je pokazao da između skupina postoje razlike ( $H = 8.03$ ,  $p = 0.02$ ), a za post-hoc analizu su korišteni Mann-Whitneyevi testovi uz Bonferronijevu korekciju značajnosti za višestruke usporedbe (te je kritična vrijednost  $p$  iznosila 0.016). Ovi testovi su utvrdili da se statistički značajna razlika obzirom na trajanje ovisnosti nalazi između Zagrepčana i Zadrana koji su u NX programu ( $p = 0.011$ ), dok između dvaju skupina Zagrepčana nema statistički značajne razlike ( $p = 0.853$ ). Ovisnost je najduže trajala u ispitanika Zagreb NX (114,8 mjeseci), zatim nešto kraće Zagreb non-NX (106,13 mjeseci) dok je ovisnost najkraće trajala kod ispitanika Zadar NX (96,83 mjeseci).



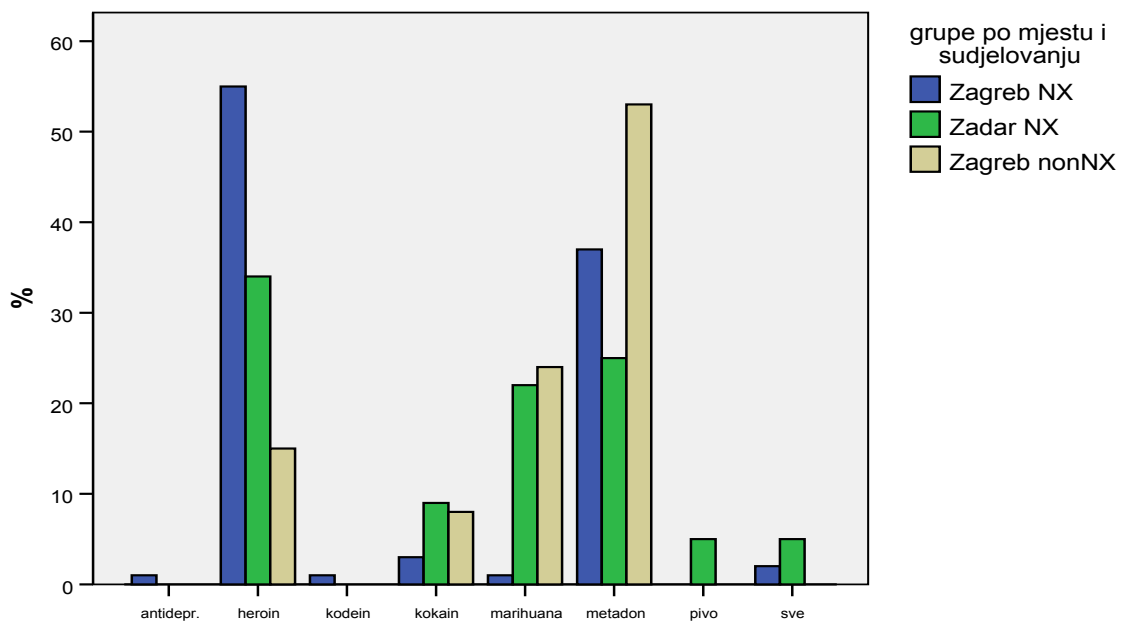
**SL. 25. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE GLAVNOG SREDSTVA OVISNOSTI**



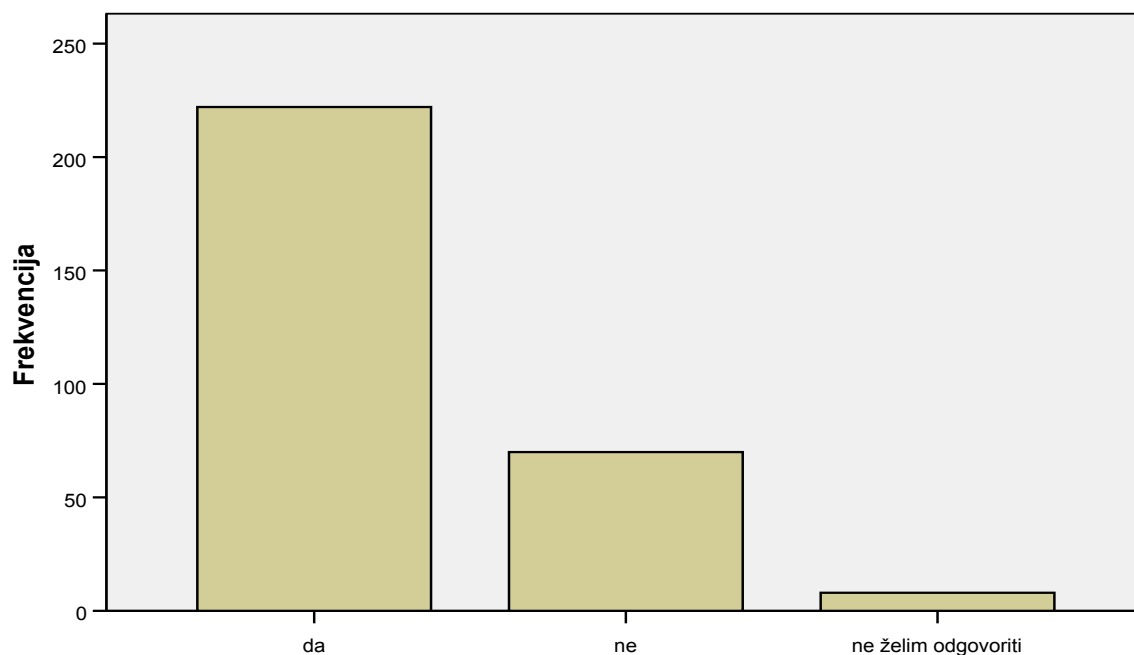
**SL. 26. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE GLAVNOG SREDSTVA OVISNOSTI I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



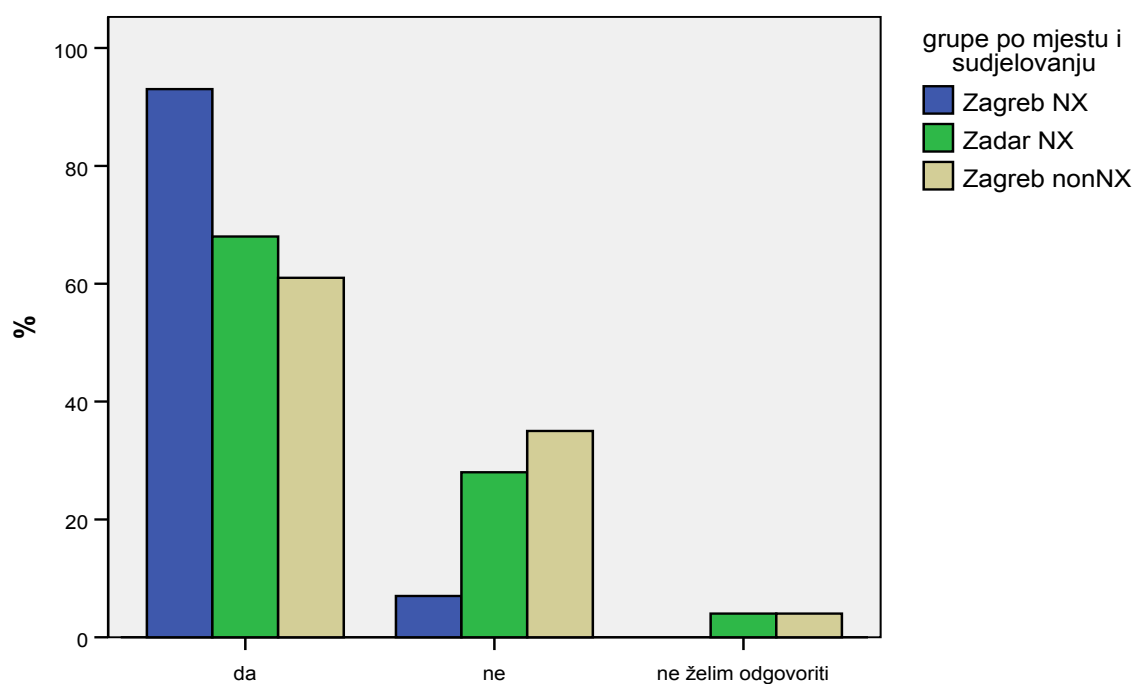
**SL. 27. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SPOREDNOG SREDSTVA OVISNOSTI**



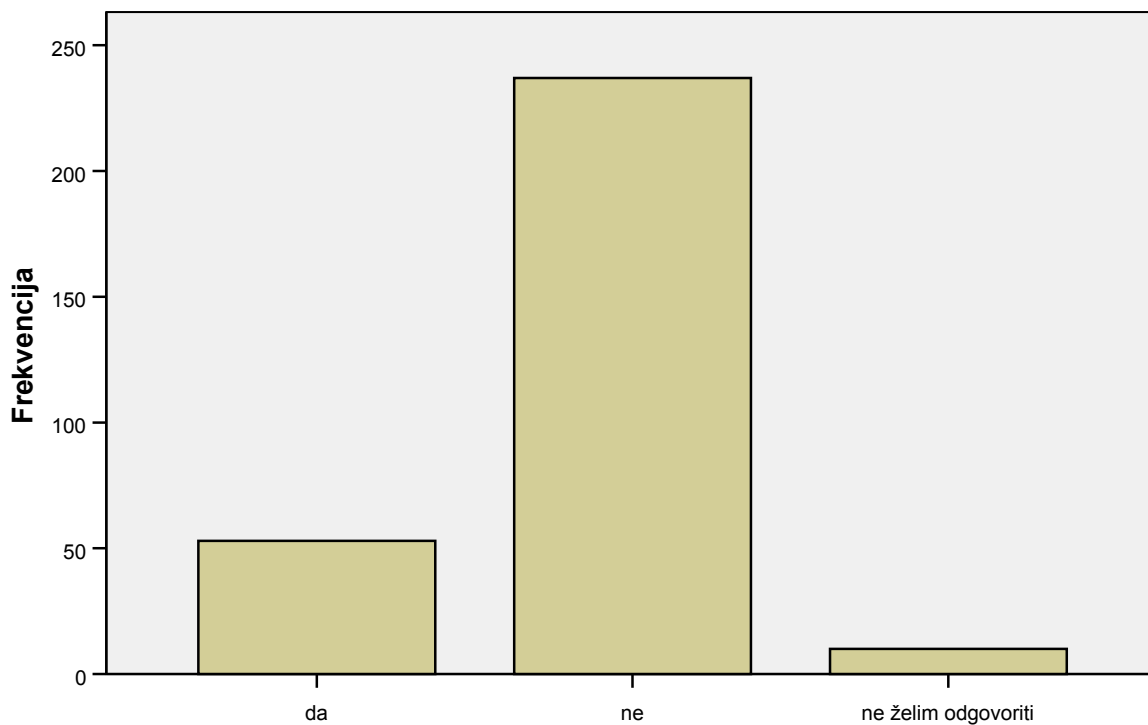
**SL. 28. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SPOREDNOG SREDSTVA OVISNOSTI I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



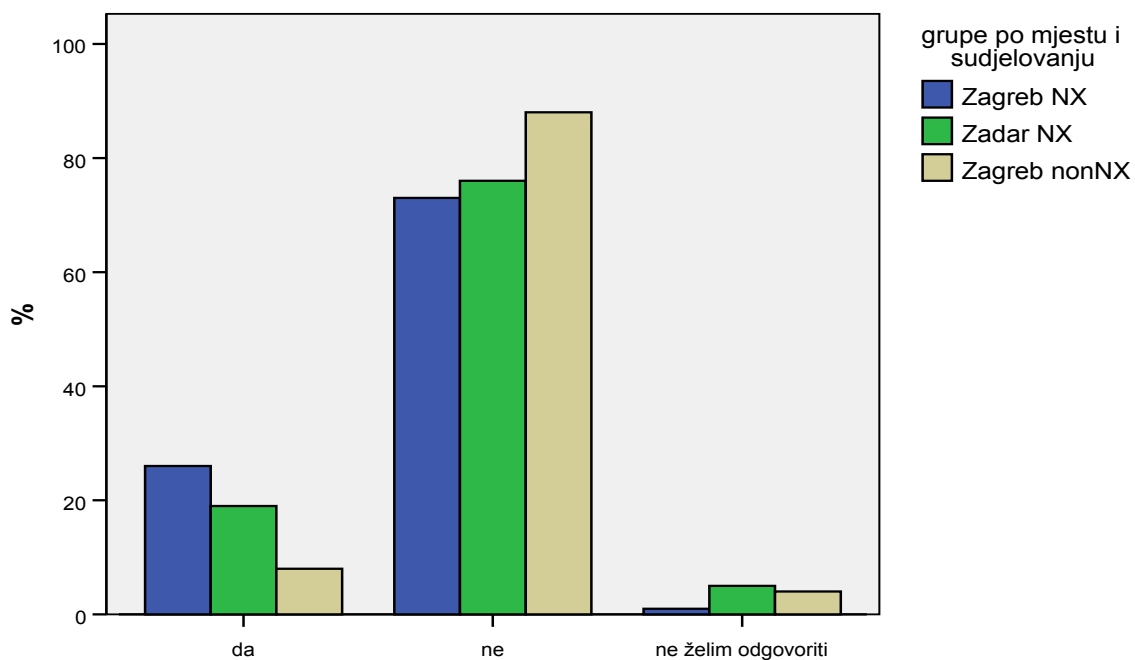
**SL. 29. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SUPSTITUCIJSKE TERAPIJE (METADON)**



**SL. 30. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SUPSTITUCIJSKE TERAPIJE (METADON) I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



**SL. 31. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SUPSTITUCIJSKE TERAPIJE (BUPRENORFIN)**



**SL. 32. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE SUPSTITUCIJSKE TERAPIJE (BUPRENORFIN) I MJESTO ISTRAŽIVANJA**

## RIZIČNI I ZAŠTITNI FAKTORI OVISNIČKOG PONAŠANJA

**Tablica 7.** Rizični i zaštitni faktori

		Frekvencija	Postotak	Kumulativni postotak
dijeljenje pribora	unutar mjesec dana	6	2.0	2.0
	unutar godine dana	101	33.7	35.7
	više od godinu dana	125	41.7	77.3
	nikada	68	22.7	100.0
korištenje kondoma	nikada	53	17.7	17.7
	rijetko	213	71.0	88.7
	uvijek	34	11.3	100.0
testiranje HBV	da	264	88.0	88.0
	ne	23	7.7	95.7
	ne želim odgovoriti	13	4.3	100.0
testiranje HCV	da	271	90.3	90.3
	ne	16	5.3	95.0
	ne želim odgovoriti	13	4.3	100.0
testiranje HIV/AIDS	da	214	71.3	71.3
	ne	69	23.0	94.3
	ne želim odgovoriti	14	4.7	99.0
informiranost o HBV, HBC i HIV/AIDS-u	zadovoljavajuće	25	8.3	8.3
	dobro	135	45.0	53.3
	vrlo dobro	109	36.3	89.7
	odlično	31	10.3	100.0
rizik da budete zaraženi HBV, HBC i HIV/AIDS	velik	1	0.3	0.3
	mali	25	8.3	8.7
	vrlo mali	71	23.7	32.3
	nema ga	188	62.7	95.0
	ne znam	15	5.0	100.0
samopoštovanje	loše	7	2.3	2.3
	zadovoljavajuće	45	15.0	17.3
	dobro	136	45.3	62.7
	vrlo dobro	98	32.7	95.3
	odlično	14	4.7	100.0
komunikacija	loše	11	3.7	3.7
	zadovoljavajuće	74	24.7	28.3
	dobro	119	39.7	68.0
	vrlo dobro	72	24.0	92.0
	odlično	24	8.0	100.0

Većina sudionika iz ukupnog uzorka dijelila je pribor prije više od godinu dana (41.7%), oko trećine (33.7%) dijelilo ga je u razdoblju kraćem od godinu, a dužem od mjesec dana, dok 22.7% sudionika nikad nije dijelilo pribor.

Većina sudionika (71%) kondome koristi rijetko.

Većina sudionika bila je testirana na hepatitis B (88%), hepatitis C (90.3%), a nešto manje i na HIV (71%).

Svoju informiranost o HBV, HCV i HIV/AIDS-u svi su sudionici iskazali barem zadovoljavajućom, pri čemu 46.6% sudionika smatralo da su o ovim rizicima informirani „vrlo dobro“ ili „odlično“.

Samo je jedan ispitanik (0.3%) svoj rizik od zaraze HBV, HCV i HIV/AIDS-om procijenio velikim, dok je 62.3% izjavilo da smatra da nema rizika da budu zaraženi ovim virusima.

Većina je sudionika (45.3%) procijenila svoje samopoštovanje dobrim ili vrlo dobrim (32.7%). Svoju komunikaciju je također najveći broj sudionika procijenio dobrom (39.7%), a podjednaki broj je smatrao da je njihova komunikacija zadovoljavajuća (24.7%) i vrlo dobra (24%).



**Tablica 8.** Usporedbe frekvencija rizičnih faktora u tri skupine sudionika

		Zagreb NX	Zadar NX	Zagreb nonNX	$\chi^2$	df	p
dijeljenje pribora	unutar mjesec dana	0	3	3	30.20	6	<0.001
	unutar godine dana	24	35	42			
	više od godinu dana	53	27	45			
	nikada	23	35	10			
korištenje kondoma	nikad	28	15	10	30.41	4	<0.001
	rijetko	60	65	88			
	uvijek	12	20	2			
testiranje – HBV	da	96	88	80	16.30	4	<0.001
	ne	4	9	10			
	ne želim odgovoriti	0	3	10			
testiranje – HCV	da	100	91	80	23.88	4	<0.001
	ne	0	6	10			
	ne želim odgovoriti	0	3	10			
testiranje – HIV/AIDS	da	72	84	58	24.41	6	<0.001
	ne	27	12	30			
	ne želim odgovoriti	1	3	10			

Sudionici iz različitih skupina razlikovali su se s obzirom na razdoblje u kojem nisu dijelili pribor ( $\chi^2=30.20$ ,  $p<0.001$ ).

Sudionici NX programa iz Zagreba su prije više vremena dijelili pribor nego sudionici iz Zagreba koji nisu u NX programu ( $\chi^2=13.68$ ,  $p<0.001$ ) i nego korisnici NX programa iz Zadra ( $\chi^2=15.98$ ,  $p<0.001$ ).

Sudionici su se razlikovali s obzirom na naviku korištenja kondoma ( $\chi^2=30.41$ ,  $p<0.001$ ), pri čemu su zagrebački korisnici NX programa vjerojatnije koristili kondome nikad ili uvijek u odnosu na ne-korisnike NX programa ( $\chi^2=20.97$ ,  $p<0.001$ ), dok su korisnici NX programa u Zadru kondome koristili češće nego korisnici programa u Zagrebu ( $\chi^2=6.13$ ,  $P=0.05$ ).

Skupine su se razlikovale i s obzirom na zastupljenost testiranja na hepatitis B, hepatitis C i HIV. Zagrebački ispitanici koji koriste NX program bili su češće testirani na

hepatitis B ( $\chi^2=14.03$ ,  $p<0.001$ ), hepatitis C ( $\chi^2=22.22$ ,  $p<0.001$ ) i HIV ( $\chi^2=11.03$ ,  $p=0.01$ ) nego ispitanici koji ne koriste NX program. Zagrebački korisnici NX programa razlikovali su se od zadarskih po tome što su bili češće testirani na hepatitis C ( $\chi^2=9.42$ ,  $p=0.01$ ), jednako često testirani na hepatitis B ( $\chi^2=5.27$ ,  $p=0.07$ ), a češće na HIV ( $\chi^2=8.69$ ,  $p=0.03$ ).

**Tablica 9.** Usporedbe rizičnih i zaštitnih faktora u tri skupine

		N	M*	SD	Min	Max	F	p	Tamhane post-hoc
informiranost o HBV, HCV, HIV	Zagreb NX	100	3.52	0.717	1	5	83.81	<0,001	ZGnonNX>ZgNX>ZdNX
	Zadar NX	100	2.89	0.567	2	4			
	Zagreb nonNX	100	4.05	0.609	2	5			
	Total	300	3.49	0.791	2	5			
samoprocjena rizika zaraze	Zagreb NX	94	3.56	0.578	1	4	26.88	<0.001	ZdNX>ZgNX ZDNX>ZgnonNX ZgNX>ZGnonNX
	Zadar NX	92	3.23	0.84	2	4			
	Zagreb nonNX	99	3.88	0.328	3	4			
	Total	285	3.56	0.666	1	4			
samopoštovanje	Zagreb NX	100	3.1	0.689	1	5	123.15	<0.001	ZGnonNX>ZgNX>ZdNX
	Zadar NX	100	2.6	0.651	1	4			
	Zagreb nonNX	100	3.97	0.521	3	5			
	Total	300	3.22	0.842	1	5			
komunikacija	Zagreb NX	100	2.52	0.731	1	5	174.86	<0.001	ZGnonNX>ZgNX; ZGnonNX>ZdNX
	Zadar NX	100	2.63	0.646	1	4			
	Zagreb nonNX	100	4.09	0.605	3	5			
	Total	300	3.08	0.975	1	5			

\* Raspon skale je 1-5; viši broj označava višu informiranost, procjenu rizika zaraze, samopoštovanje i komunikaciju.

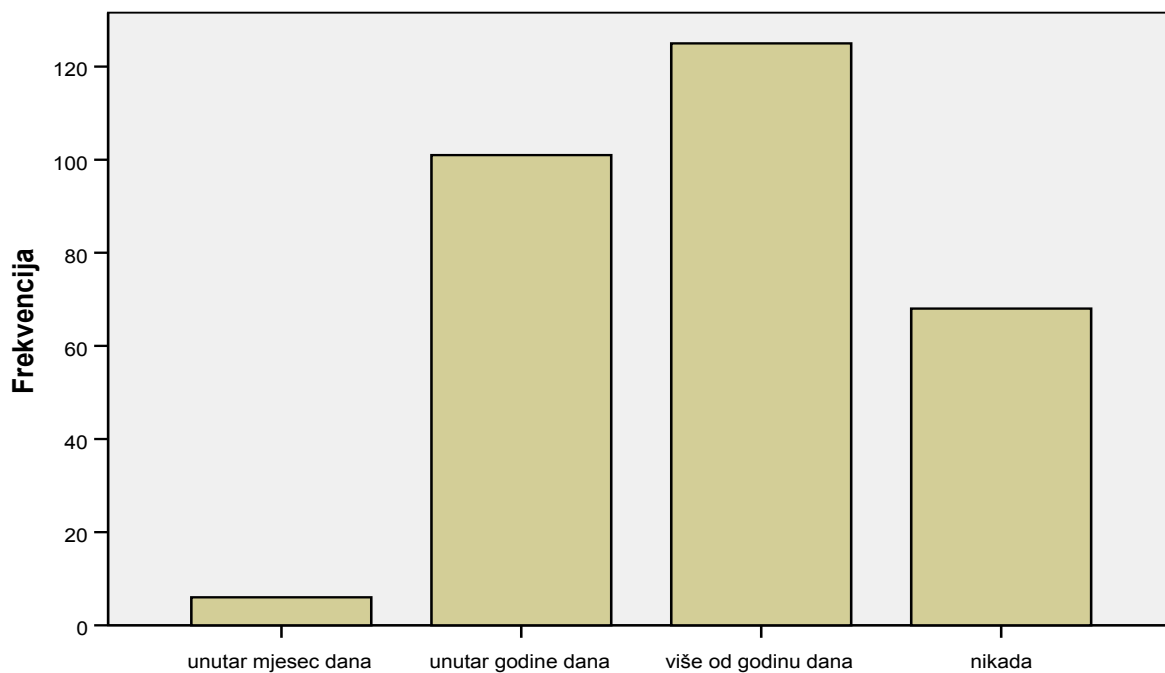
S obzirom na samoprocjenu informiranosti o HBV, HCV i HIV-u, skupine su se razlikovale ( $F=83.81$ ,  $p<0.001$ ), i to tako da su Zagrepčani koji ne koriste NX program

smatrali da su bolje informirani od Zagrepčana koji ga koriste ( $p < 0.001$ ), dok su Zadranici imali najnižu procjenu informiranosti ( $p < 0.001$ ).

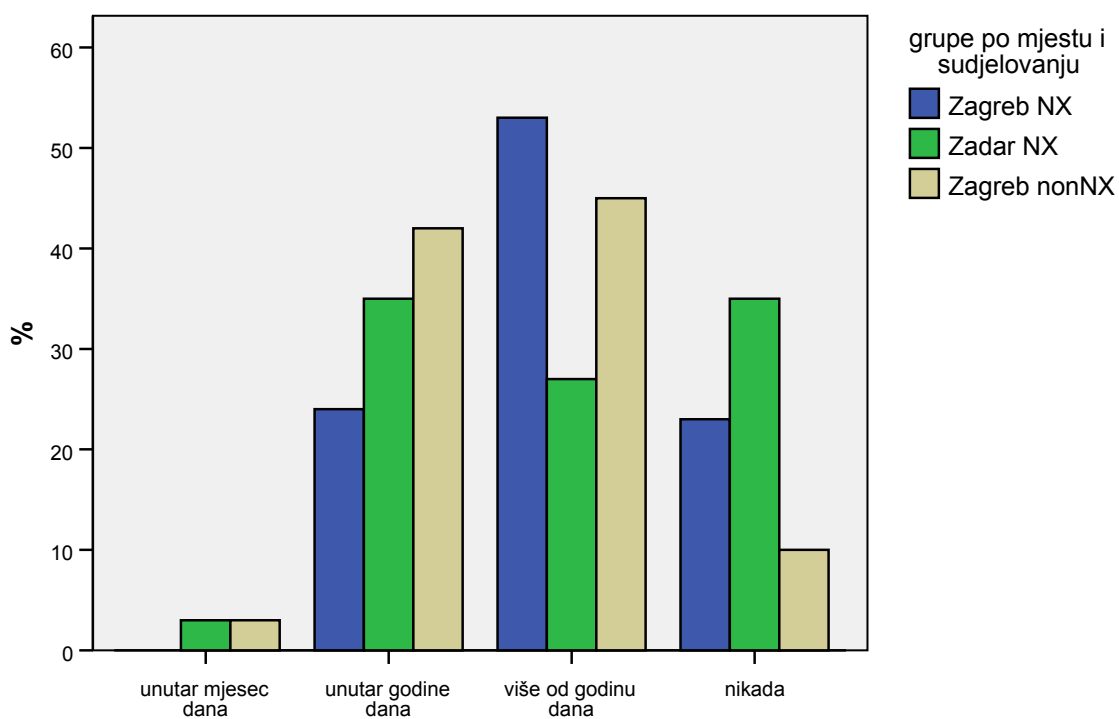
U procjeni rizika zaraze, skupine su se također razlikovale ( $F = 26.88$ ,  $p < 0.001$ ), i to tako da su zadarski sudionici istraživanja procjenjivali rizik najvišim ( $p < 0.001$ ), zagrebački korisnici NX programa nižim ( $p < 0.006$ ), a ne-korisnici programa najnižim ( $p < 0.001$ ).

