

# Васпитање за здравље деце

## Приручник за едукаторе



# Васпитање за здравље деце

Приручник за едукаторе

III део

19  20

Издавач:  
Институт за јавно здравље Војводине

Уредница:  
Доц. др Снежана Укропина

Аутори  
Доц. др Снежана Укропина  
Доц. др Оља Нићифоровић Шурковић  
Асист. др Ивана Радић  
Виолета Поповић, ссмс  
Драгица Јовишевић, дипл. психолог

CIP - Каталогизација у публикацији  
Библиотека Матице српске, Нови Сад

613.955(035)

**ВАСПИТАЊЕ за здравље деце** : приручник за едукаторе.  
Део 3 / аутори Снежана Укропина ... [ и др. ] ; уредница  
Снежана Укропина. - Нови Сад : Институт за јавно здравље  
Војводине, 2015 (Петроварадин : Футура). - 69 листова :  
илустр. ; 30 cm

Тираж 500. - Библиографија.

ISBN 978-86-86185-45-7

1. Укропина, Снежана, 1970 - [аутор]

а) Школска деца - Хигијена - Приручници

б) Здравствено васпитање - Приручници

COBISS.SR-ID 293800455

19  20

**САДРЖАЈ**

<b>УВОД</b> .....	<b>3</b>
<b>ПРЕВЕНЦИЈА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ</b> .....	<b>4</b>
<b>БЕЗБЕДНО ПОНАШАЊЕ - ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНЕ АКТИВНОСТИ У ПРЕВЕНЦИЈИ ПОВРЕДА</b> .....	<b>45</b>
<b>МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ - РАЗВИЈАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНЕ КОМПЕТЕНЦИЈЕ КОД ДЕЦЕ И МЛАДИХ</b> .....	<b>53</b>
<b>КРЕАТИВНЕ РАДИОНИЦЕ ЗА РАД СА УЧЕНИЦИМА</b> .....	<b>57</b>



## 19 20 УВОД

Приручник „Васпитање за здравље деце“ је припремљен у оквиру пројекта Института за јавно здравље Војводине „Васпитање за здравље“ који суфинансира Градска управа за здравство Града Новог Сада.

Приручник је намењен наставницима и стручним сарадницима основних школа у Новом Саду и конципиран је тако да садржи теоријски део и креативне радионице за рад са децом. У првом делу приручника (из 2012. године) обрађене су теме: пубертет и адолесценција, лична хигијена, орално здравље и школска хигијена. У другом делу (из 2014. године) обрађене су следеће теме: правилна исхрана, здравствена безбедност хране, физичка активност и репродуктивно здравље. У трећем делу приручника представљене су теме: превенција злоупотребе психоактивних супстанци (пушење, алкохол, дроге), безбедно понашање и ментално здравље-емоционална компетенција.

АУТОРИ

## ПРЕВЕНЦИЈА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ

Снежана Укропина

Свака супстанца биљног или синтетичког порекла која, када се унесе у организам, може да модификује једну или више његових функција и да након понављане употребе доведе до стварања психичке или физичке зависности, назива се психоактивном. Већина особа која икада проба неку психоактивну супстанцу (ПАС) не развија зависност, већ се све заврши на нивоу експериментисања. Један број особа, ипак, почне да злоупотребљава ПАС и развије зависност. Међутим, постоје дроге које могу изазвати зависност чак и након првог узимања. Посебно важан феномен у вези са злоупотребом ПАС јесте интоксикација, пролазни, за ПАС специфичан синдром, повезан са њеним непосредним узимањем. Било која врста злоупотребе ПАС је изузетан ризик за здравље и живот особе, њено социјално функционисање и друштво.

Према десетој ревизији Међународне класификације болести Светске здравствене организације (МКБ-10 СЗО), душевни поремећаји и поремећаји понашања узроковани употребом психоактивних супстанци припадају групи F10-F19. Поремећаји су класификовани у зависности од психоактивне супстанце којом су узроковани, а наведене су следеће психоактивне супстанце: алкохол, опијати, канабиноиди, седативи и хипнотици, кокаин, други стимуланси, укључујући кофеин, халуциногени, дуван, испарљиви растварачи, употреба више психоактивних супстанци и других дрога.

Примарни критеријуми зависности од психоактивних супстанци (ПАС) су: 1) висококонтролисана или компулзивна употреба, 2) психоактивни утицај и 3) психоактивном супстанцом подстакнуто понашање. Додатни критеријуми су: 1) зависничко понашање често укључује стереотипне обрасце употребе, употребу упркос штетном утицају, појаву релапса након апстиненције и повратну (рекурентну) употребу ПАС; 2) зависност изазвана ПАС често изазива толеранцију, физичку зависност и пријатна (еуфорична) дејства.