Razlike među skupinama postojale su i s obzirom na samopoštovanje ( $F = 123.15$ ,  $p < 0.001$ ) i komunikaciju ( $F = 174.86$ ,  $p < 0.001$ ). Svoje su samopoštovanje najboljim procjenjivali sudionici iz Zagreba koji ne koriste NX program ( $p < 0.001$ ), zatim sudionici iz Zagreba koji jesu u NX programu ( $p < 0.001$ ), a najniže su samopoštovanje iskazali sudionici iz Zadra ( $p < 0.001$ ).

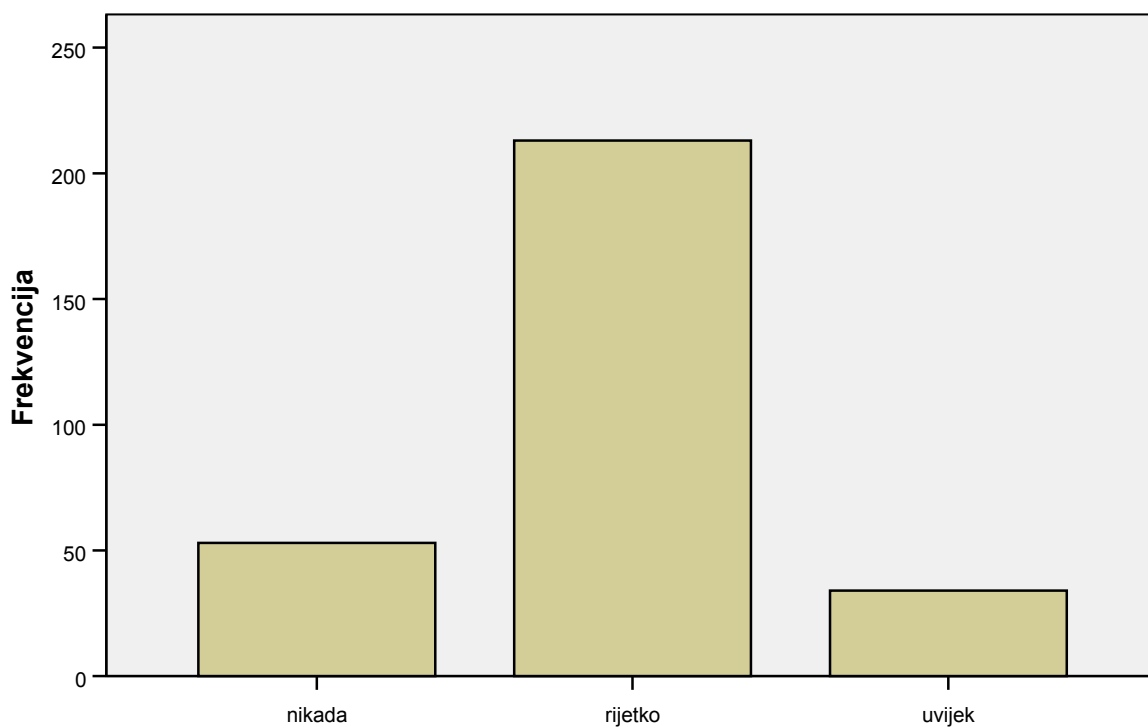
Zagrepčani koji ne koriste NX program procijenili su da imaju kvalitetniju komunikaciju od dviju skupina korisnika NX programa ( $p < 0.001$ ), koji se međusobno nisu razlikovali ( $p > 0.05$ ).



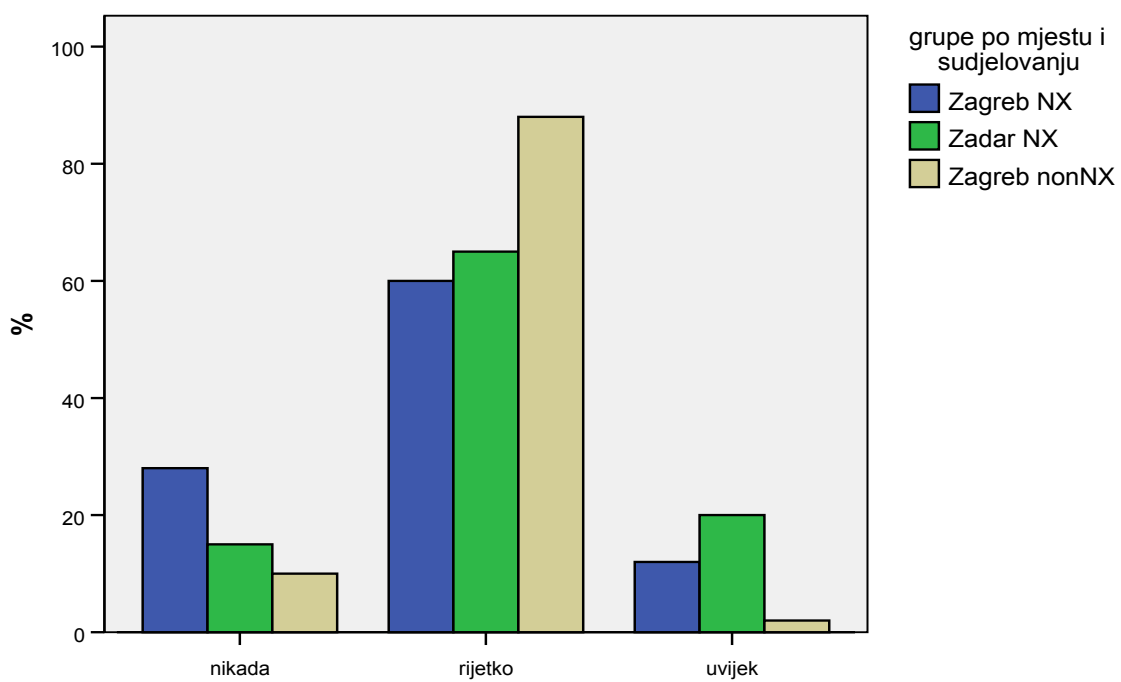
**SL. 33. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA DIJELJENJE PRIPORA ZA I.V. UZIMANJE DROGE**



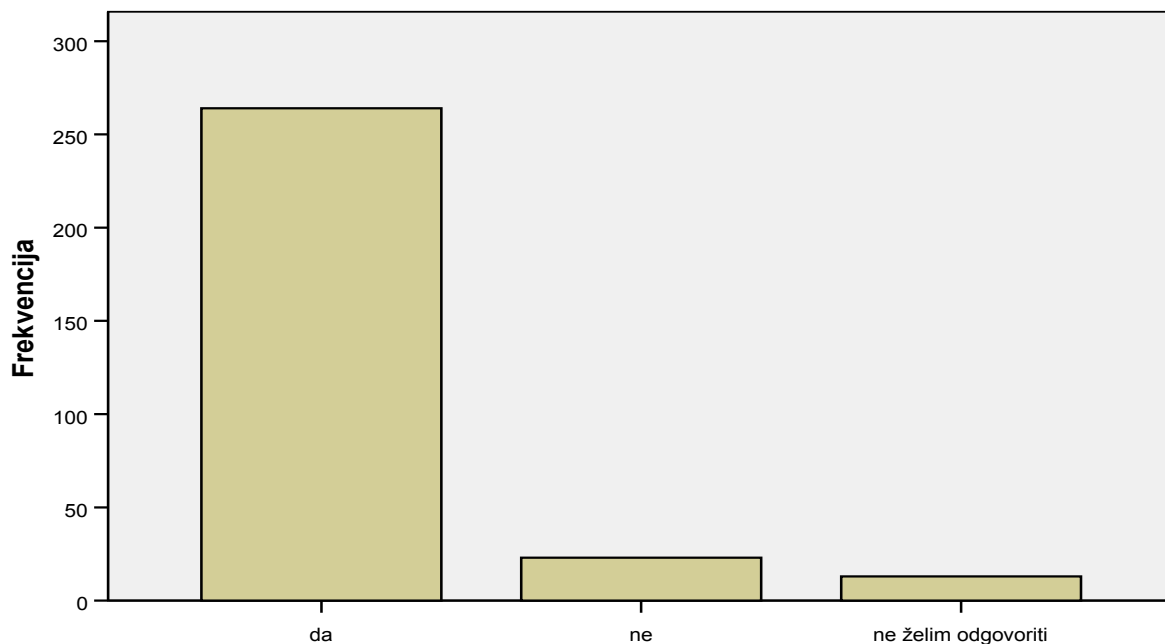
**SL. 34. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA DIJELJENJE PRIPORA ZA I.V. UZIMANJE DROGE I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



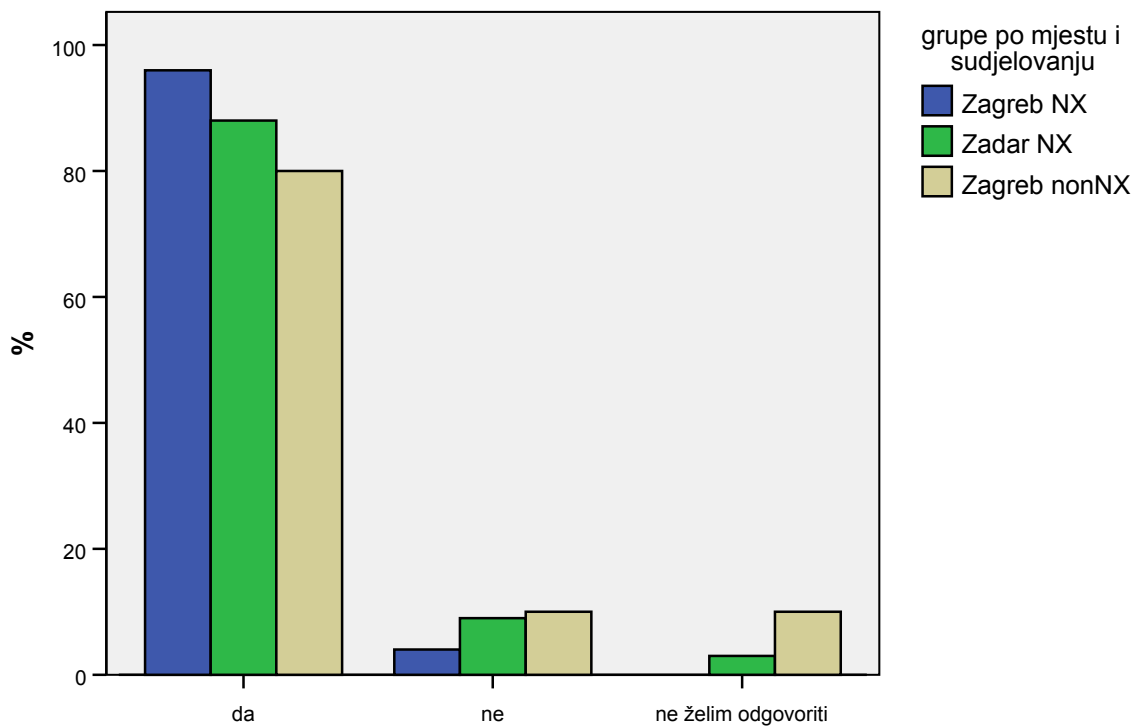
**SL. 35. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE KONDOMA**



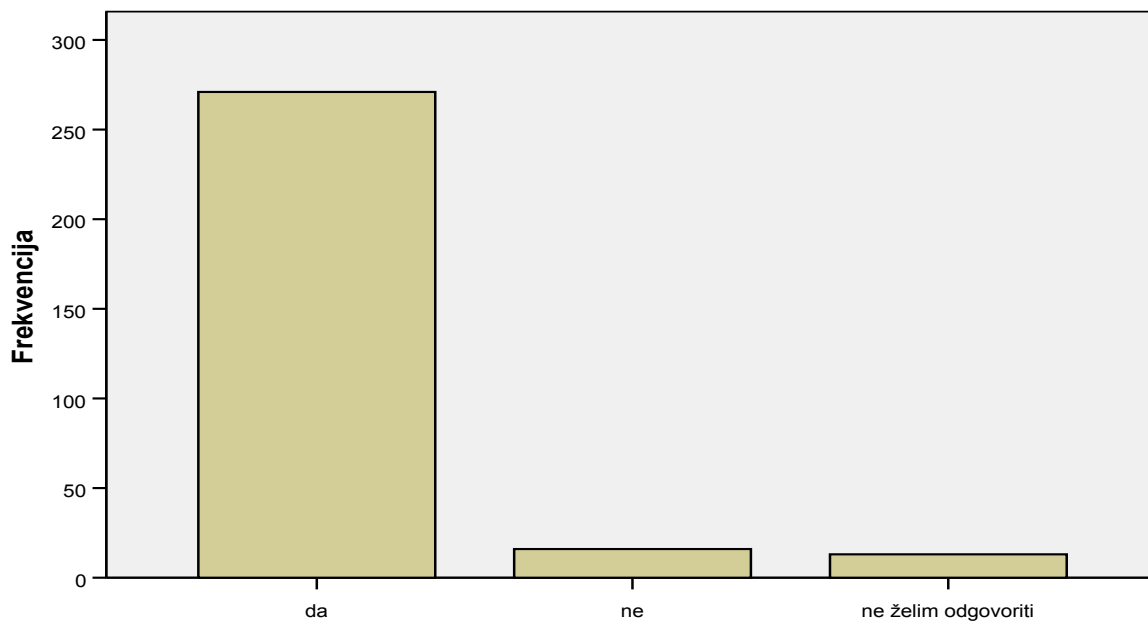
**SL. 36. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA KORIŠTENJE KONDOMA I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



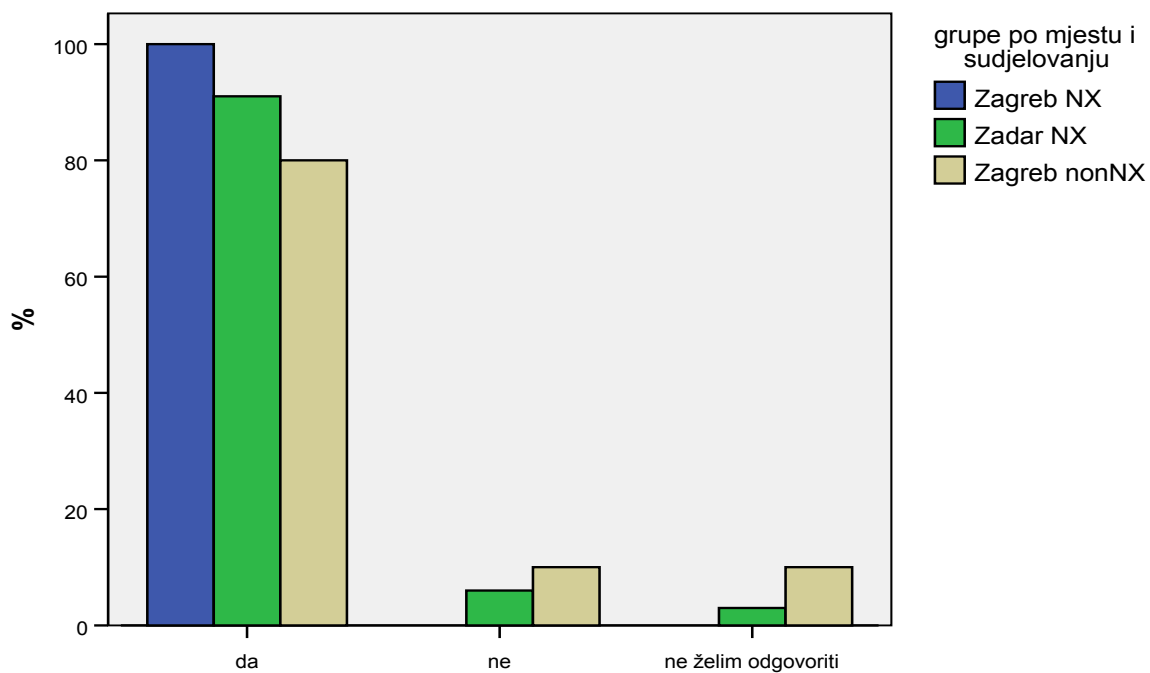
SL. 37. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA TESTIRANJE - HBV



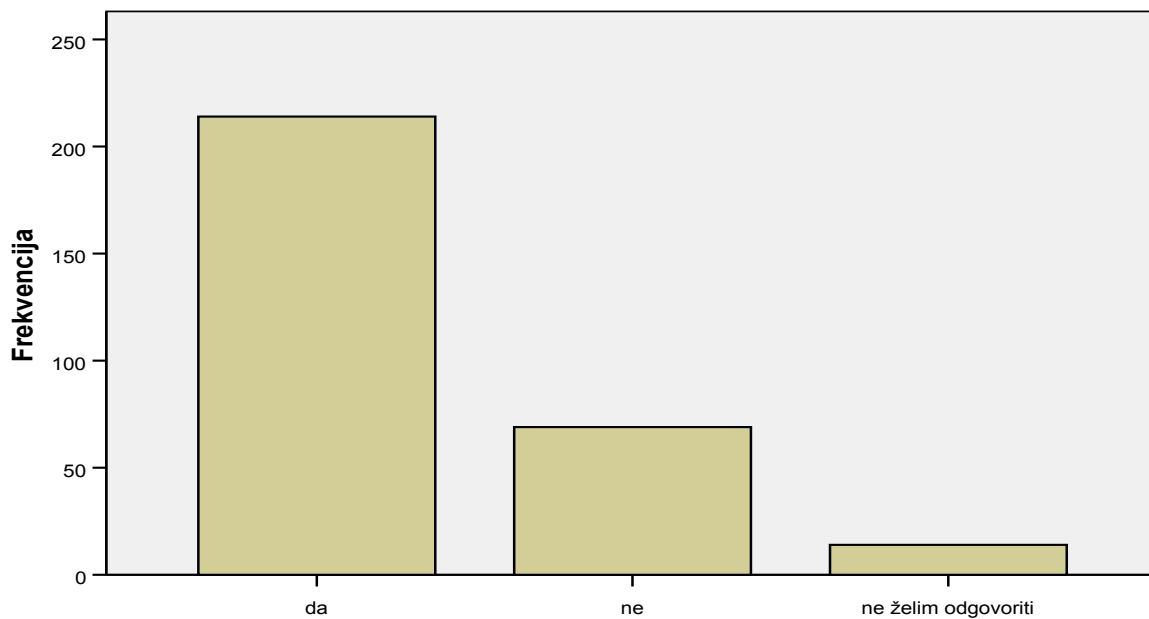
SL. 38. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA TESTIRANJE – HBV I MJESTO ISTRAŽIVANJA



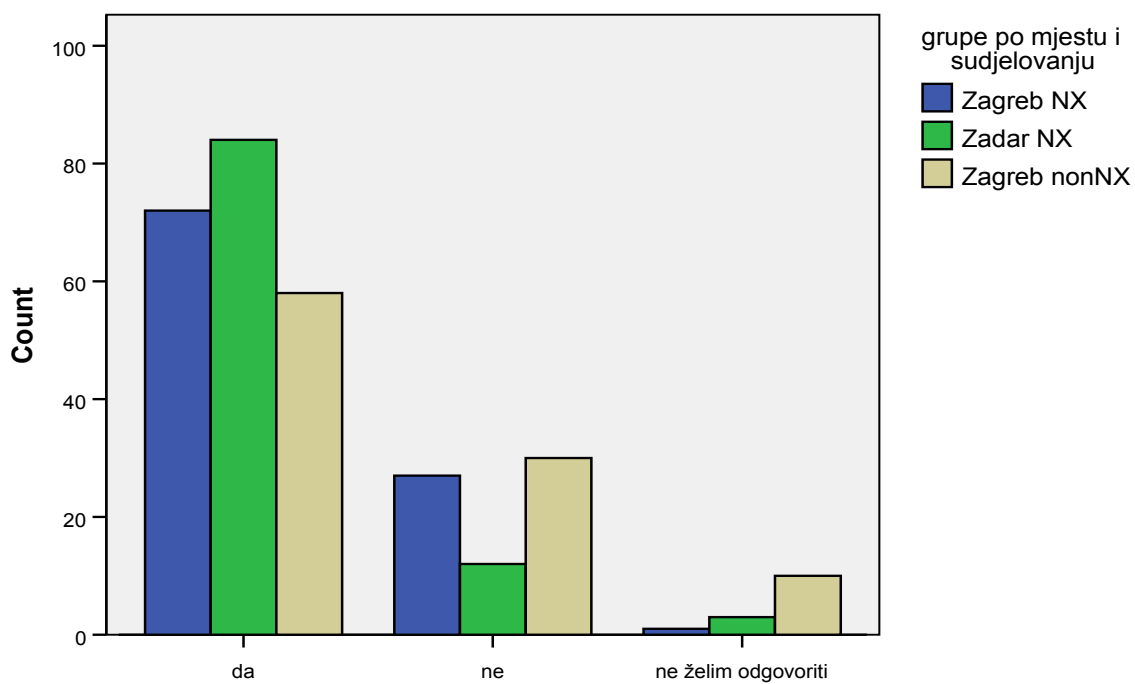
SL. 39. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA TESTIRANJE – HCV



SL. 40. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA TESTIRANJE – HCV I MJESTO ISTRAŽIVANJA

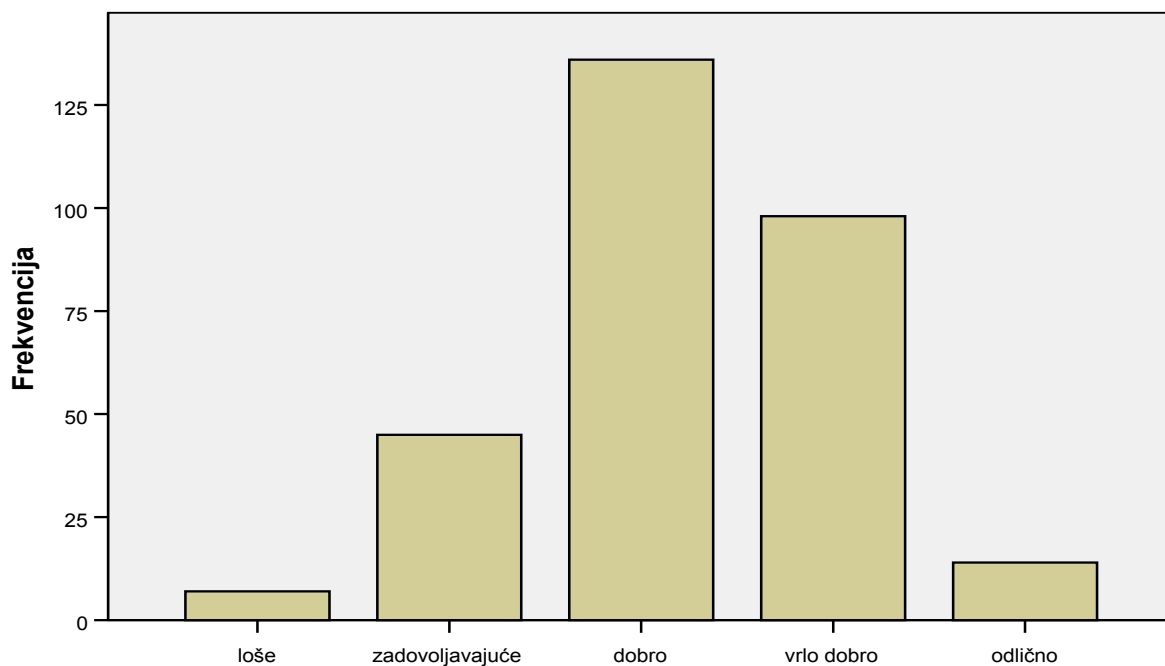


SL. 41. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA TESTIRANJE – HIV/AIDS

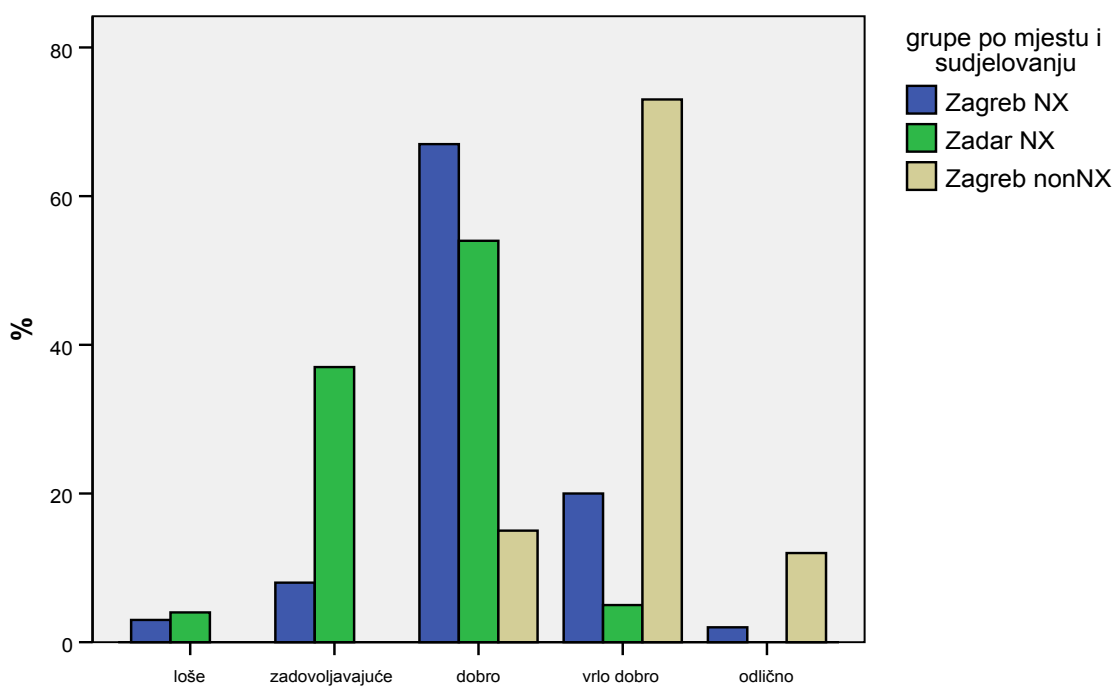


SL. 42. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA TESTIRANJE – HIV/AIDS I MJESTO ISTRAŽIVANJA

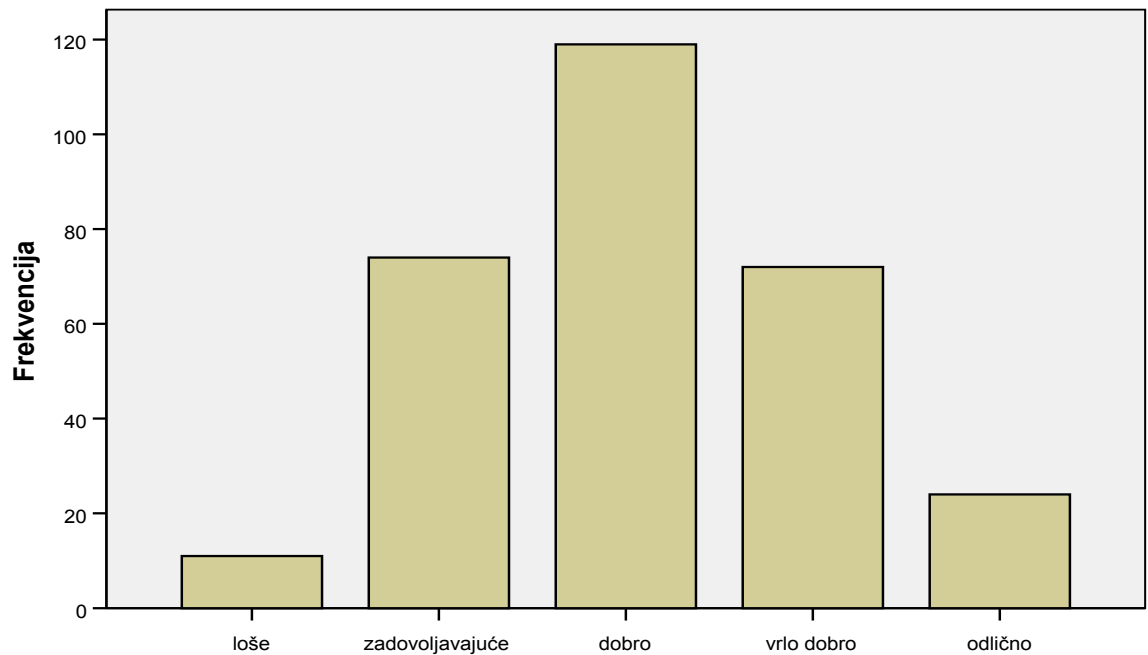




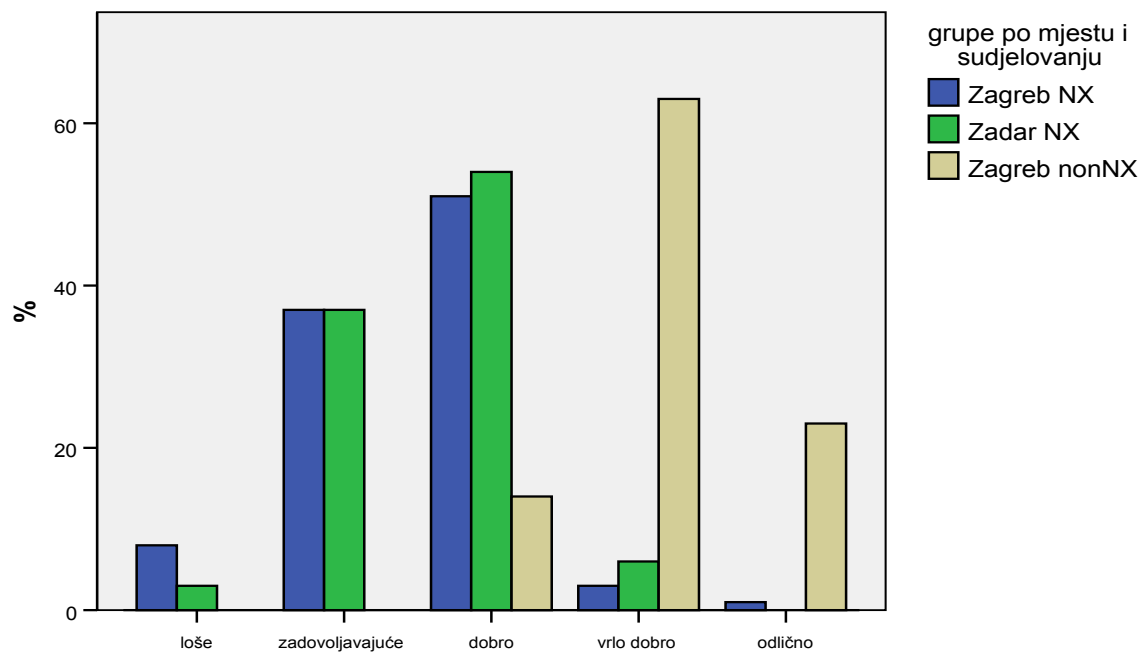
**SL. 43. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OSOBNU PROCJENU SAMOPOŠTOVANJA**



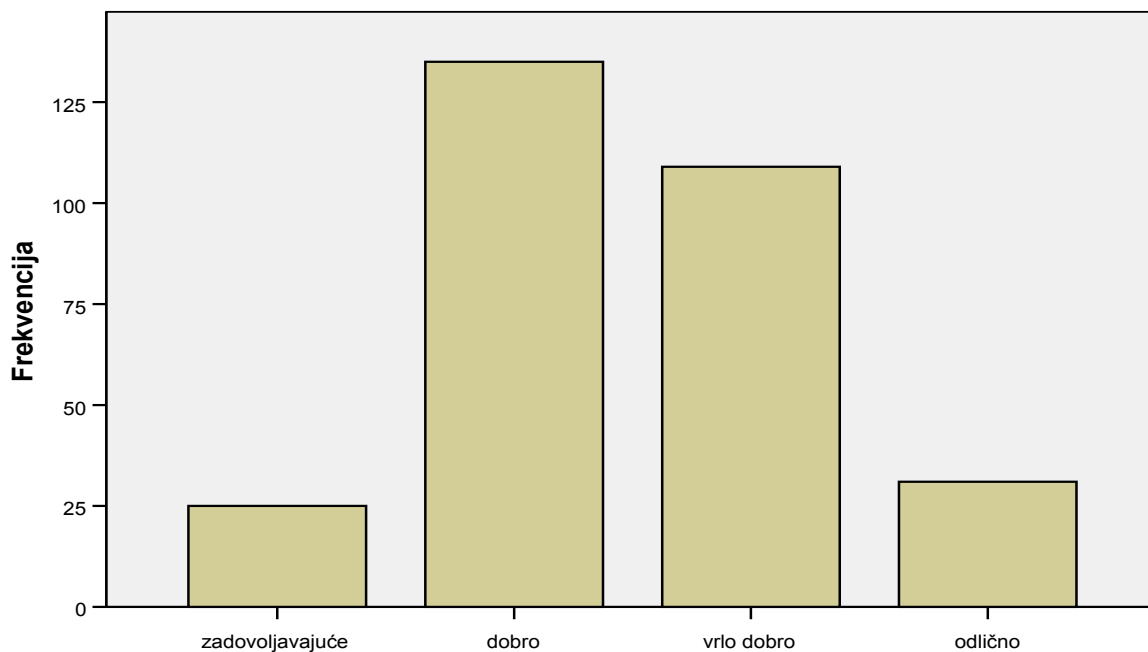
**SL. 44. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OSOBNU PROCJENU SAMOPOŠTOVANJA I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



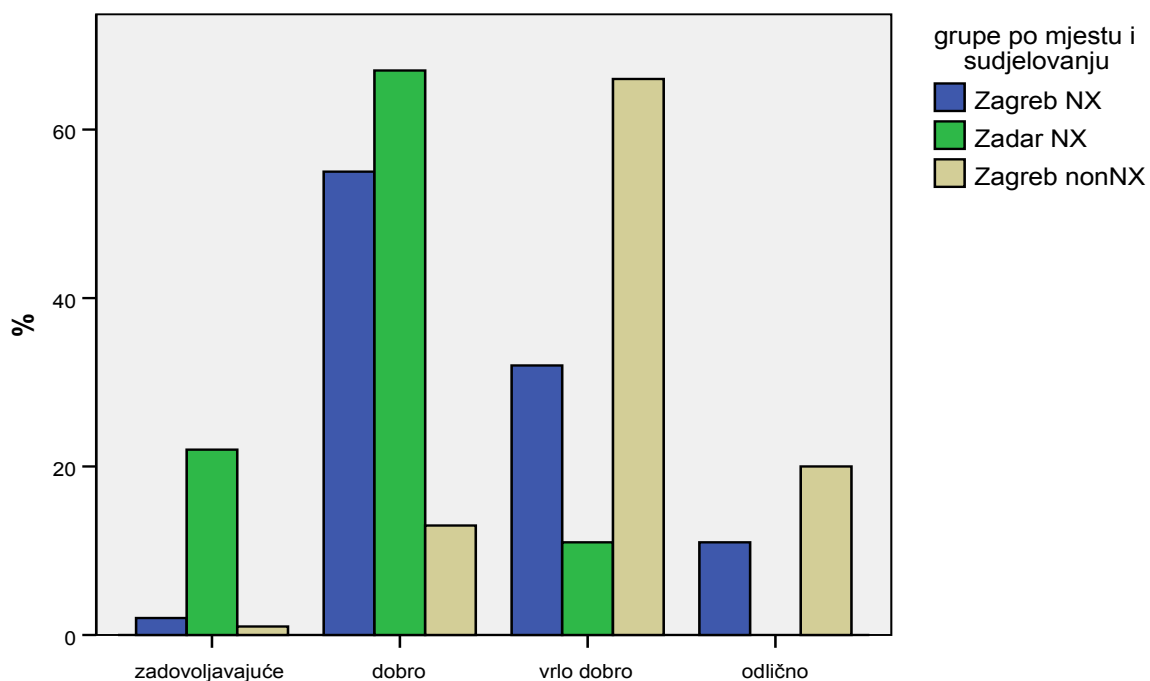
**SL. 45. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OSOBNU PROCJENU KVALITETE KOMUNIKACIJE**



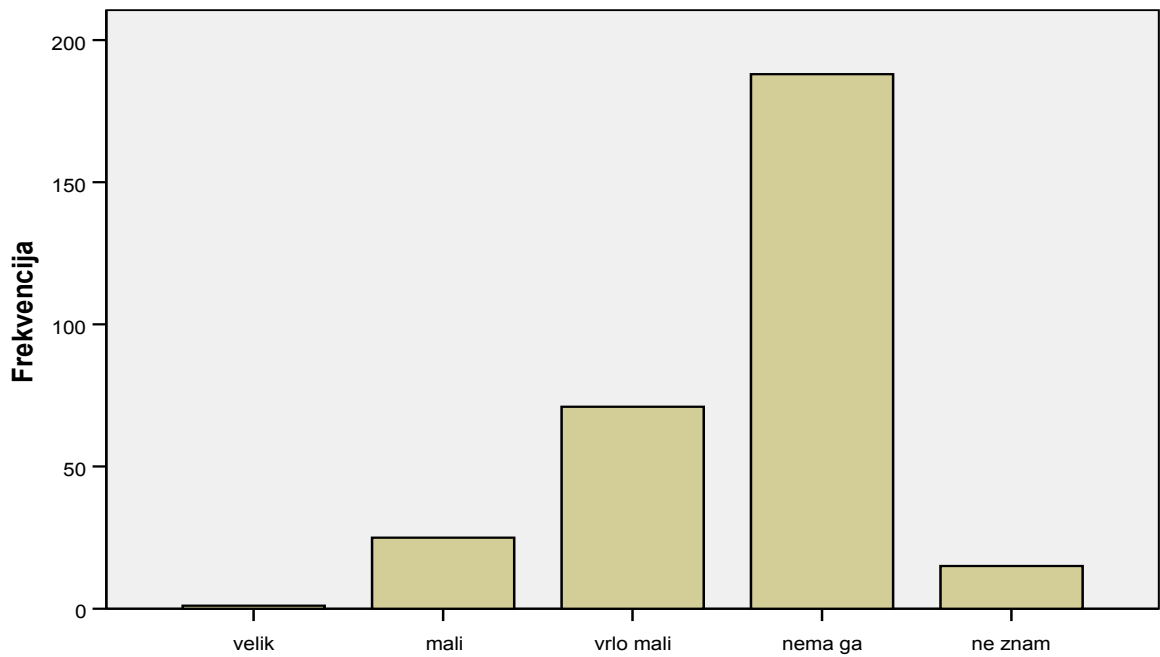
**SL. 46. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OSOBNU PROCJENU KVALITETE KOMUNIKACIJE I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



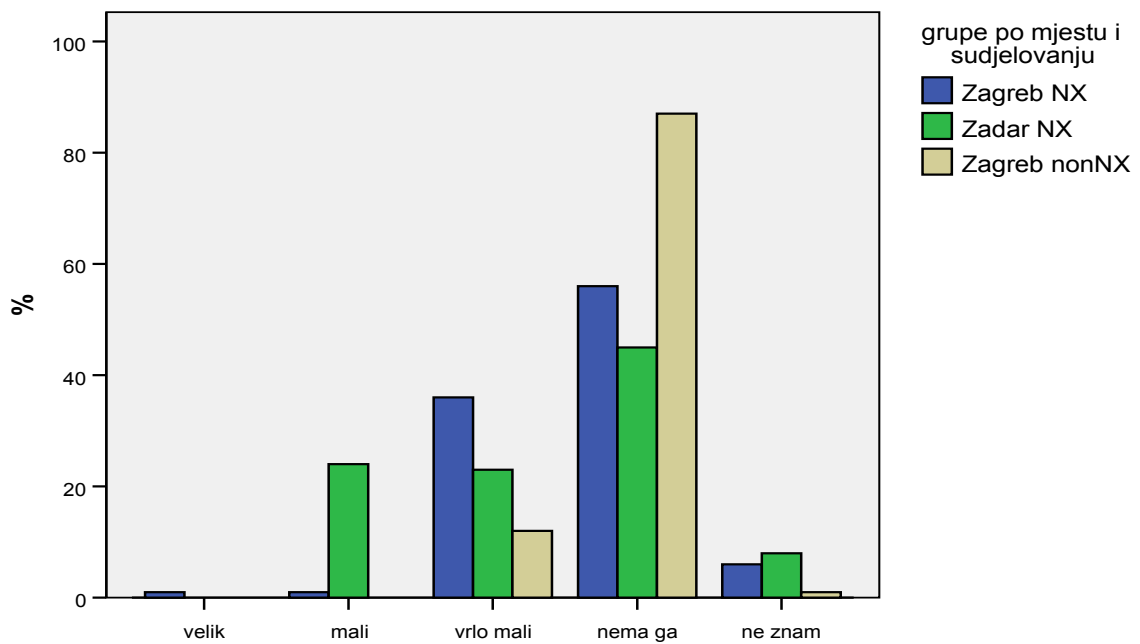
**SL. 47. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OSOBNU PROCJENU INFORMIRANOSTI O HBV, HCV I HIV/AIDS-u**



**SL. 48. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OSOBNU PROCJENU INFORMIRANOSTI O HBV, HCV I HIV/AIDS-u I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



**SL. 49. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA PROCJENU RIZIČNOSTI ZARAZE HCV, HBV ILI HIV/AIDS-om**



**SL. 50. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA PROCJENU RIZIČNOSTI ZARAZE HCV, HBV ILI HIV/AIDS-om I MJESTO ISTRAŽIVANJA**

## ZDRAVSTVENI STATUS

**Tablica 10.** Karakteristike uzorka s obzirom na zdravstveni status

		Frekvencija	Postotak	Kumulativni postotak
pozitivni - Hepatitis B	da	21	7.0	7.9
	ne	223	74.3	92.1
	ne znam	21	7.0	100.0
	nisu odgovorili	35	11.7	
pozitivni - Hepatitis C	da	134	44.7	50.2
	ne	119	39.7	94.7
	ne znam	14	4.7	100.0
	nisu odgovorili	33	11.0	
pozitivni – HIV/AIDS	da	2	0.7	0.7
	ne	193	64.3	73.6
	ne znam	70	23.3	100.0
	nisu odgovorili	35	11.7	

Vezano uz podatke o zaraženosti HBV, HCV i HIV-om, primjećuje se znatno veći postotak sudionika koji nisu odgovorili na pitanja (11.00-11.67%) nego u drugim područjima koja je upitnik ispitivao.

Relativno je mali postotak sudionika zaražen hepatitisom B (7.9%), dok je hepatitisom C zaraženo 44.7% sudionika.

Samo je dvoje sudionika (0.7%) izjavilo da je testiranje pokazalo da su zaraženi HIV-om, ali je uz 11.7% onih koji nisu odgovorili na pitanje bilo i neproporcionalno mnogo (23.3%) sudionika koji su naveli da ne znaju jesu li bili pozitivni prilikom testiranja na HIV.

Samoprocjena zdravlja sudionika je na skali 1-5 iznosila prosječno 3.02 (SD=0.85), što ukazuje na to da većina svoje zdravlje ocjenjuje „dobrim“.

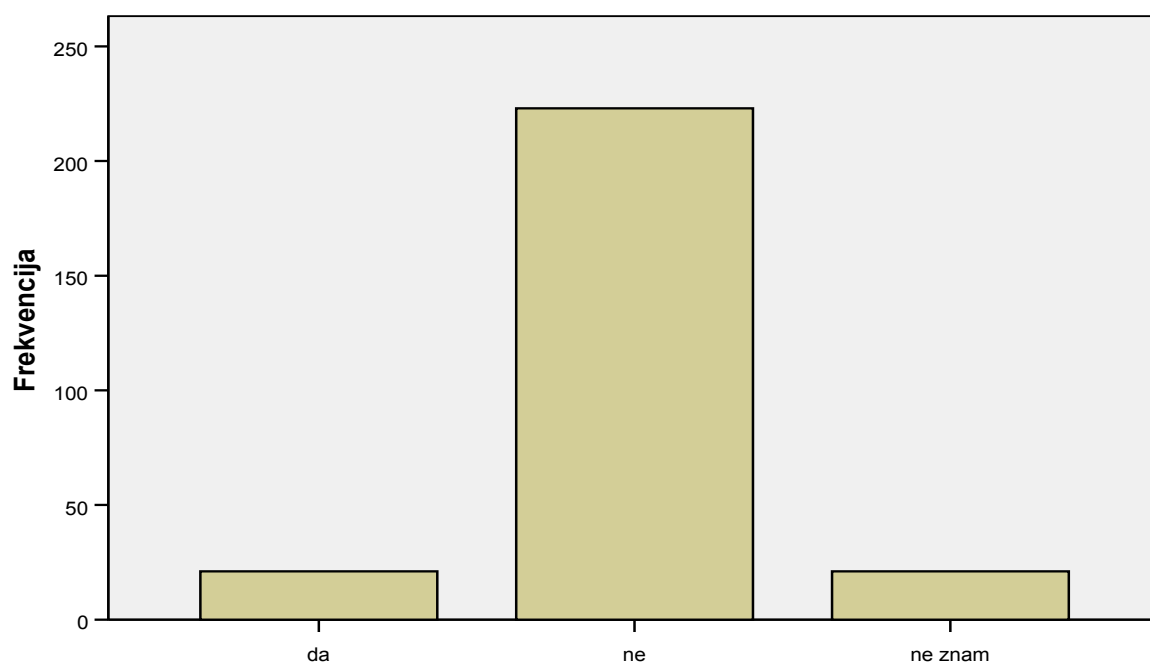
**Tablica 11.** Usporedbe skupina s obzirom na zdravstveni status

		Zagreb NX	Zadar NX	Zagreb nonNX	$\chi^2$	df	p
da li ste bili pozitivni - Hepatitis B	da	10	10	1	15.22	4	<0.001
	ne	87	57	79			
	ne znam	3	10	8			
	total	100	77	88			
da li ste bili pozitivni - Hepatitis C	da	54	42	38	10.60	4	0.03
	ne	46	31	42			
	ne znam	0	6	8			
	total	100	79	88			
da li ste bili pozitivni – HIV/AIDS	da	1	1	0	4.73	4	0.32
	ne	69	62	62			
	ne znam	30	14	26			
	total	100	77	88			

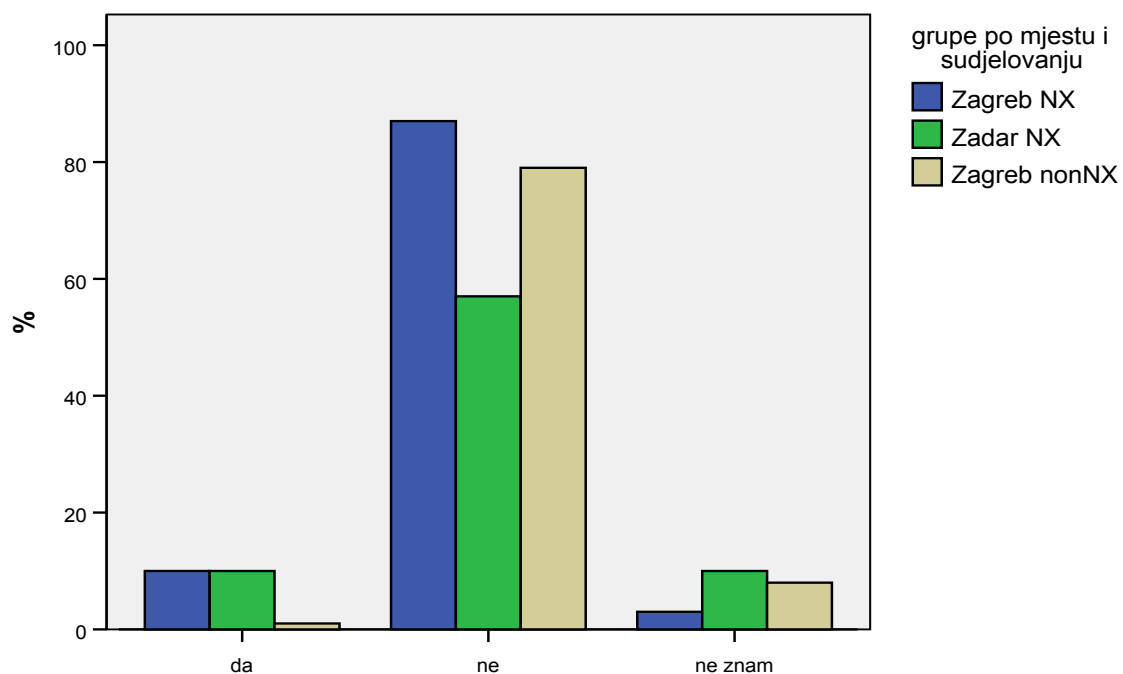
Usporedba skupina pokazala je da se one međusobno razlikuju s obzirom na učestalost zaraze hepatitisom B ( $\chi^2=15.22$ ,  $p<0.001$ ) i hepatitisom C ( $\chi^2=10.60$ ,  $p<0.001$ ). Pozitivnih je u Zagrebu bilo više među onima koji koriste NX program (hepatitis B,  $\chi^2=9.29$ ,  $p=0.01$ ; hepatitis C,  $\chi^2=10.24$ ,  $p=0.01$ ).

Među Zadranima je bilo više onih koji su odgovorili da ne znaju jesu li zaraženi ovim virusima nego među Zagrepčanima (hepatitis B,  $\chi^2=7.15$ ,  $p=0.03$ ; hepatitis C,  $\chi^2=8.07$ ,  $p<0.02$ ).

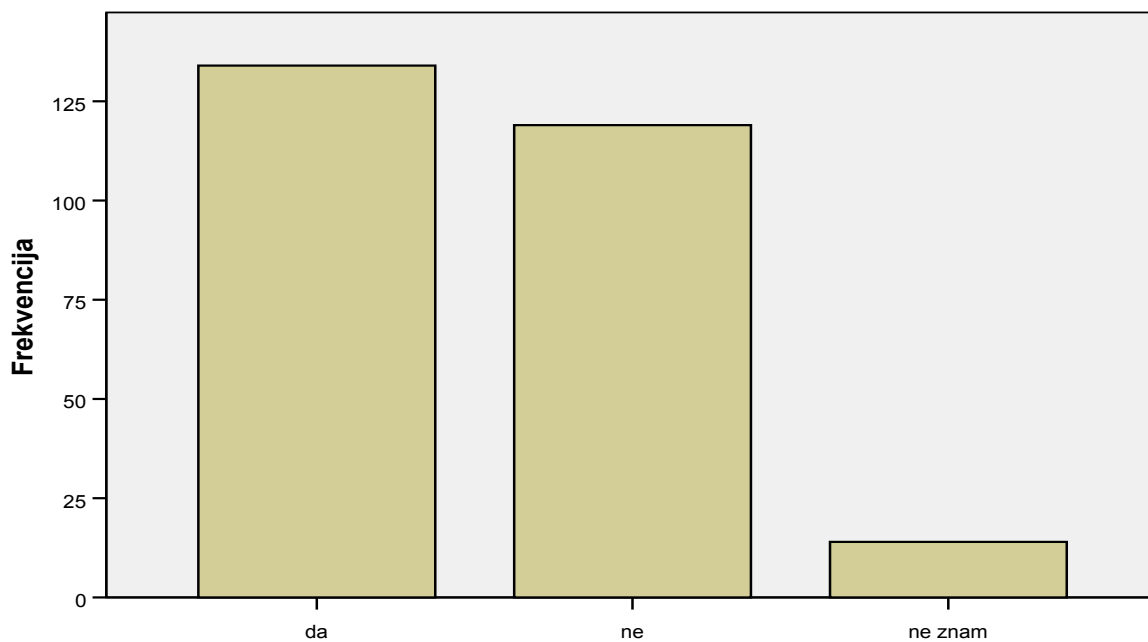
U učestalosti zaraze HIV-om nije bilo razlika među skupinama ( $\chi^2=4.73$ ,  $p=0.32$ ).