Критеријуми зависности од ПАС дати у МКБ-10 СЗО су конзистентни са критеријумима за дијагностику зависности датим у Дијагностичком и статистичком приручнику менталних поремећаја, 4. издања Америчке психијатријске асоцијације (DSM-IV)<sup>1</sup> (Табела 1).

Табела 1: Критеријуми зависности од супстанце

DSM-IV	МКБ-10
Маладаптивни образац коришћења супстанце, који води до клинички значајног оштећења или дистреса, путем манифестације 3 или више следећих критеријума, који се појављују у било које време током 12-омесечног периода:	
• Толеранција – потреба за повећањем количине супстанце ради достизања жељеног дејства, или смањење дејства са продужењем коришћења исте количине	• Повећана толеранција
• Апстиненцијални симптоми	• Повремена физичка апстиненција
• Супстанца се често користи у већој количини или у дужем периоду од намераваног	• Јака жудња за узимањем дроге
• Стална жеља или неуспешни покушаји смањења или контроле употребе супстанце	• Тешко контролисање употребе
• Велики део времена проведен у активностима неопходним за снабдевање супстанцом, њено коришћење или опоравак од дејства	
• Смањење или одустајање од значајних социјалних, радних или рекреационих активности због употребе супстанце	• Давање већег приоритета употреби супстанце него другим активностима и обавезама
• Коришћење супстанце се наставља и поред свести о трајним или повременим (рекурентним) физичким или психолошким проблемима који су највероватније узроковани или погоршани употребом супстанце	• Стална употреба упркос штетним последицама

<sup>1</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV) (American Psychiatric Association [APA] 2000)

## 1.1 ПРЕВЕНЦИЈА ПУШЕЊА И КОНТРОЛА ДУВАНА

Снежана Укропина

Под пушењем се подразумева коришћење дувана удисањем дима запаљеног дуванског лишћа у цигарети, цигари или лули. Особа може користити дуванске производе (најчешће цигарете) свакодневно или повремено (а тада се учесталост исказује на недељном или месечном нивоу). Нека истраживања као критеријум да је особа пушач утврђују да ли је икада у животу потрошила 100 цигарета, јер се са великом вероватноћом претпоставља да се након ове количине развија зависност.

Штетне последице по здравље људи настају без обзира да ли се дуван пуши, жваће или ушмркава, или се удише пасивно у простору загађеном дуванским димом. Озбиљност и врсте штетних последица дуванског дима по здравље су такве да се данас поуздано зна да НЕМА МИНИМАЛНО БЕЗБЕДНЕ ДОЗЕ ИЗЛОЖЕНОСТИ ДУВАНСКОМ ДИМУ.

### 1.1.1 Историјат зависности од дувана

Билка дувана, све до Колумбовог открића на данашњем подручју острва Карипског мора, крајем XV века, била је непозната ван подручја порекла. Током наредних 150 година коришћење дувана се раширило планетом. Иако археолошки подаци о његовој употреби сежу у доба првобитних људских заједница (6000 година пре нове ере на подручју америчког континента), сматра се да су дуван, у ширем социјалном контексту, који се може поредити са савременим схватањем, најпре користили припадници индијанских племена јужне (Маје) и северне Америке, у предколумбовско доба, а најраније од X века.

Почетком XVI века у Европи су се појавили први пушачи, у почетку међу морнарима и војницима шпанске колонијалне армије, колонистима и трговцима који су посетили Нови свет. У то време никло је и сујеверно схватање о необичним својствима дувана, а било је и покушаја да се дуван користи за лечење разних обољења.

У XVI - XVII веку пушење се раширило по свим земљама Европе. У XVIII веку Вирџинија је постала светски центар за гајење и обраду дувана. На плантажама дувана радиле су десетине хиљада робова, пореклом из Африке. Бале вирџинског дувана превожене су бродовима у Енглеску, одакле су развојене по целом свету, доносећи огромне зараде енглеским трговцима и банкарима.

Упоредо са ширењем мирисања и пушења дувана јавиле су се и строге мере против те “напасти”. Католичка црква називала је пушење “ђаволском забавом”. Папа Урбан VII наредио је да се одвоје од цркве верници који пуше и миришу дуван. Нарочито су сурово кажњавани свештеници и калуђери. Тако су у Сантјагу, 1692. године, петорица калуђера ухваћени у пушењу и живи зазидани у зид манастира.