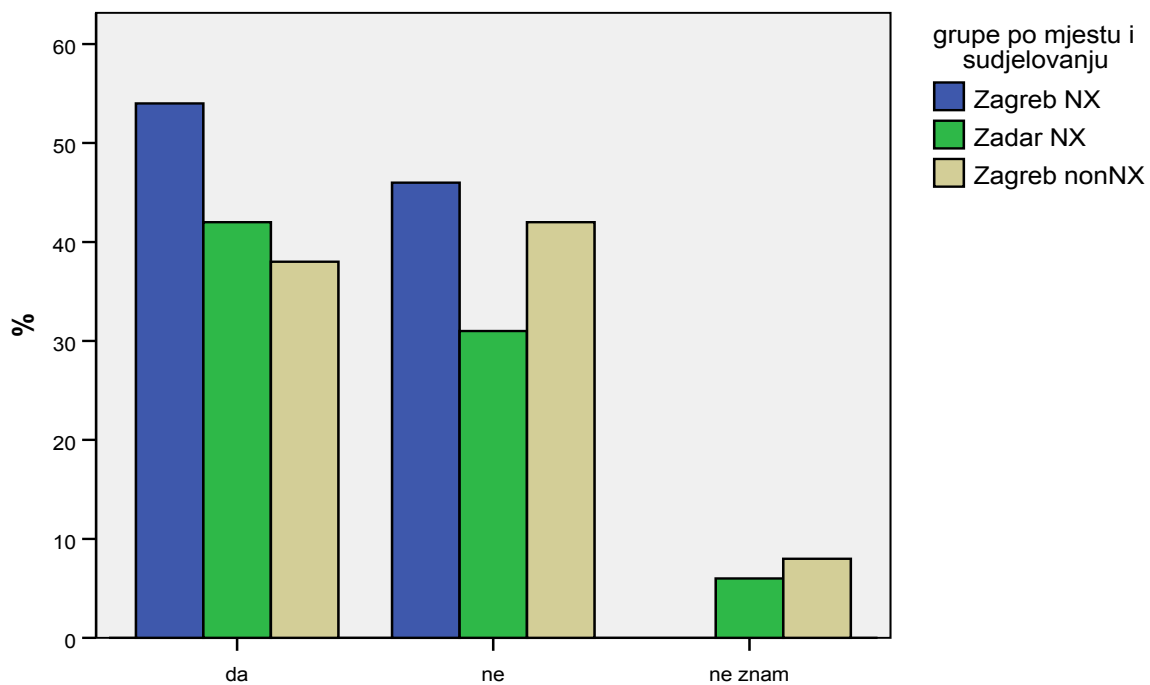
SL. 51. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SEROPOZITIVNOST - HBV



SL. 52. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SEROPOZITIVNOST – HBV I MJESTO ISTRAŽIVANJA

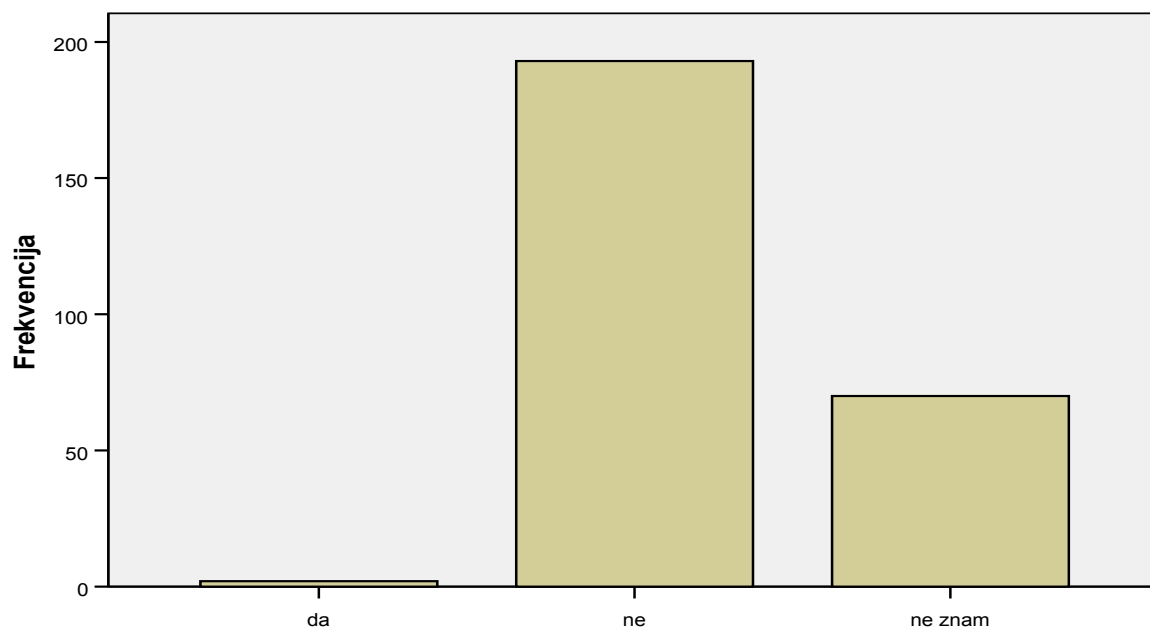


**SL. 53. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SEROPOZITIVNOST – HCV**

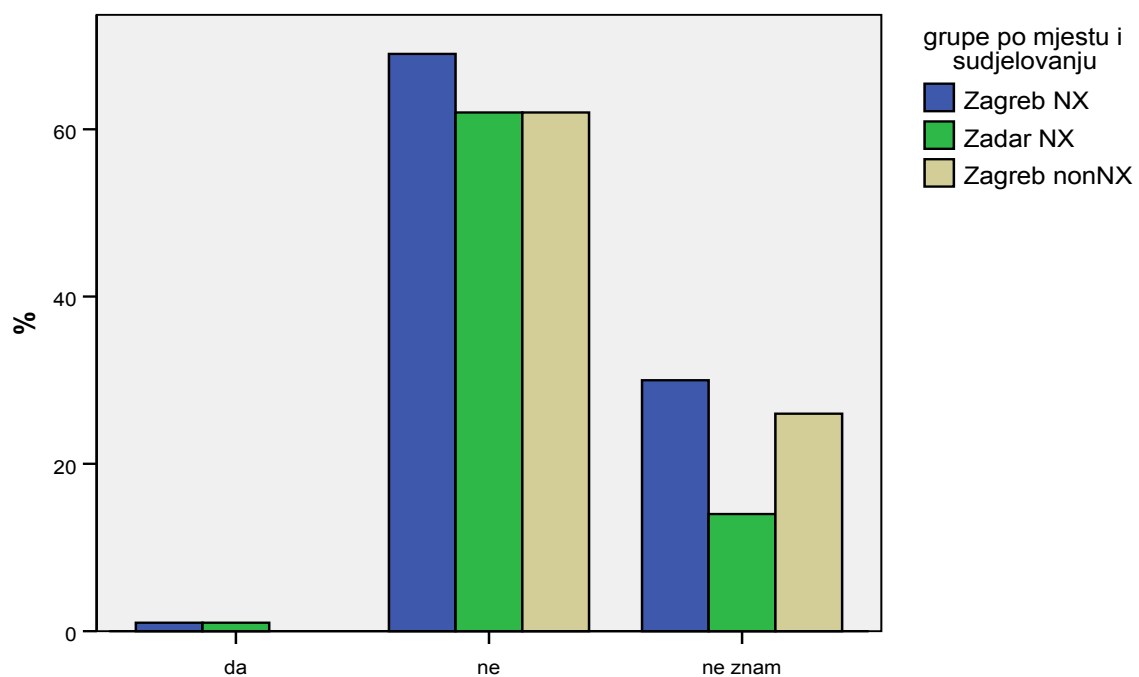


**SL. 54. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SEROPOZITIVNOST – HCV I MJESTO ISTRAŽIVANJA**

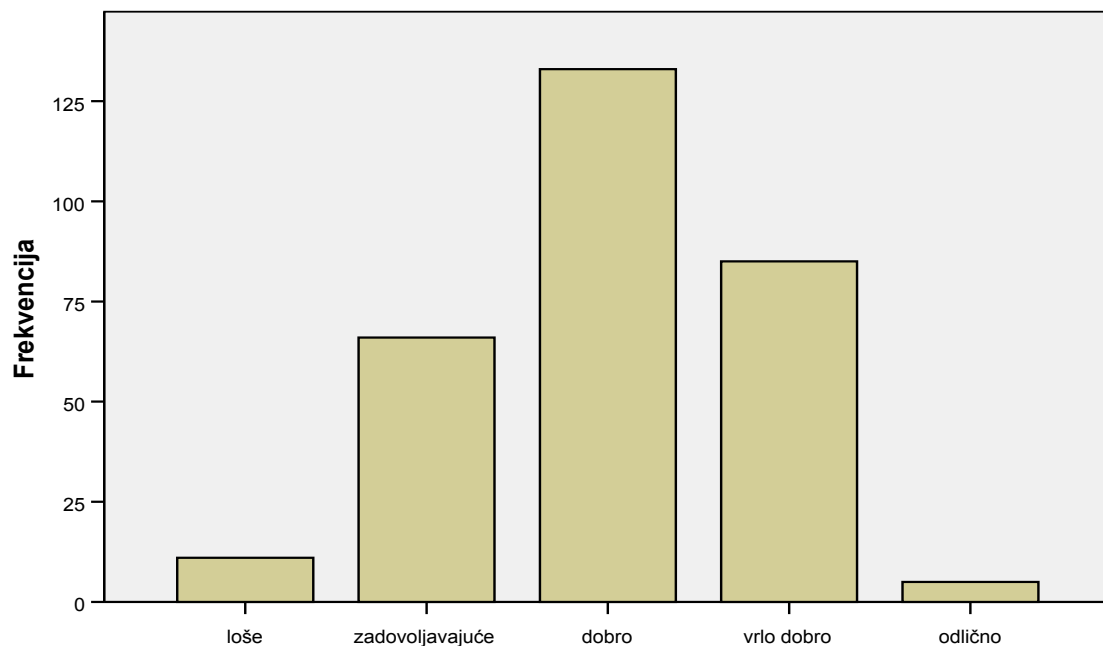




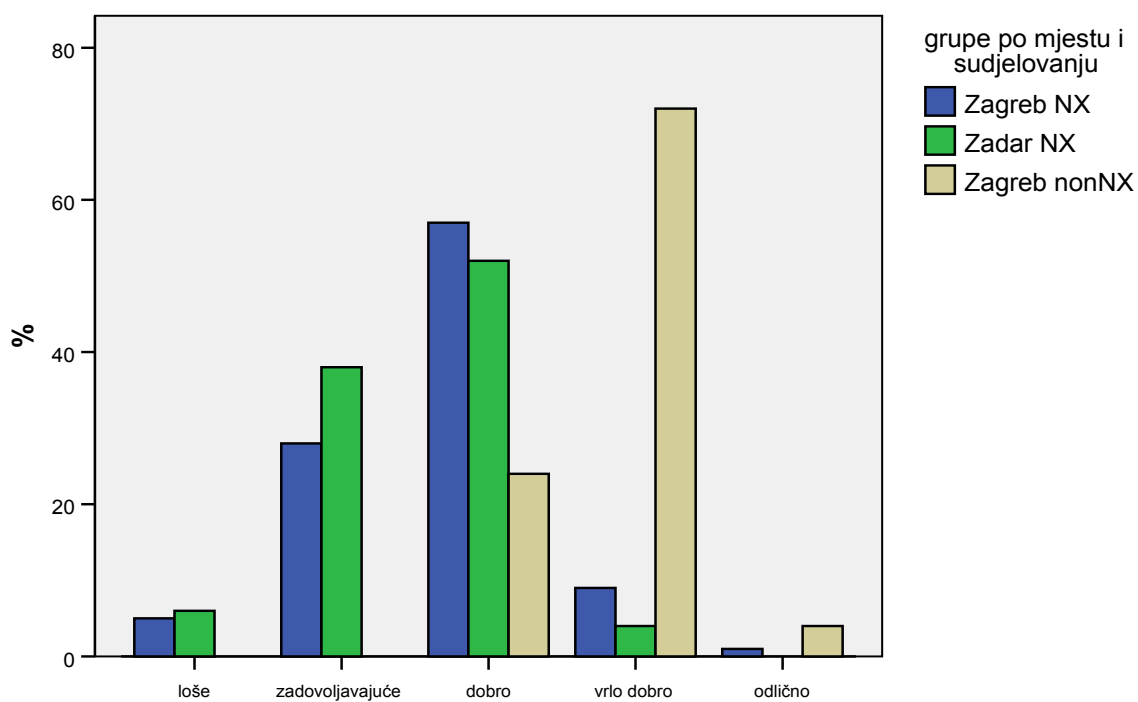
SL. 55. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SEROPOZITIVNOST – HIV/AIDS



SL. 56. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SEROPOZITIVNOST – HIV/AIDS I MJESTO ISTRAŽIVANJA



**SL. 57. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SAMOPROCJENU ZDRAVLJA**



**SL. 58. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SAMOPROCJENU ZDRAVLJA I MJESTO ISTRAŽIVANJA**

## IGLOMANIJA

**Tablica 12.** Karakteristike uzorka s obzirom na navike intravenoznog korištenja sredstava

		Frekvencija	Postotak	Kumulativni postotak
ovisni o i.v.	da	205	68.3	68.3
	ne	52	17.3	85.7
	ne znam	43	14.3	100.0
I.V. supstanca jer	maksimalna količina	58	19.3	19.3
	krize	22	7.3	26.7
	zadovoljstvo	220	73.3	100.0
I.V. Heptanon	nikada	46	15.3	15.3
	povremeno	132	44.0	59.3
	često	109	36.3	95.7
	redovito	13	4.3	100.0
I.V. Subutex	nikada	245	81.7	81.7
	povremeno	49	16.3	98.0
	često	3	1.0	99.0
	redovito	3	1.0	100.0

Većina je sudionika (68.3%) izjavila da smatraju da su ovisni i o intravenoznom načinu uzimanja droge, dok je 14.3% izjavilo da ne znaju jesu li ovisni i o načinu uzimanja, a ne samo supstanci.

Većina sudionika (73.3%) drogu uzima intravenozno zbog užitka, a manji udio to čini zbog iskorištavanja maksimalne količine (19.3%) ili zbog kriza (7.3%).

Velika većina (84.7%) sudionika navodi da zamjensku terapiju metadonom uzima intravenozno barem povremeno, dok 40.7% to čini često ili redovito. S druge strane, 81.7% sudionika navodi da buprenorfin nikad ne uzima intravenski.

**Tablica 13.** Razlike među skupinama s obzirom na navike intravenoznog korištenja sredstava ovisnosti.

		Zagreb NX	Zadar NX	Zagreb nonNX	$\chi^2$	df	p
ovisni o i.v.	da	83	48	74	34.00	4	<0.001
	ne	11	31	10			
	ne znam	6	21	16			
I.V. supstanca jer	maksimalna količina	13	37	8	54.74	4	<0.001
	krize	2	16	4			
	zadovoljstvo	85	47	88			
I.V. Heptanon	nikada	3	41	2	147.31	6	<0.001
	povremeno	20	48	64			
	često	67	8	34			
	redovito	10	3	0			
I.V. Subutex	nikada	72	89	84	11.26	6	0.08
	povremeno	25	10	14			
	često	1	1	1			
	redovito	2	0	1			

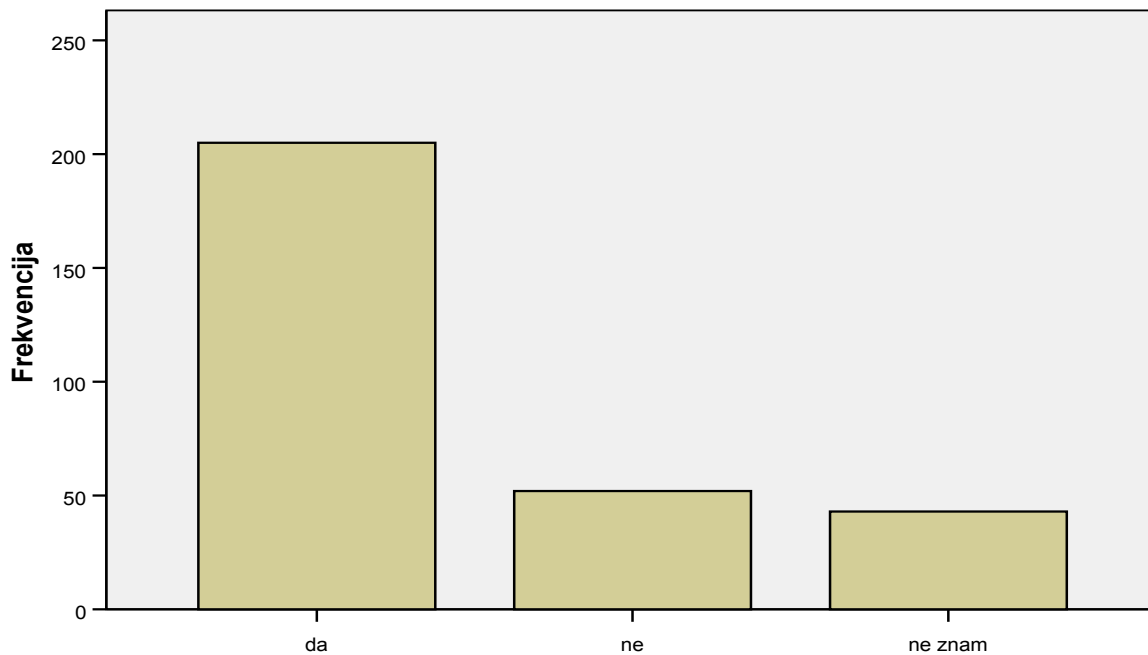
Skupine sudionika razlikuju se s obzirom na samoprocjenu ovisnosti o intravenskom načinu uzimanja ( $\chi^2=34.00$ ,  $p<0.001$ ) i s obzirom na razloge zbog kojih to čine ( $\chi^2=54.74$ ,  $p<0.001$ ).

Međutim, zagrebački se sudionici istraživanja međusobno po tome ne razlikuju (ovisnost o igli  $\chi^2=5.11$ ,  $p=0.08$ ; razlozi i.v. korištenja  $\chi^2=1.91$ ,  $p=0.38$ ).

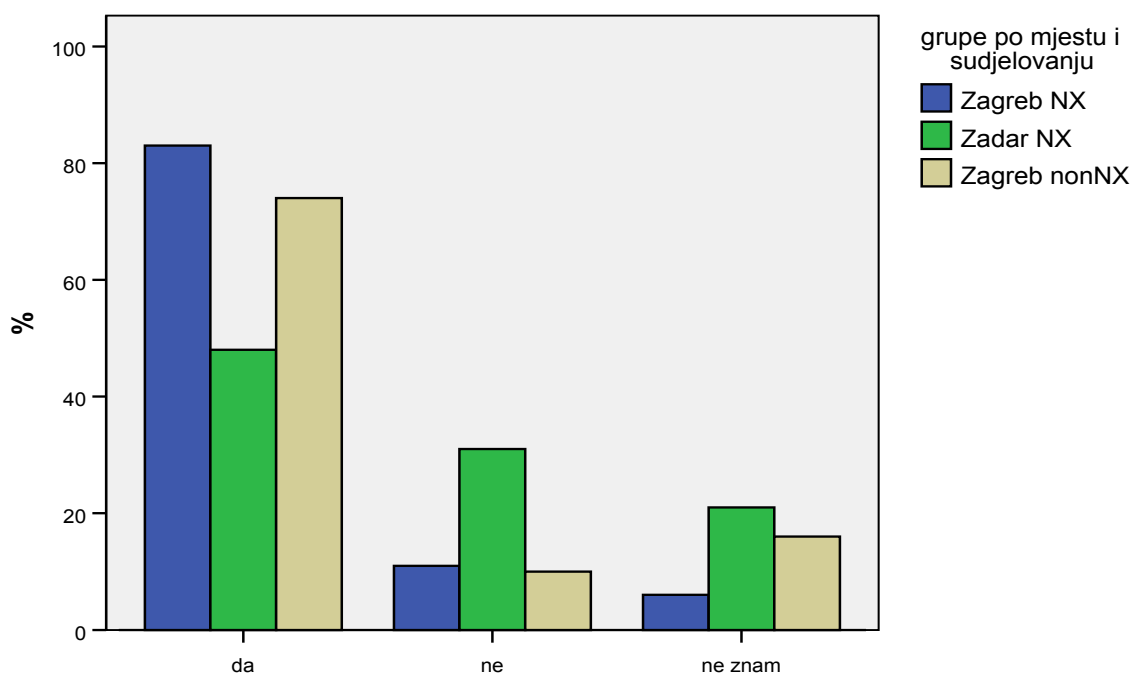
Razlike su vidljive između zagrebačkih i zadarskih korisnika NX programa, pri čemu je više Zagrepčana smatralo da jesu ovisni o i.v. načinu korištenja droge ( $\chi^2=27.21$ ,  $p<0.001$ ). Zagrepčani su sredstva češće koristili intravenozno zbog zadovoljstva nego Zadrani ( $\chi^2=33.35$ ,  $p<0.001$ ).

Sudionici iz različitih skupina razlikovali su se po učestalosti korištenja metadona intravenoznim putem ( $\chi^2=147.31$ ,  $p>0.001$ ). Pritom je među ne-korisnicima NX

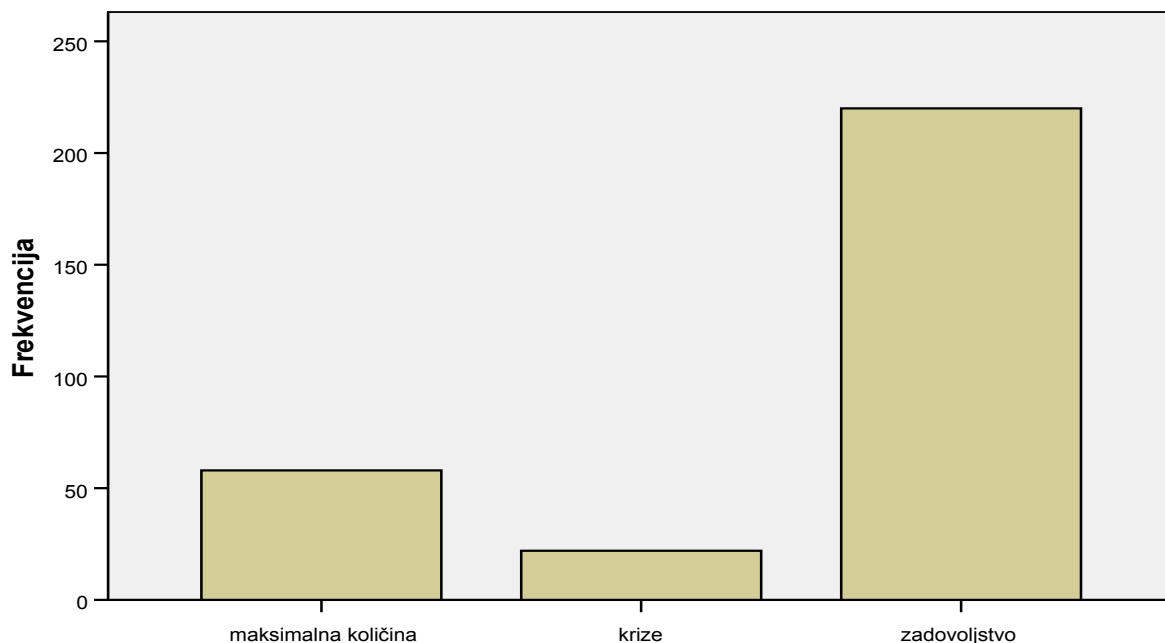
programa bilo više onih koji uzimaju metadon „povremeno“, a među zagrebačkim korisnicima NX-a ih je bilo više koji metadon intravenozno koriste „često“ ( $\chi^2=44.03$ ,  $p<0.001$ ), dok se u intravenoznom korištenju buprenorfina nisu razlikovali ( $\chi^2=4.36$ ,  $p=0.23$ ).



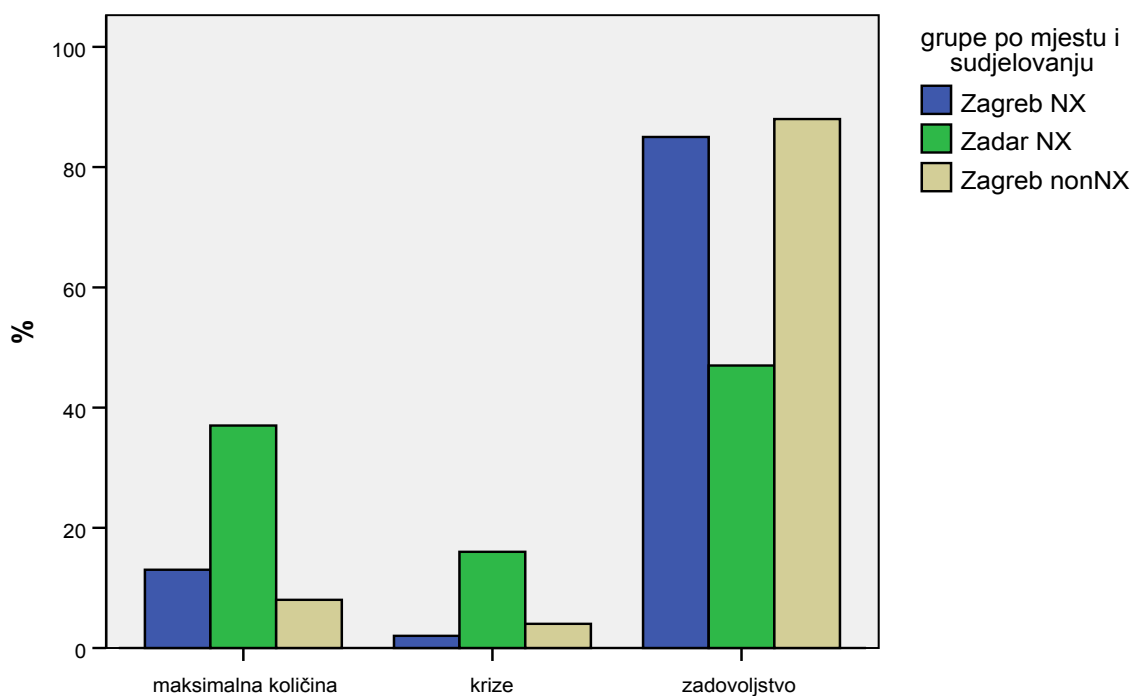
**SL. 59. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OVISNOSTI O I. V. NAČINU UZIMANJA SUPSTANCE**



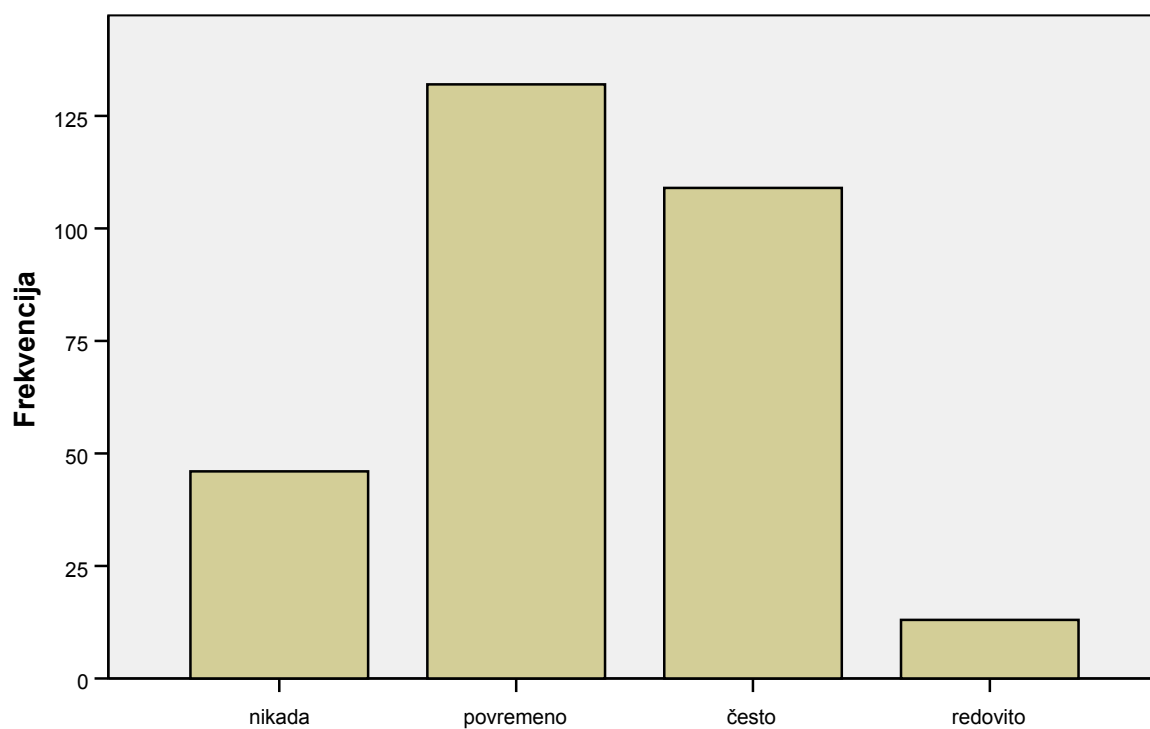
**SL. 60. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA OVISNOSTI O I. V. NAČINU UZIMANJA SUPSTANCE I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