У Русији су против пушења биле и црквене и грађанске власти. Цар Михаило Романов издао је 1663. године указ којим је забранио пушење дувана, а за прекршиоце предвидео оштре казне, од батињања и одсецања носева, до прогонства у Сибир и смртне казне за продавце дувана. Међутим, забрану пушења поништио је цар Петар I, после свог боравка у Холандији, где је и сам постао страстан пушач.

У првој половини XIX века за пушење су се користиле цигаре и луле а народ је пушио цигарете које је сам завијао и то обично у новинску хартију. У то време пушили су искључиво мушкарци. Жена - пушача готово да није било, а чак се и мирисање дувана сматрало недостојним жена.

Почетком XX века развија се индустријска производња цигарета, чиме настаје јефтинији и приступачнији дувански производ. Половином XX века, масовном производњом цигарета са филтером, уврштавањем цигарета у тзв. “војничка следовања” многих армија током светских ратова (а нарочито америчке током Другог светског рата), појавом телевизијских реклама, промоцијом дуванских производа и великим спонзорствима филмске индустрије од стране произвођача дувана – почиње масовна потрошња цигарета код оба пола, а дуван односи прве жртве, што у својим истраживањима тржишта прво опажа дуванска индустрија и појачава маркетиншке активности ка другој циљној групи – МЛАДИМА.



### 1.1.2 Раширеност пушења

У свету је 2009. године потрошено око  $5,9 \times 10^{12}$  цигарета, што је, у поређењу са величином светске популације, толико цигарета као да су сваки мушкарац, жена и дете годишње потрошили 865 цигарета (или 43 паклице). Ипак, та потрошња није равномерно распоређена, јер се 48% светске количине цигарета потроши у Западно-пацифичком региону Светске здравствене организације (СЗО), 24% у Европском региону, 11% у Америчком региону, 8% у Југоисточно-азијском региону, 6% у Источно-медитеранском региону и 3% у Афричком региону СЗО.

У свету пуши око 800 милиона мушкараца. У високоразвијеним земљама око 30% мушкараца су пушачи, 34% у средње развијеним земљама, а у слабо развијеним земљама око 21%. Тренд раширености навике пушења међу мушкарцима показује да је он тренутно достигао свој максимум у развијеним земљама, где опада већ деценијама, али тек достиже максимум у средње развијеним земљама, док у неразвијеним земљама још расте. Кина заслужује да се посебно помене услед величине пробелма, јер доприноси глобалној статистици са више од 300 милиона пушача – мушкараца. Осим Кине, највише стопе пушења међу мушкарцима се бележе у Русији (>60%), а најниже у неколико субсахарских земаља (<10%), с тим да се Африка и Азија у свим извештајима СЗО али и дуванских компанија издвајају као региони у којима се у наступајућим годинама очекује већа раширеност ове зависности.

Око 200 милиона жена у свету су свакодневни пушачи, са преваленцијом (раширеношћу) од око 19% у развијеним земљама, 5% у средње развијеним земљама и 3% у слабо развијеним земљама. Пушење цигарета међу женама се смањује у многим развијеним земљама, нарочито у Аустралији, Канади, В. Британији и САД, али овај тренд није опажен у свим развијеним земљама. У неколико јужних, централних и источних европских земаља пушење цигарета се или и даље повећава, или не показује никакав пад. Највеће стопе пушења код жена у свету се већ годинама бележе у две острвске земље Западно-пацифичког региона СЗО (Науру и Кирибати – више од 40%), а најниже су у Шведској (око 12%), јединој земљи у свету у којој су стопе пушења међу женама веће него међу мушкарцима и где је употреба бездимног дувана већа него употреба дувана намењеног пушењу. Постоје стеновишта да садашњи нижи ниво употребе дуванских производа међу женама у свету не представља одраз њихове здравствене културе, већ је пре одраз друштвене традиције и ниже економске моћи жена. Дуванска индустрија промовише цигарете женама користећи примамљиве али лажне слике виталности, мршавости, модерности, еманципације, префињености и сексуалне привлачности. Дуванска индустрија данас производи велик број робних марки цигарета намењених женама, нарочито младима, препознатљивих по томе што се рекламирају њихове особине („дуже“, „тање“, „са мање пепела“ и „светло обојене“ или „ароматизоване“), често нижих цена паковања (али и са мањим бројем цигарета у њима) и самим тим приступачнијих младима.

Утврђено је да између периода када се у некој земљи измери највећа раширеност пушења (преваленција) и периода када се у тој истој земљи утврди највећи број смрти од болести које су повезане са пушењем (а пре свега рака плућа) прође и више од три деценије. Ово је значајно због тога што земље које почну да бележе пад броја пушача код оба пола треба да бар још неколико деценија очекују пораст смртности услед болести чији се узрок повезује са пушењем.

Преваленција пушења код становништва старијег од 20 година у Србији у 2006. години била је висока, са 39,7% мушкараца и 30,5% жена свакодневних и повремених пушача (од тога 22,6% жена и 30,7% мушкараца свакодневних пушача). До 2013. године преваленција свакодневних пушача није се значајно променила (25,9% жена и 32,6% мушкараца). Она је у периоду између 2000. и 2006. године показала тенденцију пада за 6,9% (9,8% код мушкараца и 3,8% код жена), док је од 2006. до 2013. године показала просечно повећање за 3% (3,3% код жена и 1,9% код мушкараца). Међутим, Србија предњачи у просечној годишњој употреби цигарета по потрошачу која, према подацима 4. издања Тобасо Атлас-а Америчког друштва за рак, у 2010. години износи 2861 цигарету пер capita/год, што је двоструко више од Турске (1399 цигарета годишње по потрошачу) и представља највећи тренутни просек у свету. Ипак, овај податак треба сагледати и у светлу чињенице да су цигарете најјефтиније у Србији у односу на све суседне земље, због чега је значајан део продатих цигарета послужио потрошњи ван земље.

Раширеност пушења међу младима у Србији такође је велика. На репрезентативном узорку младих узраста од 15 до 19 година 2006. године преваленција пушења је износила 15,5%, а 2013. године 19,2% (19,5% код девојака и 19% код младића); 2003. године 54,7% младих до 15. године је бар једном пробало цигарете, док су 16,8% девојака и 15,5% младића узраста 13-15 година навели да пуше свакодневно. Пет година касније, исто истраживање (Глобална употреба дувана међу младима - GYTS) је показало да је свака трећа особа узраста 13-15 година цигарету запалила пре навршене 10. године живота, а број свакодневних пушача, иако нижи за више од 5%, приближан је код дечака и девојчица (9,3% дечака и 8,9% девојчица свакодневних пушача).

Преваленција употребе електронских цигарета у Србији први пут је утврђена 2014. године (Килибарда Б. Мравчик В. и сар. Национално истраживање о стилевима живота становништва Србије 2014. године – коришћење психоактивних супстанци и игара на срећу. ИЗЈЗ Србије „Др М. Ј. Батут“) и она износи 13,2% код млађе одрасле популације (18-34 година) и 9,6% код старије одрасле популације (35-64 година).

Ипак, треба имати на уму да су у свакој земљи, као и Србији, највећи број одраслих, младих а нарочито деце - НЕПУШАЧИ.

### 1.1.3 Састав дуванског дима

Дуван и дувански дим садрже готово исте материје, само у различитим односима. Дувански дим је комплексни загађивач ваздуха – хетерогени аеросол који се састоји од више од 7.000 различитих хемијских састојака у форми честица и гасова. Он садржи, између осталог, и надражљивце и системске отрове као што су никотин, водоник-цијанид, сумпор-диоксид, угљен-моноксид, амонијак, формалдехид итд. Такође садржи на десетине канцерогена – само до 2000. године их је откривено 69 (10 врста ароматичних полицикличних угљоводоника, 6 хетероцикличних угљоводоника, 4 лако испарљива угљоводоника, 3 нитро-угљоводоника, 4 ароматична амина, 8 N-хетероциклична амина, 10 N-нитрозамина, 2 алдехида, 10 осталих органских састојака, 9 неорганских састојака и 3 фенола), као и неке мутагене (арсен, хром, нитрозамини, бензопирен и др).

Мада просечна цигарета гори 12 минута, пушач је само мали део времена непосредно користи.

Приликом пушења цигарете постоје две врсте дуванског дима: дим који пушач увлачи у плућа и бочни дим од сагорелог дувана који се шири у околини. Тај дим садржи исте супстанце као и дим који се удише, само у различитим концентрацијама. Дакле, и дим који лелуја у околини пушача садржи више од шездесет канцерогена. Загађење ваздуха настало пушењем вентилација не може одстранити, већ га само распршује и још више шири у простор и, евентуално, одстрањује мирис (при чему треба имати на уму да само око 6% хемијских састојака дуванског дима човеково чуло мириса може да детектује).