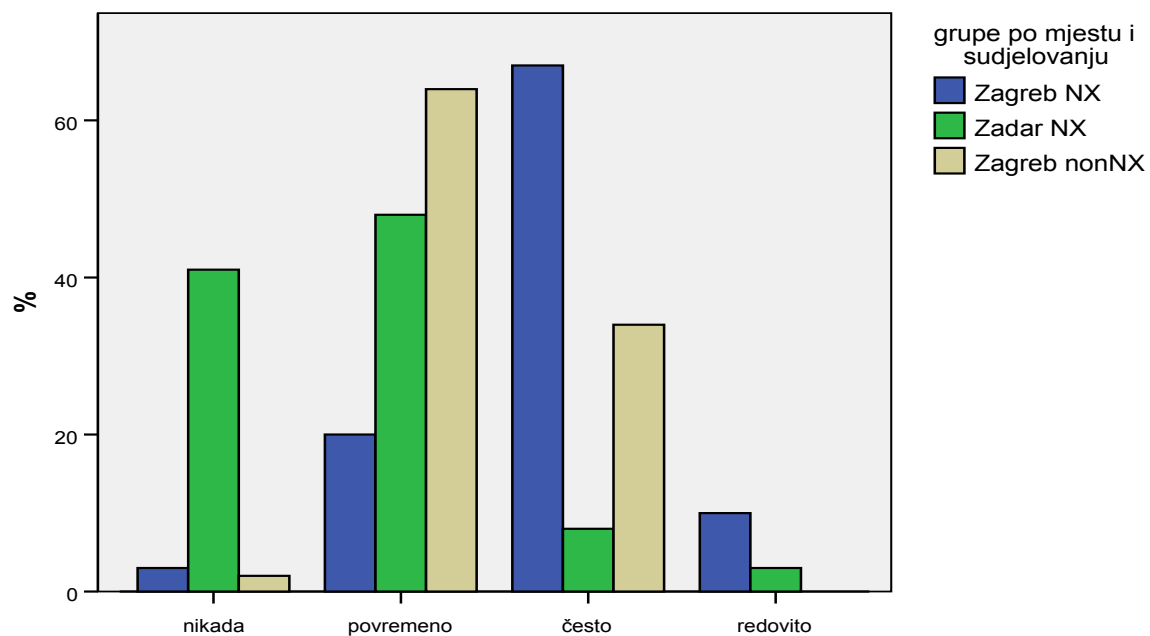
SL. 61. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA GLAVNI RAZLOG I. V. UZIMANJA SUPSTANCE



SL. 62. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA GLAVNI RAZLOG I. V. UZIMANJA SUPSTANCE I MJESTO ISTRAŽIVANJA

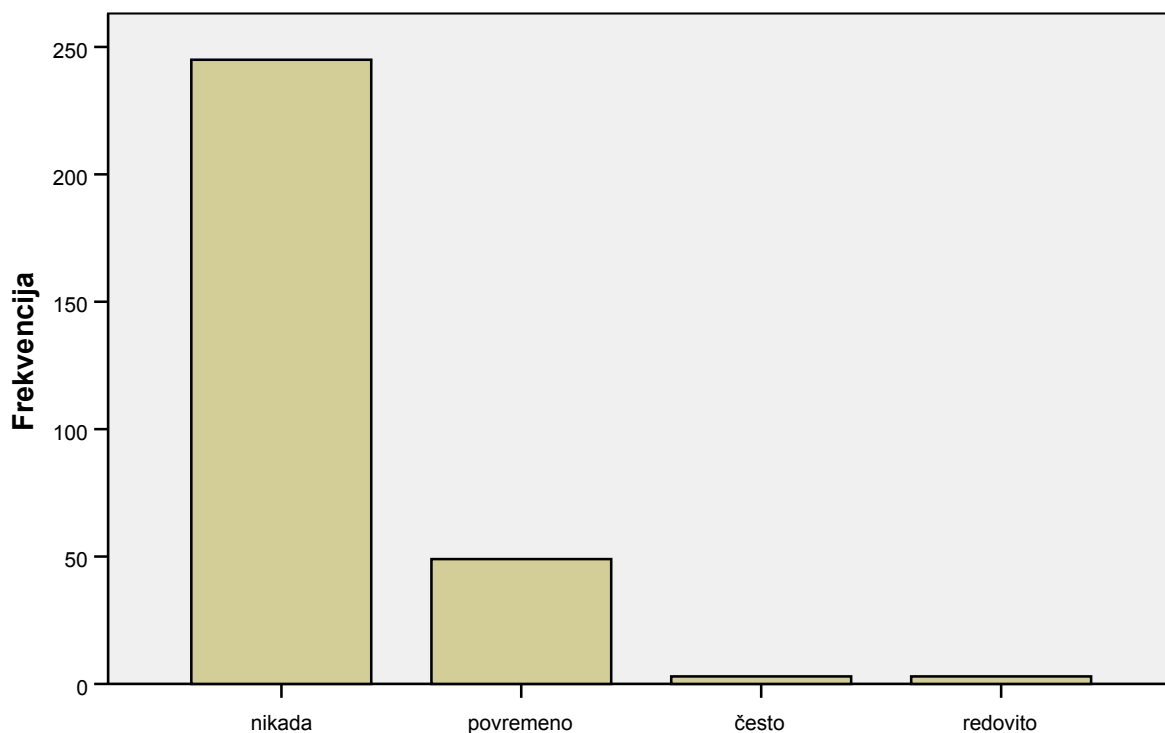


SL. 63. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA I. V. UZIMANJE SUPSTANCE - METADON

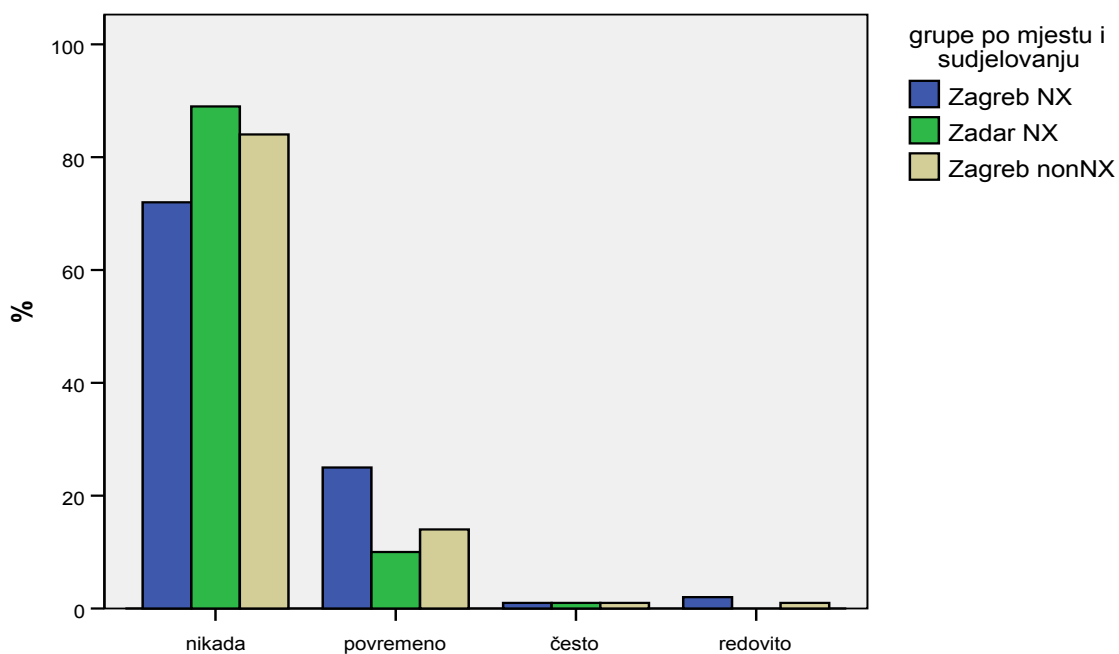


SL. 64. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA I. V. UZIMANJE SUPSTANCE – METADON I MJESTO ISTRAŽIVANJA





**SL. 65. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA I. V. UZIMANJE SUPSTANCE – BUPRENORFIN**



**SL. 66. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA I. V. UZIMANJE SUPSTANCE – BUPRENORFIN I MJESTO ISTRAŽIVANJA**

## RAZMIŠLJANJE O LIJEČENJU I ZAPOŠLJAVANJU

**Tablica 14.** Usporedbe uzorka s obzirom na razmišljanje o liječenju i zapošljavanju

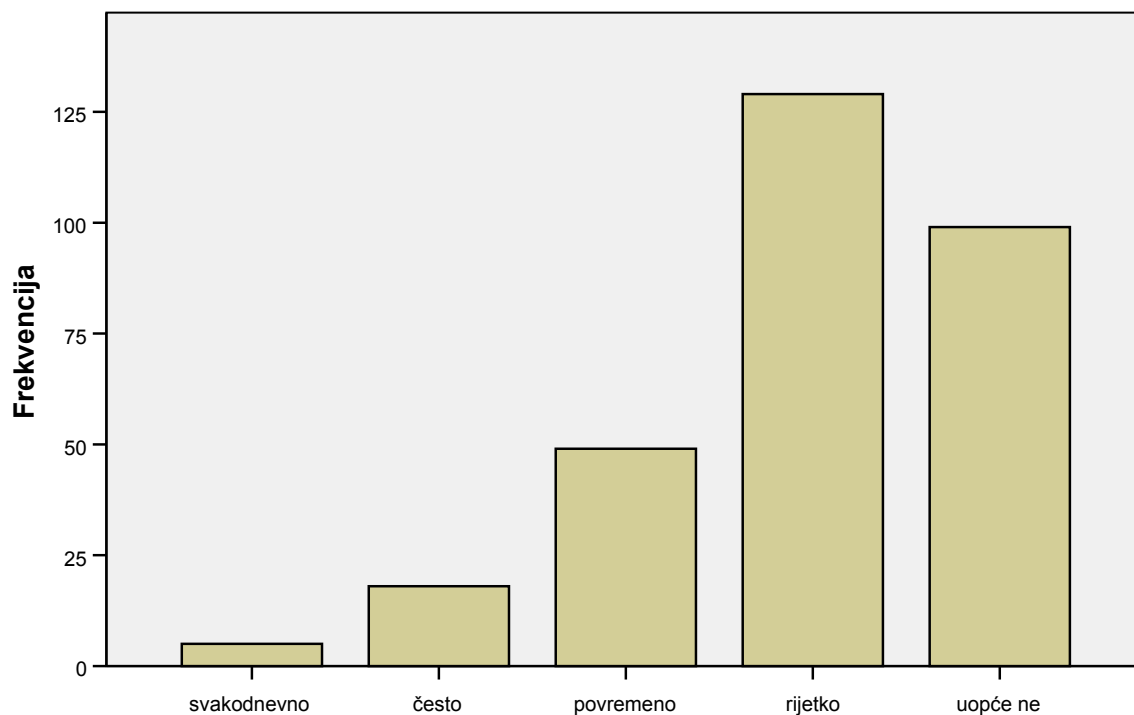
		N	M*	SD	Min	Max	F	p	Tamhane post-hoc
razmišljanje o liječenju	Zagreb NX	94	3.67	0.847	1	5	35.44	<0.001	ZgNX>ZgnonNX ZdNX>ZGnonNX
	Zadar NX	92	3.82	0.948	1	5			
	Zagreb nonNX	99	4.59	0.623	2	5			
	Total	285	4.04	0.907	1	5			
razmišljanje o zapošljavanju	Zagreb NX	94	3.67	0.847	1	5	7.69	0.001	ZgNX>ZGnonNX
	Zadar NX	92	3.82	0.948	1	5			
	Zagreb nonNX	99	4.59	0.623	2	5			
	Total	285	4.04	0.907	1	5			

**\*Raspon skale je 1-5; viši broj označava veću učestalost razmišljanja o liječenju i zapošljavanju**

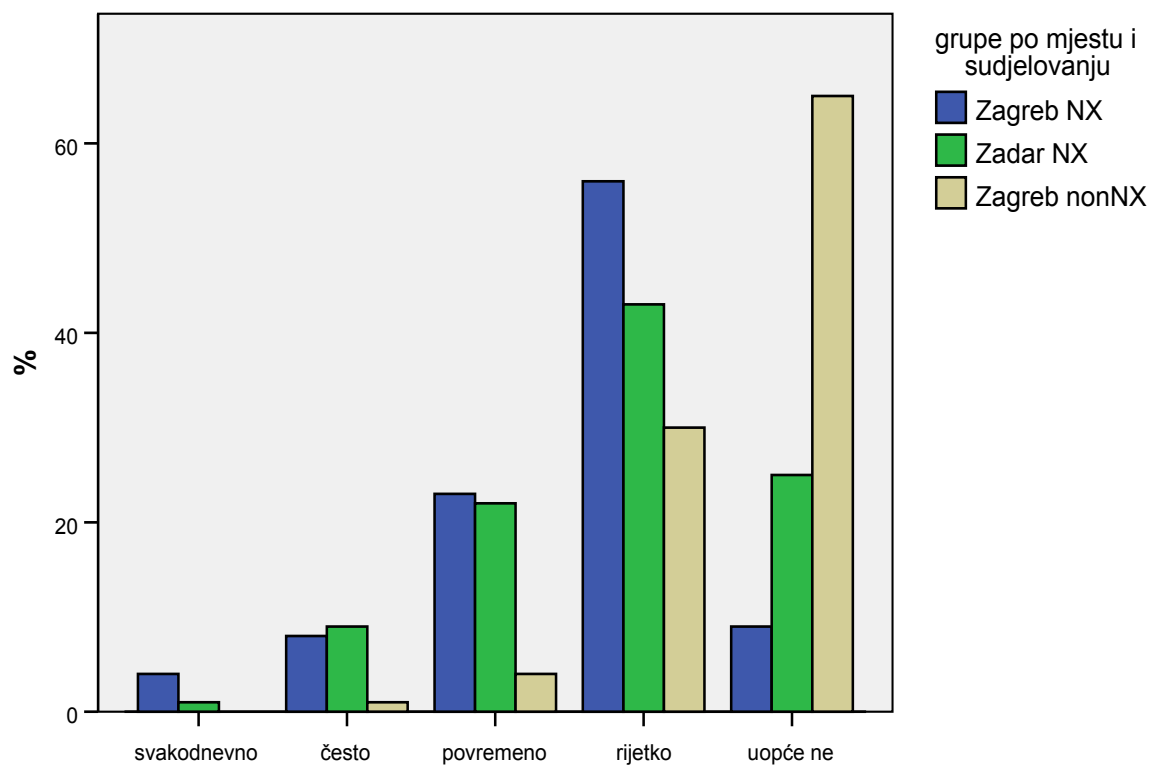
ANOVA je pokazala da među skupinama sudionika postoje razlike s obzirom na to koliko često razmišljaju o liječenju ( $F=35.33$ ,  $p<0.001$ ) i zapošljavanju ( $F=7.69$ ,  $p<0.001$ ).

Post-hoc analiza pokazala je da sudionici NX programa iz Zagreba i Zadra češće razmišljaju u liječenju nego sudionici istraživanja koji ne koriste NX program ( $p<0.001$ ).

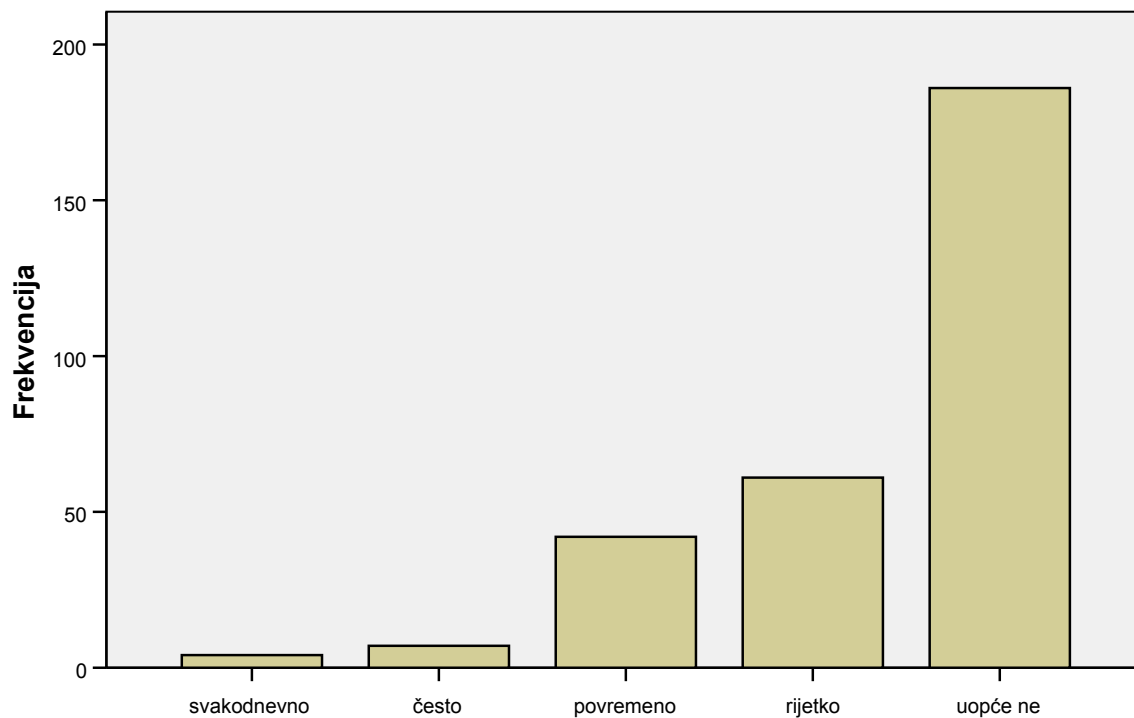
Slično tome, među zagrebačkim sudionicima, razmišljanju o zapošljavanju su skloniji oni koji koriste NX program nego oni koji ga ne koriste.



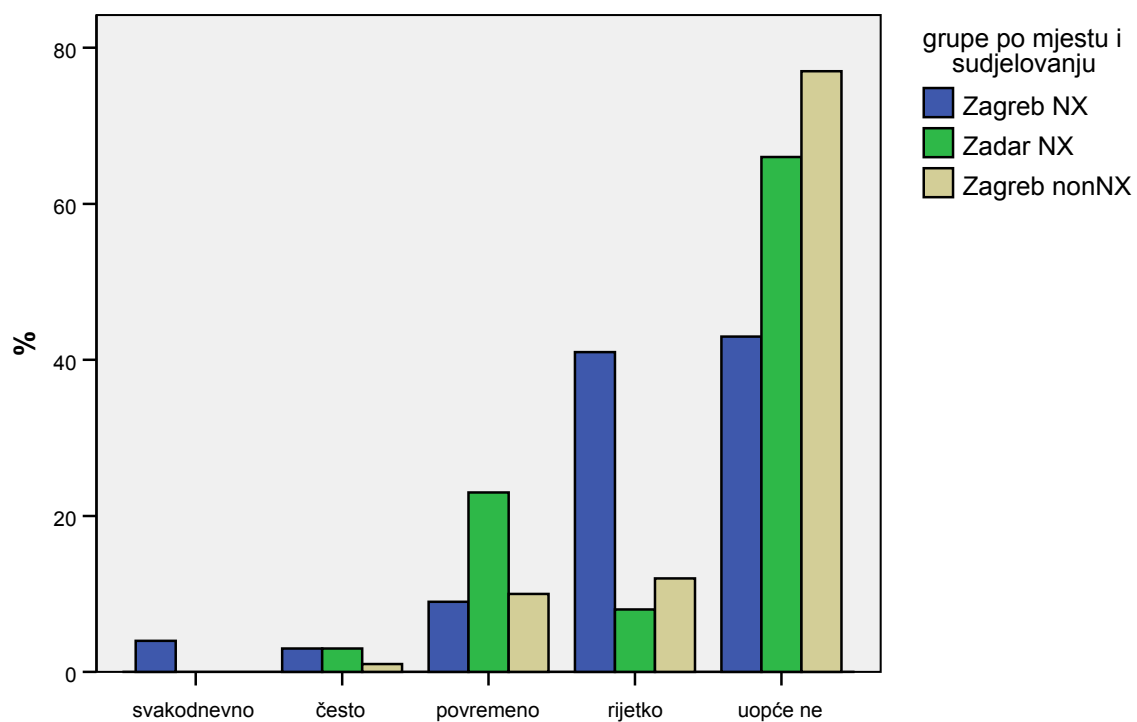
**SL. 67. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA RAZMIŠLJANJE O LIJEČENJU BOLESTI OVISNOSTI**



**SL. 68. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA RAZMIŠLJANJE O LIJEČENJU BOLESTI OVISNOSTI I MJESTO ISTRAŽIVANJA**



SL. 69. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA RAZMIŠLJANJE O ZAPOŠLJAVANJU



SL. 70. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA RAZMIŠLJANJE O ZAPOŠLJAVANJU I MJESTO ISTRAŽIVANJA

## OSOBNI IZBOR STILA ŽIVOTA

**Tablica 15.** Uvjerenje sudionika da je korištenje droge i stvar osobnog izbora načina života

		Frekvencija	Postotak	Kumulativni postotak
osobni izbor načina života	da	223	74.3	74.3
	ne	11	3.7	78.0
	možda	55	18.3	96.3
	ne znam	11	3.7	100.0

Većina sudionika istraživanja (74.3%) smatra da je ovisnost i problem osobnog izbora načina života, a tek vrlo mali broj njih smatra da sigurno nije (3.7%).

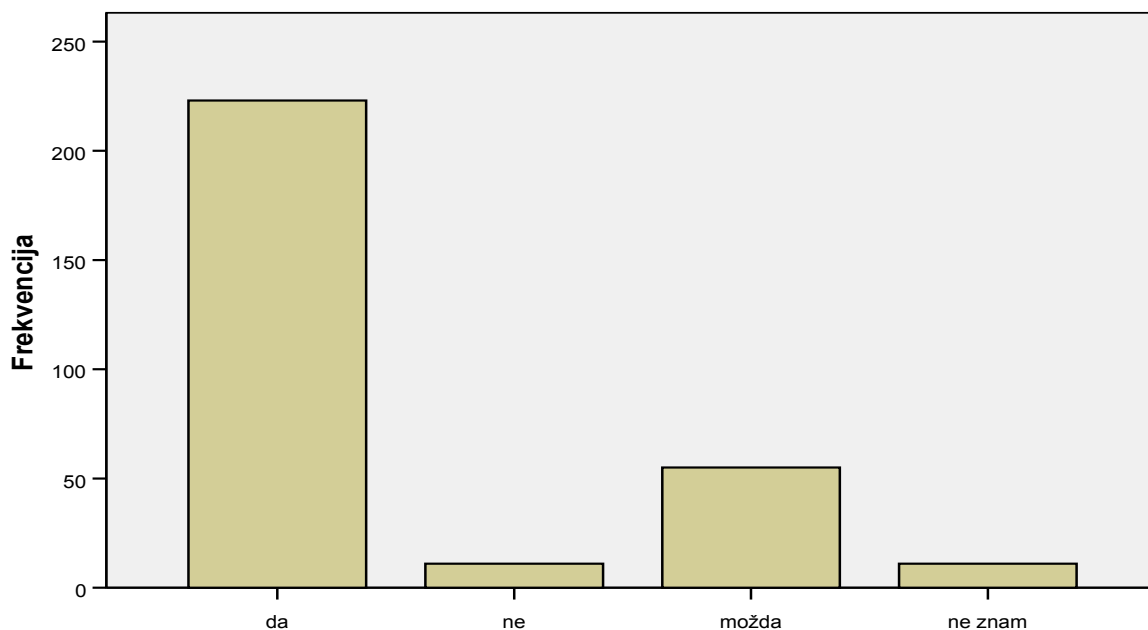
**Tablica 16.** Razlike među skupinama ispitanika u uvjerenju da je ovisnost i problem osobnog izbora načina života.

		Zagre b NX	Zadar NX	Zagre b nonNX	$\chi^2$	df	p
problem osobnog izbora načina života	da	84	59	80	28.38	6	<0.001
	ne	4	7	0			
	možda	12	25	18			
	ne znam	0	9	2			

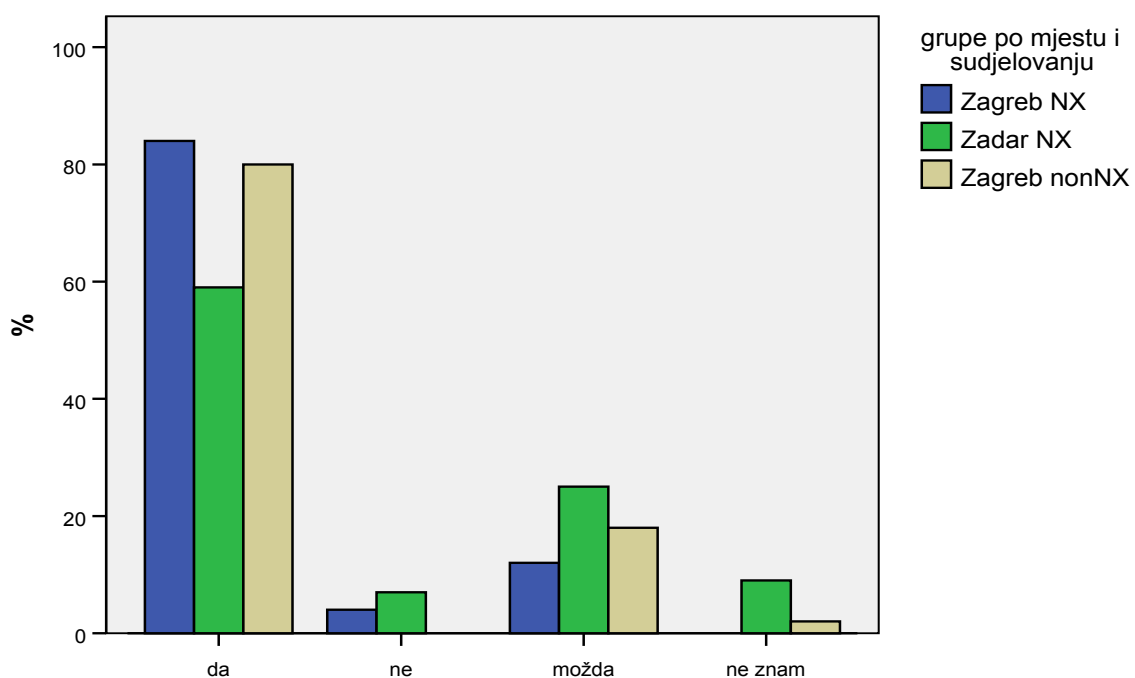
Među skupinama sudionika nađene su statistički značajne razlike u uvjerenju da je ovisnost i problem osobnog izbora načina života.

Korisnici NX programa iz Zagreba češće su odgovarali „da“, dok su Zadrani češće nego Zagrepčani odgovarali „možda“ ili „ne znam“ na ovo pitanje ( $\chi^2=18.76$ ,  $p<0.001$ ).

Dvije skupine korisnika iz Zagreba nisu se međusobno razlikovale po frekvencijama odgovora ( $\chi^2=7.30$ ,  $p=0.06$ ), iako je riječ o rubnoj razini značajnosti.