То значи да штетне супстанце које су узрочници обољења удишу и непушачи који се налазе у истој просторији или згради са пушачима и то је познато као «пасивно пушење», а врста таквог загађења затвореног простора назива се *загађење животне средине дуванским димом*. У употреби је и израз «секундарни дувански дим». То је разлог због чега многе државе имају строге законе за забрану пушења у затвореним просторијама.

1. Никотин – алкалоид; Токсична доза: 0,003 – 0,005g; Смртна доза: 0,04 – 0,06g

Лако се ресорбује преко усне слузокоже, дисајних путева, слузокоже органа за варење и коже. Пролази кроз плаценту (постељицу) па је њему изложен и плод током целе трудноће уколико жена пуши или се излаже дуванском диму. Излучује се и кроз мајчино млеко, па одојчад чешће имају грчеве. Блокира пренос нервних импулса у ганглијским синапсама нервног система. Изазива дуготрајну деполаризацију и делује на вегетативни нервни систем (симпатикус и парасимпатикус), прво као стимуланс (јер подстиче ослобађање глукозе из јетре и ослобађање адреналина) а потом као релаксант (због ослобађања бројних неуротрансмитера). Метаболише се у јетри а за 5-10' његова концентрација у плазми нагло опада. Од 1968. године дуванска индустрија почиње да цигаретама додаје амонијак, како би се убрзало пристизање никотина до централног нервног система, које тако износи 3-4 секунде (а иначе је 8-10 секунди).



2. Угљен-моноксид (СО) – један од најјачих отрова са великим афинитетом према хемоглобину, када настаје карбоксихемоглобин, који блокира снабдевање целог организма кисеоником. Зато се јавља главобоља, вртоглавица, поремећај у дисању и грчење крвних судова. Са присуством овог гаса у задимљеним просторијама повезује се и најтежа последица пушења – у народу позната као „смрт у колевци” (изненадна смрт одојчета – Sudden Infant Death Syndrome/SIDS), раније присутна због ослобађања овог гаса из неисправних пећи на чврста горива.

3. Угљоводоници – угљоводоници дуванског дима имају хронично токсично дејство. Они делују директно надражајно и одговорни су за хронични бронхитис пушача а имају и канцерогено дејство.

4. Цијановодонична киселина (HCN) – смртна доза је 0,05g – инхибира дисање хелија блокадом фермената дисања, због чега се јавља недостатак кисеоника, вртоглавица, сметње вида и грчеви у мишићима; у цигарети се може наћи у дози која је и до 100 пута већа од допуштеног нивоа аерозагађења при индустријској производњи.

5. Катрани дувана садрже више од 200 компоненти, од којих су многе токсичне, а већина канцерогена су у саставу катрана (најозлоглашенији канцерогени су нитрозамини – специфични за дуван). Последња трећина цигарете садржи више катрана, никотина и осталих отрова, него прве две трећине заједно.

6. Амонијак – даје специјални, надражујући, мирис дувану који сагорева. У организму може довести до крварења и слабљења десни. На слuzници уста и носа изазива снижење способности чула укуса и мириса, док на слuzници гркљана оставља трајна оштећења.

7. Разни алдехиди – поред осталих и формалдехид. Сви надражују дисајне путеве.

8. Фенол – отров који веома оштећује ткиво.

9. Сумпор – користи се код ферментисања дувана, како би добио жуту боју.

Густи дувански дим, својом топлотом до 600оЦ, прави безболне опекотине по дисајним путевима, при чему понављане опекотине погодују малигној алтерацији (зачетку рака).

Поред материја које се налазе у дувану и синтетишу приликом пушења, у циљу постизања комерцијалних ефеката, у процесу производње додају се и следеће материје (које су отровне а неке и канцерогене): азбест – омогућава дуже задржавање пепела на цигарети; титанијум диоксид – даје бео изглед пепелу цигарете; глицерол и пропилен гликол – ради очувања влажности а под високом температуром претварају се у канцерогене; антифриз – ради уравнотежења влаге у дувану; као и различите ароме и мириси (тарпеноиди, пироли и пиразини), који се широм света забрањују.

Полонијум 210 (радиоактивни полонијум делује и локално, зрачећи алфа-таласе, а растворен у води делује и на удаљене органе; у респираторном епителу пушача има га 100 пута више него код непушача) и фосфатна ђубрива – додају се земљишту да би се повећао принос и побољшао укус дувана.

Поред тога, за време тињања цигарете, стварају се нерастворљиви кристали радиоактивног олова, радиоактивног полонијума и калцијум фосфата, који се таложе у хелијама испод слuzокоже дисајних путева. Полуживот радиоактивног олова је 22 године, тако да оно, као и полонијум 210, представља трајни извор радиоактивности, који зрачи слuzокожу дисајних путева дуго низ година након што је пушач оставио дуван.

Многе супстанце не откривају се рутинским анализама садржаја цигарета. Дуванска индустрија улаже много новца за откривање супстанци које могу довести до повећања приноса биљке дувана, побољшања органолептичких и физичких карактеристика дуванских производа или убрзати апсорпцију никотина (код цигарета са смањеном концентрацијом никотина), што маркетиншки наглашавају као посебне погодности у дуванским производима и тиме стичу профит. Иако је дуванска индустрија обавезна да истиче тачан садржај дуванских производа на паковањима – широм света примећен је проблем да она то не ради.

#### 1.1.4 Врсте дуванских производа

Посматрајући глобално тржиште дуванских производа, према 4. издању Tobacco Atlas-а Америчког друштва за рак (Eriksen, Maskau и Ross, 2012), дувански производи се деле на оне намењене пушењу<sup>2</sup> и тзв. бездимне дуванске производе<sup>3</sup>.

Дувански производи намењени пушењу (Smoking tobacco) су:

1) Фабрички произведене цигарете: најчешће коришћени дувански производ у свету; оне се састоје од уситњеног и реконституисаног дувана, обрађеног уз додавање стотина хемикалија и арома, урола-ног у папирнате цилиндри; на бази цигарете се обично налази филтер од целулоза-ацетата кроз који се инхалира дим када се на другом крају запале;

2) Цигаре: користе се у целом свету, а у развијеним земљама су од 1990-их поново у већој употреби; израђују се од дувана сушеног ваздухом и ферментисаног дувана који се увија у ролнице од листа дувана; дуготрајно „старење“ и процес ферментације доводи до високих концентрација канцерогених састојака који се ослобађају након сагоревања; концентрације токсина и иританата у цигари су више него у цигарети; цигаре се производе у различитим облицима и величинама, од цигарилоса који су величине цигарете до цигара познатих као „дабл коронас“ (double coronas), „черутс“ (cheroots), „стампен“ (stumpen), „чутас“ (chuttas) и „думтис“ (dhumtis); код реверзног chuttas и dhumtis пушења за-паљени крај цигаре се ставља у уста;

3) Цигарете на завијање - Roll-your-own (RYO): најчешће се користе у Европи и на Новом Зеланду; ово су цигарете које ручно замотава пушач, употребом фино сецканог меког дувана и папира за цигарете; ове цигарете излажу пушача високим концентрацијама честица дувана, катрана, никотина и нитрозамина специфичних за дуван; оне знатније утичу на повећање ризика од рака уста, ждрела, гр-кљана, плућа и једњака;

4) Луле: користе се у целом свету; најчешће се израђују од дрвета руже, камена шкриљца, глине или других материјала; дуван се ставља у лоптасту комору, а дим се инхалира кроз цевчицу; у југоисточ-ној Азији најчешће се користе глинене луле познате као „сулпа“ (sulpa), „чилум“ (chillum) и „хукли“ (hookli);

5) Водене луле: (најчешће се користе у северној Африци, медитеранском региону, деловима Азије, али се све више шире светом; такође су познате под назовм „шиша“ (shisha), „хука“ (hookah), „нарги-ла“ или „хабл-бабл“ (hubble-bubble); функционише на основу филтрације кроз воду и индиректне то-плоте; ароматични дуван сагорева у куглици прекривеној фолијом и угљем; дим се хлади филтра-цијом кроз одређену количину воде и конзумира кроз цево и писак.