**SL. 71. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SAMOPROCJENU BOLESTI OVISNOSTI KAO OSOBNOG IZBORA NAČINA ŽIVOTA**



**SL. 72. DISTRIBUCIJA ISPITANIKA OBZIROM NA SAMOPROCJENU BOLESTI OVISNOSTI KAO OSOBNOG IZBORA NAČINA ŽIVOTA I MJESTO ISTRAŽIVANJA**

## 5. RASPRAVA

Politika smanjenja šteta zlouporabe droga implementirana je u mnogobrojne javno zdravstvene programe usmjerene na sprečavanje širenja epidemija HIV/AIDS-a, hepatitisa B i hepatitisa C (posebice unutar skupina populacije životnog stila visokog rizika – intravenskih korisnika droga i seksualnih radnica/radnika).

Razna istraživanja potvrđuju učinkovitost politike smanjenja šteta u usporavanju širenja epidemija HIV/AIDS-a, hepatitisa B i hepatitisa C među spomenutim populacijama životnog stila visokog rizika. <sup>(21, 22, 23, 24, 25, 26)</sup>

Cilj ovog istraživanja je, osim potvrđivanja postavljenih hipoteza, utvrditi socijalne determinante, način života, razmišljanja, stavova i odnosa prema bolesti ovisnosti populacije aktivnih intravenskih korisnika droga. Budući da posljednjih desetljeća prevalencija bolesti ovisnosti je u stalnom porastu, u kontekstu brzih promjena u zdravstvenoj problematici, socijalnom i ekonomskom sustavu, uvijek postoji rizik neučinkovitosti mjera i aktivnosti koje bi trebale odgovoriti realnim postojećim problemima. Učinkovito sagledavanje problema i procjena situacije osnova je za brzu i djelotvornu intervenciju.

Tijekom ovog istraživanja upotrijebljena je i metodologija brze procjene i reakcije (Rapid Assessment and Response, RAR). To je metoda sagledavanja postojećeg stanja, procjene situacije i uočavanja rizičnih i kritičnih točaka intervencije. Konvencionalne znanstvene metode i javno zdravstvena istraživanja i praćenja imaju značajna ograničenja:

- takve metode obično su namijenjene dugoročnoj perspektivi te su spore u primjeni ;
- rutinsko prikupljanje podataka često prekasno uočava i upozorava na problem, i prije završene analize podataka narav problema se može promijeniti ;
- rezultati istraživanja mogu biti pripremljeni na način koji nije pogodan za komunikaciju s odgovornima za donošenje odluka ;
- istraživanja mogu biti previše usko usmjerena ili težiti samo za globalnom slikom pri čemu se mogu izgubiti značajni detalji ;



RAR metodologija upozorava na ograničenja informacija prikupljenih konvencionalnim putem i rutinskim javno – zdravstvenim opservacijama i premošćuje jaz koji obično postoji između nalaza i rezultata istraživanja i poduzimanja odgovarajućih intervencija. Fleksibilnost RAR metode omogućava procjenu na različitim razinama, te je kao takva posebice primjenjiva u istraživanjima vezanim uz zlouporabu droga.<sup>(27)</sup>

Različiti čimbenici mogu utjecati na zdravstveno ponašanje i zdravstvene ishode (uključujući obiteljske čimbenike, čimbenike lokane zajednice i strukturalne čimbenike). Prilikom istraživanja utjecaja politike smanjenja štete zlouporabe droga na promjenu zdravstvenog ponašanja intravenskih korisnika droga empirijskom istraživanju istog nije dano jednoznačno mjesto sa strogo provjerljivim hipotezama; ono je zamišljeno tako da ispitanici mogu izraziti svoje mišljenje o promjenama u svom ponašanju vezanim uz zdravlje za koje smatraju da je uvjetovano aktivnostima politike smanjenja šteta zlouporabe droga. Zato je tijekom provođenja istraživanja, osim ispunjavanja upitnika, sa svakim ispitanikom proveden i dubinski intervju (standardna tehnika RAR istraživanja), kojim su dobiveni kvalitativni podatci vezani uz stavove, način života i razmišljanja i. v. korisnika droga.

Prilikom analiziranja rezultata istraživanja vezanih uz zlouporabu droga uvijek se u obzir mora uzeti geografska i socijalna determiniranost. Iako postoje općeprihvaćene i znanstveno utvrđene spoznaje vezane uz zlouporabu droga (tzv. ovisnički profil ličnosti, ovisničko ponašanje), načini uzimanja droga, odnos prema drogama, kvaliteta («čistoća») droga prisutnih na lokalnom tržištu, specifični su za određena društva, zemlje, a ponekad značajne razlike mogu se uočiti i unutar jedne države, odnosno unutar lokalnog područja (npr. unutar jednog grada ili naselja).

Tako, na primjer, u Hrvatskoj količina askorbinske kiseline koja se koristi pri pripremi heroína za intravensko ubrizgavanje značajno je veća, nego količina iste koju koriste i. v. ovisnici u Italiji; u Hrvatskoj se kokain rijetko koristi putem i. v. ubrizgavanja; prilikom korištenja mješavine heroína i kokaina (tzv. «speedball») u Hrvatskoj se te droge injiciraju odvojeno, dok u području SAD ta mješavina se injicira s jednom štrcaljkom, odjednom; u Hrvatskoj se kanabis prilikom pušenja uvijek miješa s duhanom (kao i u većini zemalja Europe), dok se u području Sjeverne Amerike, Kanade, Meksika, zemljama Centralne Azije, kanabis puši čist, bez primjesa duhana.

Podatci o osobama koje su liječene zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj prikupljaju se i analiziraju u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo od 1976.g. Hrvatska je jedna od rijetkih zemalja u svijetu koja se može pohvaliti kontinuiranim praćenjem epidemiološke slike bolesti ovisnosti o psihoaktivnim drogama. Postojanje takvog «registra ovisnika» značajno olakšava praćenje i analizu rezultata istraživanja.

Gledajući sociodemografske karakteristike ukupnog uzorka ispitanika ovog istraživanja (tablica 3.), vidljivo je da je među ispitanicima bila većina muškaraca (83%) te 17% žena. Taj omjer odgovara i istraživanjima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo koji navode da je tijekom 2008.g. unutar skupine ukupno liječenih osoba zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj bilo 83% muških osoba i 17% ženskih osoba. Omjer liječenih muškaraca i žena u Hrvatskoj iznosi 4,9 : 1, i nije se značajnije mijenjao proteklih godina <sup>(28)</sup>. Veća zastupljenost muških osoba može se gledati i u kontekstu tradicionalnosti društva. Zlouporaba droga tradicionalno je aktivnost vezana za muškarce. Ženske osobe koje zluporabljuju droge najčešće su partnerice korisnika droga, te u svojem ovisničkom ponašanju često slijede stereotip ponašanja dominacije muškog partnera (koje se preslikava i na zluporabu droga, kao i na sve aktivnosti vezane uz «ovisnički» način života). Takva spolna distribucija s dominantnim brojem korisnika droga među osobama muškog spola prisutna je gotovo u svim zemljama Europe, te je odnos obično u omjeru 4 : 1 (u korist osoba muškog spola).

Ispitanici su većinom bili srednjoškolskog obrazovanja (85%), 6,7% ih je završilo osnovnu školu, a 8,3% fakultet. Među ispitanicima nije bilo osoba bez završene osnovne škole. Ti rezultati odgovaraju rezultatima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <sup>(29)</sup>, iako je kod njih broj liječenih osoba zbog zluporabe droga sa završenom srednjom školom iznosi 69%, a broj osoba sa završenom višom školom ili fakultetom iznosi 2,6%. Rezultati HZZJZ navode i 1,3% osoba sa nezavršenom osnovnom školom. Tako velik postotak osoba sa završenom srednjom školom rezultat je obaveznog osnovnoškolskog školovanja u Republici Hrvatskoj, kao i činjenici da je istraživanje rađeno u gradu Zagrebu i Zadru, gdje sva djeca obavezno moraju pohađati osnovnu školu.

Najveći broj ispitanika živi u obiteljskim kućanstvima (56%). I podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <sup>(30)</sup> navode da 56,8% osoba liječenih zbog zluporabe droga žive s primarnom obitelji. Budući da u Hrvatskoj je struktura obitelji, kao i

obiteljska povezanost, još uvijek jaka, većina ovisnika u Hrvatskoj živi u nekakvom obliku obitelji. Zbog toga u Hrvatskoj gotovo da i nema kategorije ovisnika beskućnika, što Hrvatsku u ovom trenutku izdvaja obzirom na situaciju u zemljama Europe, gdje u svim većim gradovima postoji velik broj ovisnika beskućnika, kao i dijelova gradova u kojima žive isključivo ovisnici. U Hrvatskoj nije došlo do promjena u odnosu obitelji i ovisnika, te je obitelj i dalje značajno uključena u proces liječenja ovisnika. Među ispitanicima svega ih 10,3% živi s partnerom koji konzumira drogu, 10,3% s partnerom koji ne konzumira drogu, a 15,7% ih žive sami.

Većina ispitanika (61%) nije bila zaposlena u trenutku ispitivanja, a 20% ih je bilo korisnika socijalne pomoći. Gotovo svi ispitanici bili su zdravstveno osigurani (96%). Tako velik postotak zdravstveno osiguranih ispitanika rezultat je pozitivnih zakonskih propisa u Republici Hrvatskoj, koji omogućuju svim članovima društva zdravstveno osiguranje.

Dob ispitanika istraživanja bio je od 18 – 55 godina, a prosječna dob 32 godine ( $M=32,2$ ;  $SD=5,31$ ). Nepostojanje osoba mlađih od 18 godina života u ovom istraživanju uvjetovano je politikom programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa prema kojoj se aktivnosti programa ne primjenjuju osobama mlađim od 18 godina. U situacijama da u program dolaze osobe mlađe od 18 godina, s njima se rade savjetodavni razgovori, uzima generalna socijalna anamneza, te ovisno od problematike, takve osobe se upućuju službama za prevenciju i izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo, centrima za socijalni rad, nadležnim liječnicima školske medicine, pedagozima ili psiholozima škola koje pohađaju. U Hrvatskoj postoje osobe dobne skupine starije od 14 godina koje su bile liječene zbog zlouporabe droga tijekom 2007. i 2008. god., ali njihov broj ostaje u okviru od 0,1% obzirom na ukupan broj liječenih osoba u Hrvatskoj<sup>(31)</sup>.

Kada se uspoređuju razlike kategorija sociodemografskih varijabli u tri skupine (tablica 4.) – ispitanika korisnika programa smanjenja šteta HCK u Zagrebu (**Zagreb NX**), ispitanika korisnika programa smanjenja šteta HCK u Zadru (**Zadar NX**) i ispitanika, aktivnih korisnika droga u Zagrebu koji ne odlaze u program smanjenja šteta HCK u Zagrebu (**Zagreb nonNX**) – među skupinama nema razlike obzirom na zastupljenost muškaraca i žena ( $\chi^2 = 0,33, p=0,85$ )).

Postoje razlike na razini triju skupina obzirom na stručnu spremu ( $\chi^2 = 21.57$ ,  $p < 0.001$ ). U Zadru je bilo statistički značajno više visokoobrazovanih ispitanika nego u Zagrebu ( $\chi^2 = 13.22$ ,  $p = 0.001$ ). Među Zagrepčanima koji su sudjelovali u programu bilo je više sudionika sa završenom samo osnovnom školom u odnosu na Zagrepčane koji u programu ne sudjeluju ( $\chi^2 = 6.50$ ,  $p = 0.039$ ). Te razlike treba gledati povezano s razlikama među skupinama obzirom na zaposlenost ( $\chi^2 = 44.56$ ,  $p < 0.001$ ), gdje je vidljivo da je među Zagrepčanima koji koriste NX program bilo manje zaposlenih nego među Zagrepčanima koji ne koriste NX program ( $\chi^2 = 16.13$ ,  $p < 0.001$ ) i korisnicima u Zadru ( $\chi^2 = 37.78$ ,  $p < 0.001$ ). Zaposlenje je gotovo uvijek uvjetovano s obrazovanošću, a djelomice i s mogućnostima korištenja socijalne (ili drugih oblika) pomoći. Uvjeti za korištenje iste u Zagrebu su najbolji (najgušća mreža centara za socijalni rad), a takvi uvjeti omogućuju osobama korisnicima droga najlakši način egzistencije. To potvrđuje i nejednakost među skupinama obzirom na korištenje socijalne pomoći ( $\chi^2 = 72.39$ ,  $p < 0.001$ ), koja pokazuje da je među Zagrepčanima korisnicima NX programa bilo više osoba koje primaju socijalnu pomoć u odnosu na Zagrepčane koji ne koriste NX program ( $\chi^2 = 53.30$ ,  $p < 0.001$ ) i Zadrane ( $\chi^2 = 35.07$ ,  $p < 0.001$ ).

Neki od presudnih čimbenika u kompleksnom postupku liječenja bolesti ovisnosti su obrazovanje i zapošljavanje ovisnika budući da su to ključni elementi postizanja konačnog cilja liječenja – ponovne uspostave resocijalizacije. Ovisno o individualnom stanju pacijenta s istima se može započeti i tijekom samog apstinencijskog postupka. Stjecanje novih znanja, vještina, prekvalifikacije omogućavaju lakše zapošljavanje i značajno ubrzavaju resocijalizaciju ovisnika. Vlada Republike Hrvatske prihvatila je i usvojila takve smjernice u sklopu nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga.

(32)

Ispitanici različitih skupina obzirom na zastupljenost zdravstvenog osiguranja nisu se razlikovali ( $\chi^2 = 5.28$ ,  $p = 0.07$ ).

ANOVA pokazuje statistički značajne razlike obzirom na dob između grupa ispitanika ( $F = 11.07$ ,  $p < 0.001$ ). Post-hoc analiza utvrdila je da su Zagrepčani koji ne sudjeluju u NX programu statistički značajno mlađi od pripadnika Zagrepčana korisnika NX

programa i Zadrana korisnika NX programa ( $p < 0.001$ ). Ovi podatci sukladni su podacima HZZJZ (Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo) o prosječnoj dobi bitnih trenutaka ovisničkog ponašanja. Ti podatci pokazuju tijek razvoja ovisnosti. Prema podacima promatranim tijekom nekoliko godina u Hrvatskoj prvo eksperimentiranje s psihoaktivnim sredstvima događa se u dobi od oko 16 godina, prvo uzimanje heroina događa se u dobi od oko 20 godina (u 2008.g. 20,1 godina), prvo intravensko uzimanje heroina nepunu godinu kasnije (20,9 godina), a prosječna dob prvog dolaska na liječenje heroinskih ovisnika je 26 godina. Od prvog eksperimentiranja do dolaska na liječenje protekne deset godina. Zagrepčani koji ne dolaze u NX programe vjerojatno su predstavnici te relativno mlađe dobne skupine koja se još ne želi javiti liječniku, niti programima smanjenja šteta zbog bolesti ovisnosti. Za učinkovitije liječenje bolesti ovisnosti ključno je poboljšati ulazak ovisnika u programe liječenja, kao i njihovo zadržavanje u istima<sup>(33)</sup>.

Analiza ovisničkog ponašanja (tablica 5.) pokazuje da najveći dio ispitanika kao glavno sredstvo ovisnosti koristi heroin (74%), a zatim metadon (25%). Ispitanici kao sporedno sredstvo ovisnosti najčešće koriste metadon (38,3%), heroin (34,7%) i marihuanu (15,7%). I podatci HZZJZ<sup>(34)</sup> potvrđuju da je heroin glavna droga u Hrvatskoj u populaciji intravenskih korisnika droga. Obzirom na podatke Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZZJZ) postoji razlika obzirom na sporedno sredstvo ovisnosti u korist metadona koji se navodi kao glavno sporedno sredstvo. Ta razlika je očekivana, budući da ispitanici u istraživanju su heroinski ovisnici, te je metadon logičan izbor kao glavnog sporednog sredstva. Na supstitucijskoj terapiji metadonom (Heptanon) ili buprenorfinom (Subutex) u trenutku ispitivanja bilo je 75% ispitanika.

Kod većine današnjih ovisnika prisutna je poliuporaba droga. Definiranje «glavnog» sredstva ovisnosti postavlja se na prosudbi prema adiktivnosti sredstva, učestalosti uporabe sredstva i zdravstveno socijalnim posljedicama do kojih je sredstvo dovelo kod pojedinca. Prilikom dubinskih intervjua gotovo svi ispitanici su navodili pivo kao jedno od sredstava koje redovito koriste. Tijekom istraživanja, svega je pet ispitanika (1,7%) od ukupnog uzorka navelo pivo pod sporednim sredstvima ovisnosti. Razlog takvoj disproporciji između rezultata dobivenih upitnikom i informacija dobivenih tijekom dubinskih intervjua je percepcija piva kod ispitanika kao prehrambene namirnice, a ne kao sredstva ovisnosti. Prema izjavama ispitanika pivo se redovito

konzumira jer je relativno jeftino i lako dostupno. Kombinacija konzumiranja piva, metadona i marihuane mnoge ispitanike dovodi u stanje koje je vrlo slično stanju neposredno nakon korištenja heroina. Budući da mnogi heroinski ovisnici imaju problema s prehranom (gubitak navike normalnog ritma i kvalitete prehrane, problemi sa zubima koji ih onemogućavaju u konzumiranju tvrde hrane, mučnine i proljevi kao posljedica fizičkih kriza uslijed nedostatka sredstva ovisnosti) oni često konzumiraju ugljikohidratnu hranu (tjestenina, žitne pahuljice, mliječni proizvodi, slatki kolači) koju dodatno začinjavaju sa velikim količinama šećera. Pivo, zbog svoje kalorijske vrijednosti, kod ovisnika, osim alkoholnog djelovanja na mozak, izaziva i osjećaje sitosti. Gotovo svi ispitanici u ovom istraživanju navodili su da svakodnevno konzumiraju pivo, s time da dnevne količine nikada nisu (prema njihovim navodima) bile manje od 1 litre dnevno. Unatoč tome kod njih gotovo uopće ne postoji percepcija ovisnosti (alkoholizma) uzrokovane pivom.

Raspon trajanja ovisnosti ispitanika u istraživanju bio je 12 – 327 mjeseci; prosječno je bio 105,9 mjeseci (8,82 godine) (SD= 50,83).

Promatrajući tri skupine sudionika istraživanja (Zagrepčani NX, Zagrepčani nonNX i Zadranani NX), (tablica 6.), postojala je statistički značajna razlika obzirom na glavno sredstvo ovisnosti ( $\chi^2 = 84,51$ ,  $p < 0.001$ ). Među Zagrepčanima koji sudjeluju u NX programu bilo je više korisnika metadona kao glavnog sredstva ovisnosti nego među Zagrepčanima koji ne koriste NX program ( $\chi^2 = 40.24$ ,  $p < 0.001$ ) i Zadranima korisnicima NX programa ( $\chi^2 = 66.57$ ,  $p < 0.001$ ). Ovi rezultati ukazuju na prisutnu zlouporabu metadona u populaciji intravenskih korisnika droga u Hrvatskoj. Učinkovitost primjene metadona u liječenju opijatne ovisnosti je neupitna, a hrvatski sustav distribucije supstitucijske terapije putem odabranog obiteljskog liječnika opće medicine pokazao se je kao izuzetno učinkovit, što dokazuje i velik broj opijatnih ovisnika obuhvaćenih supstitucijskom terapijom. Glavni uzrok zlouporabe metadona je što se on ovisnicima distribuira u obliku tableta. Iako postoji propisan način distribucije supstitucijske terapije koji uključuje davanje usitnjenih tableta metadona pomiješanih s Cedevitom, kao i obvezu pacijenta da terapiju popije pred zdravstvenim radnikom koji mu je daje, zdravstveni radnici prisiljeni su davati višednevnu terapiju pacijentima, posebice za potrebe pacijenata tijekom vikenda i državnih blagdana. Dubinskim intervjuom provedenim tijekom istraživanja ispitanike se je pitalo i o razlozima

zlorabe metadona. Ispitanici su većinom odgovorili da je razlog jednokratnog uzimanja višednevne terapije neobjašnjiva želja za postizanjem osjećaja zadovoljstva i ugone. Ispitanici navode da prekomjerno uzimanje zamjenske terapije (zloraba) nije uzrokovana nekim problemom, pritiskom ili osjećajem «krize». Ispitanici tu situaciju opisuju riječima «... počastio sam se...». Poticaj na takvo ponašanje najčešće je posjedovanje višednevne terapijske količine metadona odjednom, što u ovisnicima potencira osjećaj «pohlepe» za psihoaktivnim sredstvom. «Pohlepa» je način ponašanja među ovisnicima u situacijama kada posjeduju veću količinu droge (psihoaktivne supstance). Budući da su u takvim situacijama oslobođeni psihološkog pritiska nabave nove količine droge, u takvom staju euforije nekritično uzimaju veće količine droge. Takvo ponašanje direktna je ekspresija kompulzivnog uzimanja sredstva ovisnosti kod ovisnika.

U zemljama Europske Unije (npr. Italiji, Nizozemskoj, Francuskoj) zlorabe metadona su izuzetno rijetke i praktično ne postoje. Za razliku od Hrvatske u tim zemljama metadon se dijeli pacijentima isključivo u tekućem obliku, i ovisnici moraju popiti metadon pred očima liječnika ili zdravstvenog radnika. Distribucija metadona odvija se ili u «metadonskim» ambulancama, ili sustavom «metadonskog busa». Metadonski autobus je autobus preuređen u terensku, mobilnu ambulancu, koji se zaustavlja u određenim dijelovima grada u određeno vrijeme. Ovisnici u njemu, pod kontrolom zdravstvenog radnika, ispijaju propisanu dnevnu količinu metadona. Sustavi takvog načina distribucije metadona rade 365 dana u godini, tako da se izbjegava nedostupnost metadonske terapije tijekom vikenda ili blagdana. Takav način distribucije supstitucijske terapije ima svoju cijenu koštanja i zahtijeva odgovarajuću infrastrukturu i dovoljan broj zdravstvenih radnika. No, bez obzira na cijenu koštanja, takav sustav sprečava zlorabu metadona i smanjuje broj smrti uzrokovanih predoziranje metadonom.

Istraživanje je pokazalo i razlike među skupinama obzirom na sporedno sredstvo ovisnosti ( $\chi^2 = 76.64$ ,  $p < 0.001$ ). Među Zagrepčanima korisnicima NX programa bilo je više korisnika heroina kao sporednog sredstva ovisnosti. Zagrepčani koji ne koriste NX program kao sporedno sredstvo više koriste kokain marihuanu i metadon ( $p < 0.001$ ).

Između skupina postojala je razlika obzirom na supstitucijsku terapiju metadonom

( $\chi^2 = 29.85$ ,  $p < 0.001$ ). Korisnici NX programa iz Zagreba češće su bili u supstitucijskoj terapiji metadonom nego korisnici NX programa iz Zadra ( $\chi^2 = 20.48$ ,  $p < 0.001$ ) i Zagrepčani koji ne koriste NX program ( $\chi^2 = 29.32$ ,  $p < 0.001$ ). I supstitucijska terapija buprenorfinom je nejednako raspoređena među skupinama ( $\chi^2 = 13.52$ ,  $p = 0.01$ ). Među korisnicima NX programa bilo je više korisnika buprenorfina nego među ne korisnicima ( $\chi^2 = 12.73$ ,  $p < 0.001$ ). Korisnici NX programa češće su u doticaju sa zdravstvenim službama ( zbog problematike svoje bolesti ovisnosti) što im omogućava uključivanje u programe supstitucijske terapije.

Statistički značajna razlika obzirom na trajanje ovisnosti postoji između Zagrepčana i Zadranu korisnika NX programa ( $p = 0.011$ ), a između dviju skupina Zagrepčana (NX i nonNX) nema statistički značajne razlike ( $p = 0.853$ ). Ovisnost je najduže trajala kod ispitanika iz Zagreba koji koriste NX program (114,8 mjeseci ili 9,6 godina), zatim nešto kraće kod ispitanika iz Zagreba koji ne koriste NX program (106,13 mjeseci ili 8,8 godina), a najkraće ovisnost je trajala kod ispitanika iz Zadra korisnika NX programa (96,83 mjeseci ili 8,0 godina). Definiranje «trajanja ovisnosti» kod ovisnika jedan je od parametara koje je najteže egzaktno utvrditi. Taj podatak se dobiva tijekom anamnestičkog razgovora s pacijentom i temelji se na njegovoj subjektivnoj procjeni. Ovisnici uslijed svoje bolesti ovisnosti često imaju iskrivljenu percepciju, posebice što se tiče konzumiranja psihoaktivnih sredstava i razvijanja bolesti ovisnosti. Njihova subjektivna procjena trajanja bolesti ovisnosti često ne odgovara realnoj situaciji kod pacijenta, pa je nužno tijekom anamnestičkog postupka nadopuniti informaciju pitanjima o prvom konzumiranju psihoaktivnih supstanci kao i prvog konzumiranja glavnog sredstva ovisnosti. Budući da ovisnost prema sredstvu ovisnosti se ne javlja odmah, definiranje trajanja ovisnosti ovisi o procjeni osobe koja prikuplja podatke. Dubinskim intervjuima provedenim tijekom istraživanja ispitanici iz područja grada Zagreba izjavljivali su da od prvog kontakta s heroinom do razvijanja bolesti ovisnosti (stanja u kojem nisu mogli normalno funkcionirati bez svakodnevnog uzimanja droge - heroina ) je potrebno vrijeme između 6 do 10 mjeseci. Razvijanje bolesti ovisnosti kod pojedinca je visoko specifično i ovisi o mnogo čimbenika (individualnim predispozicijama, socijalnom okruženju, financijskim čimbenicima i sl.). Unatoč tome, trajanje ovisnosti je vrijedan epidemiološki podatak, koji pomaže u



ocjenjivanju i analizi problematike bolesti ovisnosti u lokalnim i globalnim socijalnim okruženjima.

Rizična ponašanja ovisnika su sva ona ponašanja kojima se oni izlažu popratnim bolestima i zdravstvenim komplikacijama. Uz uporabu droga vežu se razne zarazne bolesti – HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C. U tom kontekstu osobito je važno smanjivanje zajedničke uporabe pribora za injiciranje droga – igala, štrcaljki, kuhala – kao i smanjivanje seksualnog rizičnog ponašanja (prvenstveno smanjivanje broja seksualnih odnosa bez uporabe kondoma). Većina intravenskih ovisnika tijekom svog ovisničkog života nađu se u situaciji seksualnog radnika/radnice. Prostitucija je aktivnost kojom ovisnici uvijek mogu doći do novca. U takvim situacijama modus rizičnog ponašanja ovisnika eksponencijalno raste.

Analizirajući rizične i zaštitne faktore ovisničkog ponašanja ispitanika u istraživanju (tablica 7.) vidljivo je da je većina sudionika iz ukupnog uzorka dijelila pribor za injiciranje droge prije više od godinu dana (41,7%), 33,7% ispitanika dijelilo ga je u razdoblju kraćem od godinu, a dužem od mjesec dana i 22,7% ukupnog broja ispitanika nikada nije dijelilo pribor. Ovi rezultati sukladni su rezultatima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <sup>(35)</sup> koji pokazuju da je u razdoblju od 2002.g. do 2008.g. prosječno barem jednom u životu zajednički koristilo pribor za injiciranje droge 70% ovisnika. Korištenje zajedničkog pribora u posljednjih mjesec dana u stalnom je opadanju (od 38,6% 2002.g. do 17,8% 2008.g.). Trend smanjivanja korištenja zajedničkog pribora rezultat je otvaranja centara za zamjenu štrcaljki i igala (programa smanjenja šteta zlouporabe droge), besplatnog savjetovanja i testiranja na hepatitis B, hepatitis C i HIV. I rezultati ovog istraživanja ciljane populacije i. v. korisnika droga koji dolaze u programe smanjenja šteta pokazuju promjenu zdravstvenog ponašanja u smislu rjeđeg korištenja zajedničkog pribora za intravensko uzimanje droga.