6) „Биди“ - bidis: састоји се од мале количине ломљеног дувана, ручно замотаног у сушени лист або-носа који је привезан на крајевима; упркос малој величини биди производи више катрана и угљен мо-ноксида од фабрички произведених цигарета, јер корисници морају јаче да повуку дим како би их одр-жали упаљеним; најчешће се користе у јужној Азији, а већ више година је најчешће коришћени дуван-ски производ намењен пушењу у Индији;

7) „Кретекс“ - kreteks: цигарете ароматизоване каранфилићем, које, осим тога, могу садржати раз-личите егзотичне ароме и еугенол који има анестетски ефекат, омогућујући дубљу и штетнију инхала-цију дима; најчешће је у употреби у Индонезији;

8) Дувански штапићи – „стикс“ (sticks): израђују се од дувана сушеног на сунцу, увијеног у папир за цигарете; најчешће се користе у Папуа Новој Гвинеји;

---

<sup>2</sup> Пушење дувана је процес инхалирања (удисања) дима насталог сагоревањем сушеног или другачије третираног лишћа биљке дувана; процесом сагоревања, услед топлоте, настају хемијска једињења којих нема у незапаљеном лишћу дувана, као што су нитрозамини специфични за дуван и бензопирен, чиме се омогућава и њихова апсорпција у плућима.

<sup>3</sup> Бездимни дуван се обично користи орално или назално, без сагоревања. Бездимни дуван такође доводи до никотинске зависности и повећава ризик за настанак рака слично као и пушење цигарета.

Бездимни дувански производи (Smokeless tobacco) су:

1) Дуван за жвакање - chewing tobacco: орални бездимни дувански производ који се ставља у уста, образ или унутрашњи део усне, након чега се сиса или жваће; некада се назива и „дуван за пљување”, јер постоји навика корисника да испљуну прикупљене сокове дувана; употребељава се у целом свету;

2) Влажни дуван за ушмркавање - moist snuff (влажни бурмут) се састоји од уситњеног дувана који се држи у устима између образа и десни; произвођачи га, у већини случајева, пакују у мале пакете од папира или тканине како би се лакше користио; производи од влажног бурмута познати су и под називима „снус“ (snus – познатији као „шведски дуван“), „каини“ (khaini), „шамâх“ (shammaah), „нас“ (nass) или „насва“ (naswa); пасте од дувана или дувански прах се користе на сличан начин и постављају се на десни или зубе; фини дувански прах и његове мешавине се уобичајено инхалирају или апсорбују кроз назалне путеве; место најчешће употребе је Скандинавија и САД, али постаје доступан у целом свету; забрањен у неколико држава.

3) Суви дуван за ушмркавање - dry snuff (суви бурмут): дуван у праху који се удише кроз носне шупљине или узима преко уста; употреба је у опадању, а био је раширен у Европи у XIX веку и раније.

4) Растворљиви бездимни дувански производи – dissolvable smokless tobacco products: растварају се у устима и не испљувавају; они садрже дуван и бројне састојке чија је сврха да код корисника поспеше апсорпцију никотина преко слузокоже уста; на тржишту су често присутни као додатни производи уз већ познате робне марке цигарета, али се за њих користе називи који подсећају на кондиторске производе или облике лекова, као на пример sticks, strips и orbs, уз додатак назива дуванске робне марке; ови најновији орални бездимни дувански производи развијени су да би их пушачи могли користити у ситуацији у којој не смеју да пуше, или одаберу да не пуше; њихова употреба је највећа у најразвијеним земљама.

Почетком 70-их година прошлог века, фармацеутске компаније су почеле са применом терапије замене никотина како би олакшале апстиненцијане симптоме одвикавања од пушења. С обзиром да се ови производи сматрају фармацеутским, морају проћи ригорозне процедуре како би добили дозволе које ће осигурати њихову безбедност и ефикасност. Ова врста никотин-заменске терапије је увећала стопу одвикавања од пушења, а тренутно је доступна у форми фластера, жвакаћих гума, лингвалета и инхаланаса (за удисање).

Међутим, нефармацеутски произвођачи су развили многе нове никотинске производе, какви су никотинска вода, кекс, чоколаде, инхаланси и електронски системи за снабдевање никотином (тзв. „електронске цигарете“). Ови производи обезбеђују никотин на иновативан и, за сада, у многим земљама нерегулисан начин (или регулисан по прописима за тзв. „предмете опште употребе“), док су потенцијални ризици које са собом носе већ сада у одређеној мери познати, али не постоји адекватно регулисање производње, промета и рекламирања ових производа. Ипак, Европска унија планира да новом директивом, која се односи на производњу и представљање дуванских производа у ЕУ, од 2016. године уведе знатно строжија правила за паковање и изглед кутија, забрану производње „слим” цигарета и цигарета са укусом ментола, као и већу контролу е- цигарета.

### 1.1.5 Зависност од пушења дувана

Зависност коју ствара пушење дувана је и физичка и психичка. Физичка зависност се препознаје по томе када се пушачу чини да телу треба никотин да би се опустило, повратило привремени губитак снаге или спречило смењивање периода са јаком жудњом ка цигаретама (када се доживљава иритабилност, притисак, туга, проблеми са спавањем, главобоље и др).