Većina sudionika istraživanja (71%) kondome koristi rijetko. Procjenjujući rizična ponašanja, odgovor «rijetko» u kvalitativnom smislu znači da postoji velik rizik od spolno prenosivih bolesti (uključujući HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C). Rezultati istraživanja provedenog u Hrvatskoj 2002.g. <sup>(36)</sup> pokazali su da samo 13,0% mladih uvijek pri seksualnim odnosima u protekloj godini je koristilo kondome. Zaštita se nije koristila manje, odnosno koristila se je u nešto višem postotku ukoliko je spolni odnos

pod utjecajem droge, alkohola ili nekog drugog psihoaktivnog sredstva. Rezultati navedenih istraživanja ipak ukazuju na nedopustivo nisku frekvenciju korištenja kondoma prilikom spolnih odnosa, posebice kod mladih osoba. Tijekom dubinskih intervjua vezanim uz uporabu kondoma, ispitanici su izjavljivali da ih ne koriste zato jer su sigurni da prilikom spolnog odnosa ne postoji rizik zaraze spolno prenosivim bolestima. Mnogi od ispitanika izjavljuju da im je seksualni odnos uz uporabu kondoma neugodan ili, da partnerica/partner zahtijeva spolni odnos bez kondoma. Tijekom razgovora s nekim od ispitanika utvrdilo se je da i ne znaju pravilno koristiti kondome, ali zbog srama ne žele pitati ili se informirati. Neki od heroinskih ovisnika izjavili su da prilikom spolnih odnosa često imaju probleme s erekcijom, te da često preferiraju oralni spolni odnos. U percepciji većine ispitanika oralni seks za sobom uopće ne povlači rizik zaraze spolno prenosivim bolestima, te u takvim situacijama uporabu kondoma smatraju nepotrebnom.

Većina sudionika istraživanja bila je testirana na hepatitis B (88%), hepatitis C (90,3%) a nešto manje i na HIV (71%). Ti rezultati pokazuju dobru dostupnost besplatnim testiranjima na hepatitis B, hepatitis C i HIV. Tome doprinosi i postojeći sustav programa smanjenja šteta u Hrvatskoj .

Važan parametar u procjeni rizičnih čimbenika zdravstvenog ponašanja je i informiranost o ciljanim bolestima. Svi sudionici svoju informiranost o HBV, HCV i HIV/AIDS-u iskazali barem zadovoljavajućom, a 46,6% ispitanika smatrali su da su o ovim rizicima informirani «vrlo dobro» ili «odlično». Samo je jedan ispitanik (0,3%) procijenio svoj rizik od zaraze HBV, HCV, HIV/AIDS-om velikom, a čak 62,3% sudionika smatra da nemaju rizik zaraze HBV, HCV i HIV/AIDS-om. Ti rezultati potvrđuju rezultate istraživanja «Rizična ponašanja u vezi s HIV/AIDS-om u osobito ugroženih skupina mladih u Hrvatskoj»<sup>(36)</sup>. U Hrvatskoj, subjektivna procjena informiranosti o HBV, HCV a posebice HIV/AIDS-u je vrlo visoka (iako ona često ne odgovara pravom stanju, jer su informacije kojima ispitanici raspolažu često površne i nedostatne), dok je percepcija rizika mogućnosti zaraze navedenim virusima izrazito niska. Percepcija rizika je relativno viša upravo među populacijom mladih koji su manje rizični za zarazu od HIV-a ili drugih spolno prenosivih infekcija (ti mladi imaju manje partnera, ne uzimaju i. v. drogu). Za razliku od njih, skupina životnog stila visokog rizika – i. v. korisnici droga – imaju izrazito malu percepciju rizika zaraze

HBV; HCV i HIV-om..To ponovo potvrđuje tezu o nepovezanosti percepcije rizika sa realnom situacijom.

Procjena samopoštovanja i komunikacijskih sposobnosti spada u subjektivne kvalitativne parametre koji mogu ukazivati na stupanj socijaliziranosti i prihvaćenosti u društvu. Kod bolesti ovisnosti stigmatizacija, odbacivanje od socijalne sredine, gubitak sposobnosti komunikacije često predstavlja velik problem, posebice u počecima kompleksnog procesa liječenja. Čak 43% sudionika procjenjuje svoje samopouzdanje dobrim, a 32,7% procjenjuje ga vrlo dobrim. U procjeni komunikacije 39,7% ispitanika procjenjuje ju dobrom, 24,7% zadovoljavajućom a 24% vrlo dobrom.

Usporedba frekvencija rizičnih faktora u tri skupine sudionika (tablica 8.) pokazala je da se ispitanici iz različitih skupina razlikuju obzirom na razdoblje u kojem nisu dijelili pribor za injiciranje droga ( $\chi^2 = 30.20$ ,  $p < 0.001$ ). Ispitanici NX programa iz Zagreba su prije više vremena dijelili pribor nego ispitanici iz Zagreba koji nisu u NX programu ( $\chi^2 = 13.68$ ,  $p < 0.001$ ) i nego ispitanici NX programa iz Zadra ( $\chi^2 = 15.90$ ,  $p < 0.001$ ). I ovi rezultati potvrđuju učinkovitost programa smanjenja šteta na promjenu zdravstvenog ponašanja u smislu rjeđe uporabe zajedničkog pribora za injiciranje droga kod i. v. korisnika droga.

Utvrđena je i različitost među skupinama obzirom na naviku korištenja kondoma ( $\chi^2 = 30.41$ ,  $p < 0.001$ ). Zagrebački korisnici NX programa vjerojatnije su koristili kondome nikad ili uvijek u odnosu na Zagrepčane koji ne koriste NX program ( $\chi^2 = 20.97$ ,  $p < 0.001$ ), a korisnici NX programa u Zadru kondome su češće koristili nego korisnici NX programa u Zagrebu ( $\chi^2 = 6.13$ ,  $p = 0.05$ ). Bez obzira na ove rezultate, korištenje kondoma od strane ispitanika treba se promatrati obzirom na sveukupnu analizu svih ispitanika (tablica 7.), koja pokazuje zabrinjavajuće nisku frekvenciju korištenja kondoma kod ispitanika.

Različitost među skupinama obzirom na zastupljenost testiranja na hepatitis B, hepatitis C i HIV ponovo je potvrdila učinkovitost programa smanjenja šteta u osiguravanju bolje dostupnosti besplatnom i anonimnom testiranju na HBV, HCV i HIV ( Zagrebački ispitanici korisnici NX programa češće su testirani na hepatitis B ( $\chi^2$

=14.03,  $p < 0.001$ ), hepatitis C ( $\chi^2 = 22.22$ ,  $p < 0.001$ ) i HIV ( $\chi^2 = 11.03$ ,  $p = 0.01$ ) od Zagrepčana koji ne koriste NX program). U odnosu na Zadarske ispitanike korisnike NX programa Zagrebački korisnici NX programa bili su češće testirani na hepatitis C ( $\chi^2 = 9.42$ ,  $p = 0.01$ ), jednako često testirani na hepatitis B ( $\chi^2 = 5.27$ ,  $p = 0.01$ ) i češće na HIV ( $\chi^2 = 8.69$ ,  $p = 0.03$ ). Različitost između Zagrebačkih ispitanika uvjetovana je time što ne korisnici NX programa su manje u doticaju s službama gdje je moguće obaviti HBV, HCV i HIV testiranje. Veća testiranost Zagrebačke skupine korisnika NX programa u odnosu na Zadarske korisnike NX programa može se objasniti činjenicom da u Zagrebu ima više institucija i službi gdje se testiranje može obaviti.

Uporaba brzih testova na HCV, HBV i HIV često su predmet rasprave u stručnim medicinskim krugovima. Najčešće se postavljaju pitanja njihove učinkovitosti, svrsishodnosti i isplativosti. Nove generacije brzih testova odlikuju se visokom pouzdanošću. Izuzetno su učinkoviti u primjeni kod populacije životnog stila visokog rizika (seksualnih radnica/radnika, i. v. korisnika droga). Budući da u tim populacijama promjene rizičnih oblika zdravstvenog ponašanja, kao i percepcija rizičnosti zarazom krvlju prenosivih infekcija su male, testiranje takve populacije trebalo bi se raditi svaka tri mjeseca (budući da negativan rezultat testiranja je upitan zbog «window» perioda). S druge strane, pripadnici navedene populacije, osim što se nerado odazivaju na testiranja, negativan rezultat testiranja doživljavaju kao potvrdu njihovog dobrog zdravstvenog stanja. Usporedo s time svojim načinom života i ponašanjima permanentno otvaraju mogućnost zaraze HCV, HBV i HIV-om. Brzi testovi pokazali su visoku učinkovitost u programima smanjenja šteta zlouporabe droga, jer omogućuju direktne aktivnosti savjetovanja i edukacije korisnika programa vezanim uz HCV, HBV i HIV infekcijama. Cijena koštanja brzih testova zanemariva je u odnosu na uštede u zdravstvu postignute ranim otkrivanjem HCV, HBV i HIV-a kod pojedinaca.

Usporedba rizičnih i zaštitnih faktora u tri skupine (tablica 9.) pokazala je različitost između skupina obzirom na samoprocjenu informiranosti o HBV, HCV i HIV-u ( $F = 83.81$ ,  $p < 0.001$ ), obzirom na procjenu rizika zaraze ( $F = 26.88$ ,  $p < 0.001$ ) kao i samopoštovanju ( $F = 123.15$ ,  $p < 0.001$ ) i kvaliteti komunikacije ( $F = 174.86$ ,  $p < 0.001$ ). Zagrepčani koji ne koriste NX program smatrali su da su bolje informirani o HBV, HCV i HIV-u od Zagrepčana koji ga koriste ( $p < 0.001$ ), dok su Zadrani imali najnižu procjenu informiranosti ( $p < 0.001$ ). Samoprocjena informiranosti vrlo je subjektivan pokazatelj

koji ovisi o općoj informiranosti i stupnju obrazovanosti. Stavljajući ovaj rezultat u kontekst opće informiranosti o navedenim bolestima u obzir se mora uzeti kvaliteta informiranosti. Tijekom dubinskih intervju s Zagrepčanima koji ne koriste NX program utvrdilo se je da informiranost o HBV, HCV i HIV-u se svodi na površno baratanje generalnim informacijama koje kod osoba stvaraju privid «dobre informiranosti». Najčešće zabluda koje su ispitanici iznosili su: «HIV se može dobiti poljupcem, ugrizom komarca, uporabom pribora za jelo; seksualni kontakti koji ne uključuju penetraciju tijekom odnosa nisu rizični za prenošenje HIV-a;». Kod HCV gotovo svi ispitanici su navodili da se zaraza ne može nikako dobiti seksualnim putem. Razlog takvih zabluda je što većina ispitanika informacije dobiva posredno, putem medija ili prilikom obilježavanja svjetskih dana borbe protiv tih bolesti. Budući da kod gotovo svih ispitanika prevladava mišljenje «to se događa nekome drugome», kao i zbog izuzetno niske percepcije rizika obolijevanja od tih bolesti, ispitanici uopće ne smatraju potrebnim da se bolje informiraju ili da koriste usluge besplatnih savjetovanja. Zagrepčani koji koriste NX programe tijekom boravka u programu uvijek su detaljno informirani o tim bolestima. Iako je kvaliteta njihovih informacija vjerojatno bolja od Zagrepčana koji ne koriste NX program, u samoprocjeni informiranosti Zagrepčani korisnici NX programa mnogo su kritičniji, te se zbog toga ocjenjuju nižim ocjenama. Najniža procjena informiranosti Zadranina uvjetovana je mjestom gdje osobe žive. Osim što je Zadar, u odnosu na Zagreb, značajno manji grad, u njemu postoji mnogo manji broj institucija i udruga koje pružaju usluge savjetovanja i testiranja. Iako postoje razlike u procjeni rizika zaraze (zadarski ispitanici procjenjuju rizik najvišim ( $p < 0.001$ ), zagrebački ispitanici korisnici NX programa nižim ( $p < 0.006$ ), a zagrebački ispitanici koji ne koriste NX program najnižim ( $p < 0.001$ )), te procjene su izuzetno niske i ne odgovaraju realnim situacijama u kojima se ispitanici nalaze zbog svoje bolesti ovisnosti.

Ispitanici iz Zagreba koji ne koriste NX program svoje samopoštovanje i komunikaciju procijenili su najboljim ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ). Takva ocjena uvjetovana je činjenicom da populacija ispitanika Zagrepčana koji ne koriste NX program ne doživljavaju svoju bolest ovisnosti kao problem, te su nekritični i u procjenama.

Zadrani i Zagrepčani koji koriste NX program procjenjuju svoje samopoštovanje i kvalitetu komunikacije nižom, što je uvjetovano većom kritičnošću, koja je djelomično i

rezultat aktivnosti s kojima se ispitanici susreću tijekom svog boravka u NX programima.

Procjena zdravstvenog statusa (tablica 10.) u ovom istraživanju temeljila se je na usmenim iskazima ispitanika, a isti nije provjeravan uvidom u medicinsku dokumentaciju. Također se nije inzistiralo na obaveznom odgovaranju na pitanja, jer su se tijekom cijelog istraživanja poštovale etičke norme dobrovoljnosti, anonimnosti i povjerljivosti. Zdravstveni status procjenjivao se je na temelju podataka o zaraženosti HBV, HCV i HIV-om. Vezano uz podatke o zaraženosti primjetan je znatno veći postotak ispitanika koji nisu odgovorili na pitanja (11,00% - 11,67%). To je vjerojatno uvjetovano strahom od stigmatizacije ispitanika.

Hepatitisom B zaraženo je 7.9% ispitanika, dok je hepatitisom C zaraženo 44,7% ispitanika. Ovi rezultati sukladni su rezultatima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo<sup>(37)</sup>. Samo je dvoje ispitanika (0,7%) izjavilo da je testiranje pokazalo da su zaraženi HIV-om. Uz 11,7% onih koji nisu odgovorili na pitanje bilo je i 23,3% ispitanika koji su naveli da ne znaju da li su bili pozitivni prilikom testiranja na HIV. Takav stav posljedica je nedostatka savjetodavnog rada s osobama prilikom testiranja, posebice testiranja na HIV. U razgovorima prilikom vođenja dubinskog intervjua, ispitanici su rekli da ne žele ići po nalaze testiranja na HIV jer «..ako sam zaražen, a i ovisnik sam, ionako ću umrijeti, pa nema veze...». U razmišljanjima o HIV-u svi se prvenstveno boje stigmatizacije, a i iskazuju vrlo velik stupanj nepovjerenja što se tiče čuvanja anonimnosti (nepovjerenje se primarno odnosi na djelatnike u zdravstvenom sustavu, zdravstvene radnike).

Ispitanici su svoje zdravlje samo procijenili na skali od 1 – 5 prosječno 3.02 (SD= 0,85), što znači da većina ispitanika je svoje zdravlje ocijenilo «dobrim».

Usporedba skupina obzirom na zdravstveni status (tablica 11.) pokazala je razliku obzirom na učestalost zaraze HBV ( $\chi^2 = 15,22$ ,  $p < 0.001$ ) i HCV ( $\chi^2 = 10.60$ ,  $p < 0.001$ ). Pozitivnih je u Zagrebu bilo više među onima koji koriste NX program (HBV  $\chi^2 = 9.29$ ,  $p = 0.01$ , HCV  $\chi^2 = 10.24$ ,  $p = 0.01$ ). Takav rezultat je očekivan, jer korisnici NX programa imaju znatno veće mogućnosti testiranja i savjetovana od ovisnika koji ne koriste NX programe.

Među Zadranima bilo je više onih koji su odgovorili da ne znaju jesu li zaraženi ovim virusima nego među Zagrepčanima (HBV,  $\chi^2 = 7.15$ ,  $p=0.03$ ; HCV,  $\chi^2 = 8.07$ ,  $p<0.02$ ). To se može objasniti i nepostojanjem dovoljnog broja službi u Zadru s mogućnostima testiranja i savjetovanja u usporedbi sa Zagrebom.

U učestalosti zaraze HIV-om nije bilo razlika među skupinama ( $\chi^2 = 4.73$ ,  $p=0,32$ ). Rezultati pokazuju malu prevalenciju zaraženosti HIV-om u skupini i. v. korisnika droga, što potvrđuju i podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <sup>(37)</sup>.

Iglomanija je izraz kojim se opisuje potreba i. v. korisnika droga (ovisnika) za uzimanjem psihoaktivnih supstanci intravenskim injiciranjem. I jedna od hipoteza istraživanja odnosila se je na utvrđivanje postojanja ovisnosti i. v. korisnika droga o intravenskom injiciranju sredstava zlouporabe.

Analiza karakteristike ukupnog uzorka ispitanika obzirom na navike intravenskog korištenja sredstava (tablica 12.) pokazuje da većina ispitanika (68,3%) smatra da su ovisni i o intravenskom načinu uzimanja psihoaktivnih sredstava, osim ovisnosti koju su razvili prema sredstvu; 14,3% izjavljuje da ne znaju da li su ovisni i o načinu uzimanja, a 17,3% izjavljuje da nisu ovisni o intravenskom injiciranju supstance. Kao glavni razlog zašto drogu uzimaju i. v. injiciranjem 73,3% ispitanika navodi zadovoljstvo (užitak), a manji dio to čini zbog maksimalnog iskorištavanja količine droge (19,3%) ili zbog osjećaja «krize» (7,3%). Velika većina ispitanika (84,7%) navodi da supstitucijsku metadonsku terapiju povremeno uzima intravenozno; 40,7% ispitanika to čini često ili redovito. Nasuprot tome, buprenorfinsku supstitucijsku terapiju čak 81,7% ispitanika nikada ne uzima intravenski.

Uspoređujući razlike među skupinama obzirom na navike intravenoznog korištenja sredstva ovisnosti (tablica 13.) uočavaju se razlike obzirom na samo procjenu ovisnosti o intravenskom načinu uzimanja supstance ( $\chi^2 = 34.00$ ,  $p<0.001$ ) i obzirom na razloge zbog kojih to čine ( $\chi^2 = 54.74$ ,  $p<0.001$ ). Iako se zagrebački ispitanici međusobno po tome ne razlikuju (ovisnost o intravenskom načinu uzimanja  $\chi^2 = 5.11$ ,  $p=0.08$ ; razlozi i. v. korištenja  $\chi^2 = 1.91$ ,  $p=0.38$ ), razlike su vidljive između zagrebačkih i zadarskih korisnika NX programa. Više Zagrepčana korisnika NX programa smatralo je da su ovisni o intravenskom načinu korištenja droge ( $\chi^2 = 27.21$ ,  $p<0.001$ ), a Zagrepčani su sredstva češće koristili intravenski zbog zadovoljstva (užitka) nego Zadranima ( $\chi^2 = 33.35$ ,  $p<0.001$ ). Razlike među ispitanicima iz različitih

skupina pokazale su se i pri učestalosti korištenja metadona (Heptanona) intravenskim putem ( $\chi^2 = 147.31$ ,  $p > 0.001$ ). Među ne – korisnicima NX programa bilo je više onih koji intravenski uzimaju metadon «povremeno». Među zagrebačkim korisnicima NX-a više ih je koristilo metadon intravenozno «često» ( $\chi^2 = 44.03$ ,  $p < 0.001$ ). U intravenoznom korištenju buprenorfina (Subutexa) skupine se nisu razlikovale ( $\chi^2 = 4.36$ ,  $p = 0.23$ ).

Ovi rezultati potvrđuju hipotezu istraživanja da i. v. ovisnici u Hrvatskoj vrlo često uzimaju supstitucijsku terapiju intravenskim putem, te da razvijaju i ovisnost o intravenskom uzimanju supstance – iglomaniju. Iako se intravensko uzimanje droga tradicionalno veže uz bolest ovisnosti (posebice opijatne, heroinske), rađeno je malo istraživanja s ciljem razumijevanja problematike intravenske ovisnosti. Jean Paul Grund <sup>(38)</sup> analizira intravensko uzimanje droge u kontekstu subkulture korisnika droga; Barnard M. A. <sup>(39)</sup> istražuje dijeljenje pribora za injiciranje droga u odnosu rizičnosti zaraze HIV-om; Battjes i Pickins <sup>(40)</sup> komentiraju dijeljenje pribora za injiciranje iz nacionalne i međunarodne perspektive.

Dubinskim intervjuima provedenim među ispitanicima ovog istraživanja dobili su se kvalitativni podatci o intravenskom uzimanju droga. Kao glavni razlog intravenskog uzimanja droga ispitanici većinom navode razlog « postizanja vrhunskog osjećaja zadovoljstva» (koje se u ovisničkom slengu naziva «flash»). Ispitanici na početku konzumiraju heroin ušmrkavanjem. Dio njih nakon toga puši heroin (u praksi heroin se stavlja na aluminijsku foliju, koja se s donje strane zagrijava upaljačem ili svijećom. Korisnici udišu dim sagorjelog heroina direktno udisanjem kroz nos, ili putem plastičnih cjevčica koje stave u nosnicu). U Hrvatskoj ovisnici takav način konzumiranja heroina nazivaju «folijanjem» ili «čejsanjem». Ovisnici uglavnom ne preferiraju takav način korištenja heroina jer smatraju da takvim načinom gube veliku količinu droge, koja izgara, a koju ne stignu konzumirati. Intravenskim injiciranjem smatraju da koriste maksimalnu količinu droge, a ujedno postižu i maksimalni osjećaj zadovoljstva i euforije. Više ispitanika izjavilo je: "Jednom kada počneš koristiti iglu i špricu, to je to. Nema boljeg. Nikada."

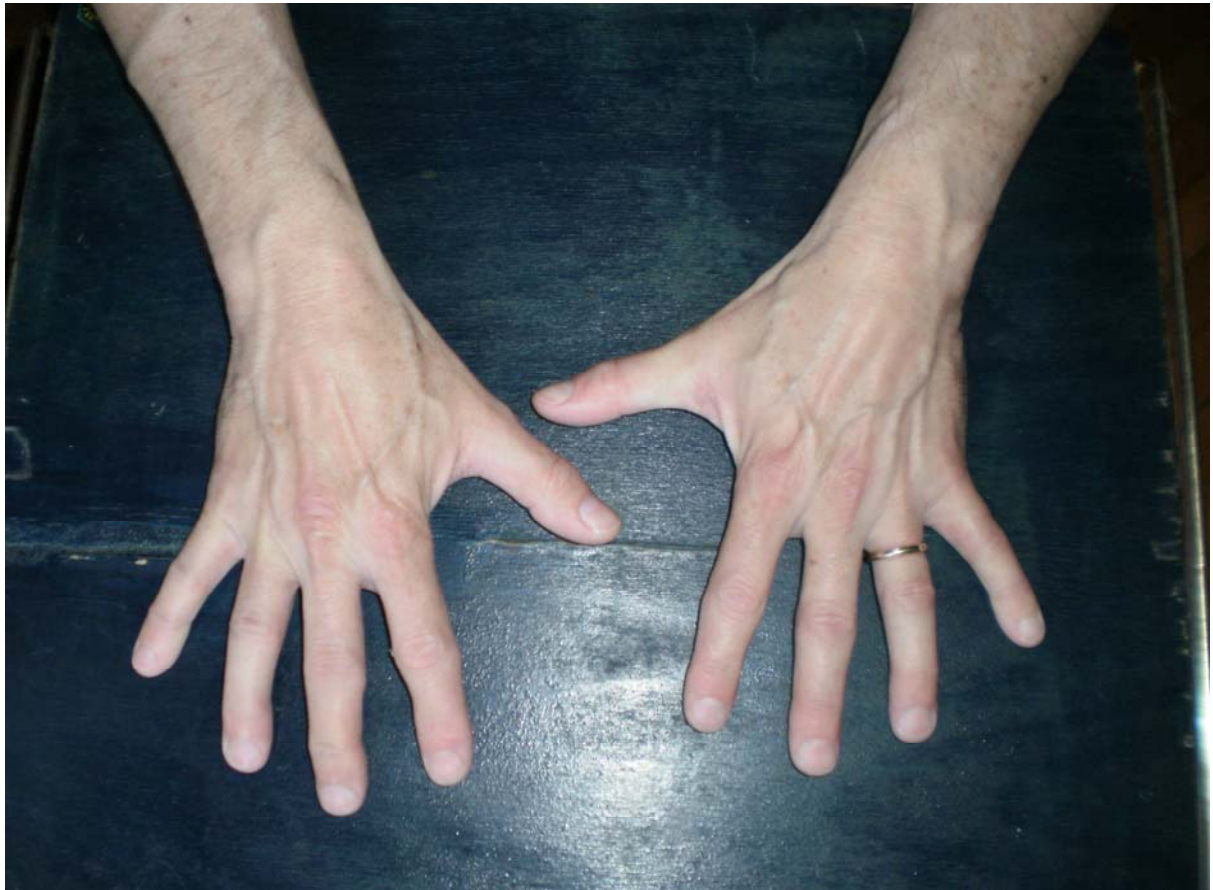
Posebnost heroinskih ovisnika u Hrvatskoj je i injiciranje supstitucijske terapije. Budući da se terapija dijeli u obliku tableta, zanimljiv je način pripreme istih za injiciranje. Metadonske tablete se konzumiraju na dva načina. Jednostavan način pripreme, koji slovi među ovisnicima kao «loš» i «bezvezan» radi se na način da se tablete smrve u



prah, koji se otapa u vodi (neki puta blago zagrijanoj), te se takva otopina navlači preko filtera (smotuljak vate, filter od cigarete) u štrcaljku i injicira. U Hrvatskoj tako pripremljen metadon ovisnici nazivaju «krečom»,. Prema takvom načinu injiciranja vlada prijezir, jer on često izaziva vrlo bolne apscese na mjestima injiciranja, tromboze, duboke flebitise. Unatoč tome, takav način korištenja metadona je prisutan i događa se u situacijama krize ovisnika ili stanjima svijesti kojima dominira kompulzivna potreba za uzimanjem supstance. «Ispravan» način pripreme metadona radi se na način da smrvljene tablete (mrve se žlicom, čekićem, tarionikom s batićem) se otapaju u 70% medicinskom alkoholu. Za kvalitetno otapanje potrebno je najmanje 30 minuta, a ponekad se tablete ostavljaju i do dva sata, ili preko noći u otopini. Nakon toga, površina alkoholne otopine se zapali, ili se posuda u kojoj se otopina nalazi zagrijava na izvoru topline. U posudi ostaje gusta smjesa uljane strukture koja se preko «filtera» navlači u štrcaljku i injicira. Za takav način korištenja metadona uvijek se koriste štrcaljke zapremine 2ml ili 5 ml, a nikada inzulinske štrcaljke koje inače predstavljaju standardnu štrcaljku za ubrizgavanje heroina.

Buprenorfin se, što je pokazalo i istraživanje, rjeđe injicira. Može se pripremati kao i metadonske tablete, a ponekad se otapa i u fiziološkoj otopini, te injicira. Kada se govori o zlouporabi buprenorfina on se najčešće zloupotrebljava na način da se smrvljene tablete ušmrkavaju u nosnice. Takav način zlouporabe, po iskazima ispitanika, vrlo je čest u zatvorima.

Tijekom terapijskog procesa liječenja bolesti ovisnosti apstinencija od glavnog sredstva ovisnosti je osnovni standard ispravnog liječenja. Apstinencija podrazumijeva i prestanak uzimanja sredstva zlouporabe intravenskim putem. Budući da većina heroinskih ovisnika heroin uzima intravenskim putem, i da pri tome razvijaju snažan oblik ovisnosti i o intravenskom načinu uzimanja sredstva zlouporabe, tijekom liječenja uvijek se mora posvetiti izuzetna pažnja i ovisnosti pacijenta o intravenskom korištenju droga, iglomaniji. Bez rješavanja problema iglomanije povećava se rizik od zlouporabe supstitucijske terapije. Ispitanici u ovom istraživanju nisu mogli definirati pravi razlog nastavljanja korištenja supstitucijske terapije intravenskim putem, te se može pretpostaviti da je i to ekspresija kompulzivnog ponašanja karakterističnog za ličnost ovisnika.



**SL. 73. ŠAKE ZDRAVE OSOBE KOJA NE KORISTI DROGE**



**SL. 74. PODLAKTICE ZDRAVE OSOBE KOJA NE KORISTI DROGE**



**SL. 75. IGLOMANIJA - ŠAKE OSOBE KOJA INTRAVENSKI KORISTI DROGE. EDEM ŠAKA KAO POSLJEDICA UBRIZGAVANJA DROGE (METADONA) U PREGIBE IZMEĐU PRSTIJU.**



**SL. 76. IGLOMANIJA – PODLAKTICE OSOBE KOJA INTRAVENSKI KORISTI DROGE. EDEM PODLAKTICA I NESTANAK VENA NA PODLAKTICAMA.**



**SL. 77. IGLOMANIJA – LOKALNI UPALNI PROCES, POSLJEDICA UBRIZGAVANJA METADONA, UZ PRISUTAN EDEM ŠAKE**



**SL. 78. IGLOMANIJA – NEKROTIZIRAJUĆI UPALNI PROCESI DORZUMA STOPALA, POSLJEDICA UBRIZGAVANJA METADONA**



**SL. 79. IGLOMANIJA - IZGLED STRAŽNJE STRANE POTKOLJENICE. POSLJEDICA INJICIRANJA METADONA**



**SL. 80. GLOMANIJA – OŽILJCI I APSCESI POTKOLJENICE. POSLJEDICA INJICIRANJA METDONA**



**SL. 81. IGLOMANIJA – OŽILJCI POTKOLJENICE. POSLJEDICA INJICIRANJA NETADONA**



**SL. 82. NEKROTIZIRAJUĆI APSCES DORZUMA STOPALA. POSLJEDICA INJICIRANJA METADONA**





**SL. 83. IGLOMANIJA – OŽILJCI I SVJEŽI APSCESI PODLAKTICE. VIDLJIV KARAKTERISTIČAN NESTANAK VENA. POSLJEDICA INJICIRANJA METADONA**



**SL. 84. IGLOMANIJA - SVJEŽI APSCES PODLAKTICE UZ KARAKTERISTIČAN EDEM I NESTANAK VENA . POSLJEDICA INJICIRANJA METADONA.**

Razmišljanje o liječenju i zapošljavanju (tablica 14.) parametar je individualne procjene ispitanika koji odražava motiviranost i percepciju socijalne integracije i odgovornosti. ANOVA je pokazala da među skupinama ispitanika postoje razlike obzirom na to koliko često razmišljaju o liječenju ( $F=35.33$ ,  $p<0.001$ ) i zapošljavanju ( $F = 7.69$ ,  $p<0.001$ ). Post – hoc analiza pokazuje da sudionici NX programa iz Zagreba i Zadra češće razmišljaju o liječenju nego sudionici istraživanja koji ne koriste NX program ( $p<0.001$ ). Ne korisnici NX programa ionako ne žele imati kontakte s bilo kime tko može predstavljati bilo kakav oblik zdravstvenog radnika ili savjetodavne osobe vezane uz problematiku bolesti ovisnosti. Ti ispitanici, iako su zapravo ovisnici, žive u uvjerenju da nemaju problema, da žive zapravo normalnim životom, te da i ne boluju od bolesti ovisnosti. Slično tome, među zagrebačkim ispitanicima, razmišljanjima o pronalaženju posla skloniji su ispitanici koji koriste NX program nego koji ga ne koriste. Te razlike uvjetovane su i aktivnostima koje se provode u programima smanjenja šteta. Programi smanjenja šteta profilirani u Hrvatskom Crvenom križu, iako spadaju u programe male razine zahtjevnosti, svoje korisnike uvijek uključuju u nekakav oblik aktivnosti, a stalnim direktnim kontaktom s korisnicima potiču ih da razmišljaju i analiziraju svoje životne postupke i ponašanje. To uvijek uključuje i razmišljanja o liječenju i pronalaženju posla.

Većina ispitanika (74,3%) smatra da je ovisnost i problem osobnog izbora načina (stila) života (tablica 15.). Usporedbom skupina ispitanika nalaze se statistički značajne razlike u uvjerenju ispitanika da je ovisnost i problem osobnog izbora načina života. Korisnici NX programa iz Zagreba češće odgovaraju sa «da» na pitanje da li je ovisnost problem osobnog izbora stila života. Ispitanici iz Zadra (korisnici NX programa) češće su na ovo pitanje odgovarali sa «možda» ili «ne znam» ( $\chi^2 = 18.76$ ,  $p<0.001$ ). Dvije skupine ispitanika iz Zagreba nisu se međusobno razlikovale po frekvencijama odgovora ( $\chi^2 = 7.30$ ,  $p=0.06$ ), iako je riječ o rubnoj razini značajnosti. Životni stil, kao značajnu komponentu liječenja osobe koja boluje od bolesti ovisnosti o drogama navodi Walters D. Glenn<sup>(41)</sup>. On uvodi model životnog stila kao alternativu tradicionalnim koncepcijama bolesti ovisnosti i načinima liječenja. Cilj modela životnog stila nije jedan stil života zamijeniti drugim, već opskrbiti klijente (pacijente) informacijama, vještinama i podrškom koja stimulira promjene njihovih stavova i ponašanja. U toj koncepciji prihvaća se značajnost modela i vještina samo – pomoći kao ključnog čimbenika u ustrajanju pojedinca u odbijanju uzimanja droga, ali i

naglašava odgovornost i važnost kliničara u superviziji terapijskih aktivnosti njihovih klijenata (pacijenata). Teorija životnog stila poima ovisnički stil života kao oblik stečene razvojne nesposobnosti karakterizirane zaustavljenim emocionalnim razvojem i smanjenim mogućnostima adaptivnog učenja. Sukladno tome terapijski proces životnog stila prvenstveno traži rješenja umjesto da se preopterećuje problemima. Problemi se ne ignoriraju, oni se umanjuju sučeljavanjem s potencijalnim rješenjima i komponentama vještina koje su sastavni dio rješenja. Model životnog stila započinje identificiranjem srži problema i podčinjenih vještina, nastavlja se evaluacijom svake vještine i zaključuje sa organiziranim planom aktivnosti. Iako svjesnost postojanja problema može potaknuti proces liječenja isticanjem potrebe za promjenama, identifikacijom vještina formalno započinje intervencija. Neke od glavnih vještina koje se traže u tom procesu uključuju odgojno - obrazovne vještine, stručne vještine, intelektualne vještine, vještine učenja, socijalne vještine, komunikacijske vještine i misaone vještine. Takvim pristupom model životnog stila nastoji promovirati neovisnost osoba fokusirajući se na pitanja poput odgovornosti, izbora i stalne evaluacije posljedica. Na takav način klijente (pacijente) želi se naučiti kako učinkovitije upravljati životima koristeći izbor, odgovornost i autonomnost.

Opisivanjem problema ovisnosti kao ujedno i načinom (stilom) života ispitanici iskazuju visoki stupanj svjesnosti kompleksnosti njihove zdravstvene problematike. Iako taj parametar pripada kategoriji kvalitativnih mjera i podložan je individualnoj subjektivnosti, on ipak može ukazati na generalne stavove i. v. ovisnika. U obzir se mora uzeti i činjenica da mogućnost samo-procjene kategorije kao što je «stil života» ovisi i o generalnom obrazovnom statusu kao i kulturološko socijalnoj percepciji i poziciji. Ispitanici u ovom istraživanju (ukupan uzorak) većinom imaju završenu srednju školu (85%). Takav rezultat možda nije očekivan obzirom na ciljanu populaciju istraživanja, ali on pokazuje da populacija i. v. ovisnika u Hrvatskoj ima relativno dobar stupanj obrazovanja, što može olakšati terapijske procese kojima se nastoji ponovo uspostaviti resocijalizacija pacijenata ovisnika.

Unutar grupne razlike (Zagreb NX, Zagreb nonNX i Zadar NX, tablica 16.) samoprocjene ispitanika ovisnosti kao i stila života pokazuju da je potvrdno na to pitanje najviše odgovorila skupina ispitanika Zagreb NX. Ta skupina ispitanika češće je bila testirana na HCV, HBV i HIV; ta skupina bila je realnija u samoprocjeni

zdravstvenog statusa, kao i u generalnoj informiranosti o HCV, HBV i HIV-u. Te razlike uvjetovane su time što u programu smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zagrebu s korisnicima programa svakodnevno radi liječnik, za razliku od programa smanjenja šteta HCK u Zadru. Budući da je znanstveno dokazano da je liječnik izvor informacija kojemu se najviše vjeruje <sup>(42)</sup> direktan rad liječnika s korisnicima programa smanjenja šteta pokazuje pozitivne kvalitativne razlike u usporedbi s programima smanjenja šteta zlouporabe droga u kojima ne rade liječnici. Kada se globalno promatraju programi smanjenja šteta zlouporabe droga u svijetu <sup>(43, 44, 45, 46, 47)</sup> uvriježeno je pravilo da u takvim programima ne rade liječnici, što je pogrešno. Za kvalitetno rješavanje kompleksne problematike bolesti ovisnosti o drogama uvijek se ističe nužnost multidisciplinarnog pristupa. Aktivan profesionalni rad liječnika u programima smanjenja šteta omogućava dobivanje vrijednih kvalitativnih informacija «iz prve ruke» od i. v. korisnika droga koje doprinose razumijevanju problematike bolesti ovisnosti kao i uočavanju promjena u životnom ponašanju ovisnika koje su uvijek prisutne a uvjetovane su promjenama i trendovima unutar kriminalnog narko miljea (uvođenje novih droga, prakticiranje novih načina primjene i sl.). Rad liječnika u programima smanjenja šteta zlouporabe droga omogućava direktan kontakt zdravstvenih radnika s korisnicima droga koji inače odbijaju korištenje bilo kakvih službi vezanih uz problematiku bolesti ovisnosti. Na taj način znatno se skraćuje vrijeme u kojem aktivni ovisnici samoinicijativno potraže pomoć stručnih službi.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na neke specifičnosti zdravstvenog ponašanja, stavova i razmišljanja aktivne intravenske ovisničke populacije koja koristi aktivnosti programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa u Zagrebu i Zadru. Osim potvrđivanja učinkovitosti programa smanjenja šteta zlouporabe droga rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti u budućim istraživanjima problematike zlouporabe droga s ciljem povećanja uspješnosti liječenja bolesti ovisnosti.

## **6. ZAKLJUČAK**

U ovom istraživanju prikazane su socijalne determinante, način života, razmišljanja, stavovi i odnos prema bolesti ovisnosti unutar populacije aktivnih intravenskih korisnika droga (ovisnika). Potvrđene su postavljene hipoteze i dokazano je:

- programi smanjenja štete zlouporabe droga imaju pozitivan učinak u promjeni zdravstvenog ponašanja aktivnih i. v. korisnika droga (ovisnika) korisnika programa koje se iskazuje smanjenom učestalošću dijeljenja pribora za injiciranje droga, većom učestalošću testiranja korisnika programa smanjenja šteta na hepatitis B, hepatitis C i HIV, poticanjem razmišljanja o aktivnom liječenju bolesti ovisnosti i poticanjem razmišljanja o zapošljavanju;
- intravenski ovisnici u Hrvatskoj vrlo često supstitucijsku terapiju uzimaju intravenskim putem i pri tome razvijaju i ovisnost o intravenskom uzimanju supstance – „iglomaniju”;
- intravenski ovisnici bolest ovisnosti o drogama doživljavaju i kao bolest uvjetovanu osobnim izborom načina (stila) života;

## **7. SAŽETAK**

Istraživanjem su obuhvaćeni aktivni intravenski korisnici droga (ovisnici) s područja grada Zagreba i grada Zadra. Na uzorku od 300 ispitanika, aktivnih intravenskih korisnika droga, ispitane su i utvrđene socijalne determinante i odnos prema bolesti ovisnosti. Istraživanjem je utvrđeno da programi smanjenja šteta zlouporabe droga imaju utjecaj na promjenu zdravstvenog ponašanja aktivnih i. v. korisnika droga koje se iskazuje kao smanjenje učestalosti dijeljenja pribora za injiciranje droga, veća učestalost testiranja na hepatitis C, hepatitis B i HIV, te povećanom motivacijom razmišljanja o liječenju bolesti ovisnosti i zapošljavanju. Utvrđeno je i da i. v. ovisnici u Hrvatskoj često zamjensku terapiju uzimaju i. v. putem, a pri tome razvijaju ovisnost o intravenskom uzimanju supstanci – „iglomaniju”. Ispitanici su svoju bolest ovisnosti o drogama doživljavali i kao bolest uvjetovanu osobnim izborom načina (stila) života.

## 8. SUMMARY

Title of dissertation: "Influence of harm reduction to intravenous drug users health behaviour changes"

Siniša Zovko

July 2010

Research comprehend active IDU (intravenous drug users) from city territory Zagreb and Zadar. On sample of 300 examinee (IDU-s) social determinations and relation toward addiction disease was examined. Research establish influence of harm reduction on IDU-s health behaviour, which indicate like decrease of sharing injecting equipment, increase rate of HBV, HCV and HIV tested persons, and magnified motivation for taking into consideration addiction disease treatment and employment. IDU-s in Croatia often taking substitution therapy on intravenous way and develop dependence on intravenous injecting mode of taking substances („needlemania”). Examinee their own addiction disease experience also like disease conditioned by personal choice of lifestyle.

## 9. LITERATURA

1. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). World Drug Report 2009. New York, United Nations, 2009: 14-15.
2. United Nations Office on Drug and Crime (UNODC) World Drug Report 2009. New York, United Nations, 2009: 18.
3. UNAIDS. AIDS epidemic update December 2009. Geneva, 2009: 6.
4. UNAIDS. AIDS epidemic update December 2009. Geneva, 2009: 7-8.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Monographs. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon, 2010: 19.
6. Diane Riley and Pat O' Hare. Harm Reduction History, definition and practice. U: James A. Inciard, Lana D. Harrison. Harm Reduction: National and International perspectives. New York, Sage Publications, 2000: 1-10.
7. Marlatt Alan G. Basic Principles and Strategies of Harm Reduction. U: Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. The Guilford Press, New York, 1998: 49 – 58.
8. Marlatt Alan G. Harm Reduction around the World. A Brief History. U: Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. The Guilford Press, New York, 1998: 30 – 45.
9. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, 2009: 6-7.
10. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, 2009: 8.
11. WHO. Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2004: 109.
12. Sakoman S. Društvo bez droge? : hrvatska nacionalna strategija, drugo dopunjeno izdanje. Zagreb, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2001: 140-142.
13. Sakoman S., Hečimović A. Drug Addiction and AIDS in Republic of Croatia and Yugoslavia. U: Loimer N., Schmid R. Springer A. Drug Addiction and AIDS. Springer – Verlag Wien New York. Wien, 1991: 50 – 68.



14. Vlada Republike Hrvatske. Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga. Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj 2006. – 2012. Zagreb, 2005: 16-22.
15. Hrvatski Crveni križ. Izvješće 2009. Zagreb, Hrvatski Crveni križ, 2010: 28 – 31.
16. Pvlaković G. Zdravstveno ponašanje. U: Jakšić Ž. i suradnici. Socijalna medicina. Sedmo izdanje. Zagreb. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1994: 295 – 298.
17. Letica S., Cerjan Letica G. Medicinska sociologija – osnovni koncepti. Zagreb. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1985: 87 – 89.
18. Leavin H. J. Managerial Psychology. Chicago. The University of Chicago Press, 1964: 9.
19. Letica S., Cerjan Letica G. Medicinska sociologija – osnovni koncepti. Zagreb. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1985: 90 - 93.
20. Maslow A. A Theory of Human Motivation. 5<sup>th</sup> ed. New York. Psychological Review, 1963: 370 – 376.
21. Asian Harm Reduction Network. Supporting responses to HIV and injecting drug use in Asia, case study. UNAIDS, 2001.
22. Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research. HIV and injecting drug use: A new challenge to sustainable Human Development. 2000.
23. Des Jarlais DC, Friedman SR et al. Harm Reduction: A Public Health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. Annual Review of Public Health 14. 1993: 413-450.
24. Steffanie A. Strathdee, Vlahov D. The effectiveness of needle exchange programs. A review of the science and policy. Vol. 1. No. 16. AIDScience, December 2001.
25. Stimson G., Des Jarlais DC and Ball A. (Eds). Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses, London UCL Press, 1998.
26. UNAIDS. Eastern Europe and Central Asia: Drug injection is still the main risk. Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2000.
27. Kuzman M., Mimica J., Mardešić V., Mušković K., Kožul K. Rizčna ponašanja u vezi s HIV/AIDS-om u osobito ugroženih skupina mladih u Hrvatskoj (brza procjena i intervencija). Zagreb, UNICEF za Hrvatsku, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2002: 14-16.

28. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 12-13.
29. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 18.
30. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 20.
31. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 12.
32. Vlada Republike Hrvatske. Ured za suzbijanje zlouporabe opojnih droga. Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe opojnih droga u Republici Hrvatskoj 2006. – 2012. Zagreb, 2005: 20-22.
33. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 28.
34. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 24.
35. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 32.
36. Kuzman M., Mimica J., Mardešić V., Mušković K., Kožul K. Rizična ponašanja u vezi s HIV/AIDS-om u osobito ugroženih skupina mladih u Hrvatskoj (brza

procjena i intervencija). Zagreb, UNICEF za Hrvatsku, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2002: 124-125, 128-129.

37. Katalinić D., Kuzman M., Pejak M. Izvješće o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2008. godini. Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009: 33.
38. Grund J. P. et al. Needle Sharing in the Netherland: An Ethnographic Analysis. American Journal of Public Health 81, 1991.
39. Barnard M. A. Needle Sharing in Context: Patterns of Sharing Among Men and Women Injectors and HIV. Addiction 88, 1993.
40. Battjes R. J., Pickins R. W. Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives. Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1988.
41. Walters D. G. Substance Abuse and the new road to recovery. A Practitioner's Guide. Washington D. C., Taylor & Francis, 1996: 1-24.
42. Zovko S. Utjecaj radio emisija na promjenu zdravstvenog ponašanja. Magistarski rad. Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 1999: 52.
43. [http:// www.ihra.net](http://www.ihra.net)
44. <http://www.ahrn.net>
45. <http://www.canadianharmreduction.com>
46. <http://www.harmreduction.org>
47. <http://www.relard.net>

Autor fotografija: Siniša Zovko

## 10. PRILOG

### Istraživanje:

#### «Utjecaj politike smanjenja šteta zlouporabe droga na promjenu zdravstvenog ponašanja i. v. korisnika droga»

Hrvatski Crveni križ

#### Individualni upitnik

- 1) Spol  M  Ž
- 2) Dob god. rođenja \_\_\_\_\_
- 3) Stručna sprema  nezavršena osnovna škola  
 osnovna škola  
 srednja škola  
 viša škola /fakultet
- 4) Mjesto stanovanja \_\_\_\_\_
- 5) Uvjeti života  živi sam  
 s roditeljima/drugim članovima obitelji  
 sa partnerom/suprugom koji konzumira drogu  
 sa partnerom/suprugom koji ne konzumira drogu  
 sa prijateljima/sustanarima koji konzumiraju drogu  
 sa prijateljima/sustanarima koji ne konzumiraju drogu  
 drugo
- 6) Da li ste zaposleni?  DA  
 NE  
 POVREMENO
- 7) Da li ste korisnik socijalne pomoći?  DA  
 NE
- 8) Da li ste zdravstveno osigurani?  DA  
 NE

**9) Koliko dugo koristite drogu intravenski ?** (upisati broj godina i mjeseci – npr. 2 godine i 4 mjeseca, ili najtočnije vremensko razdoblje kojeg navede ispitanik).

\_\_\_\_\_

**10) Glavno sredstvo :** \_\_\_\_\_

**11) Sporedno sredstvo:** \_\_\_\_\_

**12) Da li ste, i prije koliko vremena, dijelili pribor za injiciranje (štrcaljka, igla, «cooker») ?**

- unutar mjesec dana
- više od mjesec dana, a manje od 12 mjeseci
- više od godinu dana
- nikada

**13) Da li koristite kondome prilikom spolnog odnosa ?**

- nikada
- rijetko
- uvijek

**14) Da li ste ikada bili ili ste trenutno u programu održavanja ili odvikavanja ?**

Metadonom (Heptanon)

- DA
- NE
- ne želim odgovoriti

Buprenorfin (Subutex)

- DA
- NE
- ne želim odgovoriti

**15) Da li ste ikada bili testirani ?**

Hepatitis B

- DA
- NE
- ne želim odgovoriti

Hepatitis C

- DA
- NE
- ne želim odgovoriti

HIV/AIDS

- DA
- NE
- ne želim odgovoriti

**16) Da li ste bili pozitivni ? (ispitanik odgovara samo ako želi)**

Hepatitis B

DA

NE

ne znam

Hepatitis C

DA

NE

ne znam

HIV/AIDS

DA

NE

ne znam

**17) Koliko dugo dolazite u «Needle exchange» program HCK ?**

- 3 mjeseca
- 6 mjeseci
- 1 godinu
- 2 godine
- 3 godine
- ne dolazim u NX

**18) Koliko često dolazite u «Needle exchange» programe HCK?**

- svakodnevno
- 2 – 3 puta tjedno
- jednom tjedno
- 2 – 3 puta mjesečno
- jednom mjesečno
- ne dolazim u NX

**19) Da li ste, po svojoj procjeni, ovisni , osim o sredstvu ovisnosti, i o intravenskom načinu uzimanja supstance ?**

DA

NE

ne znam

**20) Da li supstancu uzimate intravenskim putem jer:**

- to je najbolji način uzimanja kojim koristim maksimalnu količinu supstance
- to je način uzimanja kojim najbolje rješavam problem krize
- to je način uzimanja koji mi pruža najveće zadovoljstvo

**21) Da li ste intravenskim putem uzimali i zamjensku terapiju (metadon (Heptanon), buprenorfin (Subutex) ?**

Metadon

- nikada
- povremeno
- često
- redovito

Buprenorfin

- nikada
- povremeno
- često
- redovito

**22) Općenito, ocjenjujete da je vaše zdravlje (zdravstveno stanje):**

- loše
- zadovoljavajuće
- dobro
- vrlo dobro
- odlično

**23) Prema vašoj osobnoj ocjeni, u posljednjih 12 mjeseci, ocjenjujete svoje samopoštovanje:**

- loše
- zadovoljavajuće
- dobro
- vrlo dobro
- odlično

**24) Prema vašoj osobnoj ocjeni, u posljednjih 12 mjeseci, ocjenjujete svoju komunikaciju s roditeljima / prijateljima:**

- loše
- zadovoljavajuće
- dobro
- vrlo dobro
- odlično

**25) Prema vašoj osobnoj ocjeni, u posljednjih 12 mjeseci, vašu informiranost o hepatitisu B, hepatitisu C i HIV/AIDS-u ocjenjujete:**

- lošom
- zadovoljavajućom
- dobrom
- vrlo dobrom
- odličnom

**26) Prema vašoj osobnoj ocjeni, u posljednjih 12 mjeseci, rizik da budete zaraženi hepatitisom B, hepatitisom C, HIV/AIDS-om, ocjenjujete:**

- velikim
- malim
- vrlo malim
- nema ga
- ne znam

**27) Prema vašoj osobnoj ocjeni, u posljednjih 12 mjeseci, ozbiljno ste razmišljali o liječenju bolesti ovisnosti:**

- svakodnevno
- često
- povremeno
- rijetko
- uopće nisam razmišljao/la

**28) Prema vašoj osobnoj ocjeni, u posljednjih 12 mjeseci, ozbiljno ste razmišljali o pronalaženju zaposlenja:**

- svakodnevno
- često
- povremeno
- rijetko
- uopće nisam razmišljao/la



29) **Prema vašoj osobnoj ocjeni, da li bi ste svoju bolest ovisnosti, osim medicinskog problema, ocijenili i kao problem osobnog izbora načina (stila) života ?**

- DA
- NE
- MOŽDA
- NE ZNAM

## 11. ŽIVOTOPIS

Rođen u Zagrebu 16. ožujka 1964.g. Nakon završene Jezične gimnazije u Zagrebu 1982.g. upisuje Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu na kojem diplomira 1988.g. Kao liječnik opće prakse radi u Domu zdravlja Poreč, zatim u Domu zdravlja Đurđevac. U Đurđevcu obavlja i poslove hitne medicinske službe, pedijatrije, školske medicine. Tijekom Domovinskog rata od 1991.g. obavlja i poslove ravnatelja Doma zdravlja Đurđevac, organizira zdravstvenu službu u ratnim uvjetima. Od 1993.g. radi u Zagrebu kao tajnik Crvenog križa grada Zagreba. Od 1997.g. radi u Hrvatskom Crvenom križu, zdravstvenom odjelu, kao koordinator medicinskih programa i zdravstvenih djelatnosti. Uvodi programe smanjenja šteta zlouporae droga u Hrvatski Crveni križ 1998.g. Magistrirao na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 1999.g. iz znanstvenog područja biomedicine i zdravstva. U razdoblju 1999. – 2010. g. u sklopu poslovanja I.F.R.C. (Međunarodne federacije društava Crvenog križa i Crvenog polumjeseca) sudjeluje u svojstvu instruktora – trenera u postavljanju programa smanjenja šteta u nacionalnim društvima Crvenog križa Bugarske, Makedonije, Ukrajine, Latvije, Portugala, te nacionalnim društvima Crvenog polumjeseca Armenije, Uzbekistana, Tađikistana, Kirgizstana, Kazahstana. Vanjski je predavač i suradnik Fondacije „Villa Maraini” u Rimu Talijanskog Crvenog križa na području politike smanjenja šteta i zlouporabe droga. Član je stručnog povjerenstva Ureda za suzbijanje zlouporabe opojnih droga Vlade Republike Hrvatske. Radi u Hrvatskom Crvenom križu kao koordinator medicinskih programa i zdravstvenih djelatnosti te kao voditelj programa smanjenja šteta zlouporabe droga Hrvatskog Crvenog križa.