Људи науче да повезују пушење са другим активностима, ситуацијама и осећањима. На пример, неки људи осећају потребу за пушењем након јела или пијења кафе. Други људи науче да повезују пушење са пријатно проведеним временом у друштву. Ове научене, психолошке, моделе понашања неки пушачи доживљавају као главну препреку одвикавању, јер их повезују са доживљајем задовољства.

Ове чињенице се могу поткрепити податком да пушачи обично имају два, три или више покушаја одвикавања пре него што дефинитивно оставе пушење, а да готово сви пушачи бар једном покушају да прекину са овом навиком, иако то не успева свима.

Већини пушача су блиске следеће чињенице: снажна жеља за пушењем, потешкоће у контролисању броја попушених цигарета, упорност у пушењу упркос штетним последицама, давање већег приоритета пушењу него осталим активностима и обавезама, понекад и присуство физичких симптома приликом недостатка никотина.

Фармаколошки процеси и понашање које карактеришу дуванску зависност су слични онима код појединих дрога, попут хероина и кокаина. Никотин утиче на повратне допаминске системе у мозгу на сличан начин као неке дроге. За никотин се чак сматра да ствара један од највећих степена зависности од психоактивних супстанци.

Степен зависности се може проценити тестом по аутору Фагерстрому (Fagerström), на следећи начин:

1. Колико цигарета попушите дневно?
  - 0 10 и мање
  - 1 11 до 20
  - 2 21 до 30
  - 3 више од 30
2. Да ли пушите у току преподнева више него у току поподнева и вечери?
  - 0 не
  - 1 да
3. Када попушите прву јутарњу цигарету?
  - 0 више од 60 и више минута након буђења
  - 1 између 31 и 60 минута након буђења
  - 2 између 6 и 30 минута након буђења
  - 3 до 5 минута након буђења
4. Која цигарета Вам је најважнија?
  - 0 не она прва јутарња
  - 1 прва јутарња
5. Да ли пушите чак и када сте толико болесни да не можете да устанете из кревета?
  - 0 не
  - 1 да
6. Да ли Вам је тешко да не пушите на местима на којима је пушење забрањено (биоскоп, јавни превоз и слично)?
  - 0 не
  - 1 да

Укупан скор се тумачи према скали:

- 0 – 5 низак ниво никотинске зависности
- 4 – 6 умерен ниво никотинске зависности
- 7 – 10 висок ниво никотинске зависности

Време које протекне од буђења до паљења прве јутарње цигарете најбоље одсликава степен зависности, односно, што је ово време краће, то је зависност од никотина већа.

### 1.1.6 Зашто људи започињу да пуше?

Људи у највећој мери пуше јер је то социјално прихватљив тип зависности. За дуван се још и каже да је то „једина легална психоактивна супстанца која убија своје кориснике када се користи како је то предвиђено“.



Познате су бројне мере, попут високих такси на дуван, забране рекламирања дуванских производа и продаје малолетницима, простора без дуванског дима, едукације становништва о штетности дувана и доступних метода за одвикавање – које ефикасно мењају социјално окружење и обесхрабрују употребу дуванских производа. Ове мере су доказано спречавале младе да почну са пушењем, а пушачима помагале да престану са овом зависношћу. Земље попут Канаде, Финске, САД, Аустралије и В. Британије бележе вишедеценијски тренд опадања првобитно иначе великог броја пушача у друштву, управо захваљујући томе што су владе ових земаља током 6 и 7. деценије XX века увеле поменуте, свеобухватне, мере контроле.

Веома мали број одраслих буквално «бира» пушење. Већина пушача почиње са пушењем у детињству или адолесценцији, пре него што упознају ризике од употребе дувана и адиктивне карактеристике никотина, подстакнута раширеном сликом употребе дуванских производа – реалном или рекламном. Код већине корисника зависност се развија након неколико дана интензивног или неколико недеља умереног експериментисања и, иако већина пушача жели и покушава да престане, само неколицина успева у томе након првог покушаја.

Осим овог кључног социјалног контекста, сваки пушач има свој лични разлог за започињање. Неки људи пуше да би се лакше носили са својим осећањима, када се налазе у одређеним ситуацијама или у друштву појединих људи.

Када деца и млади експериментишу, обично размишљају да желе само да пробају, да могу увек прекинути и да број цигарета који буду пушили неће бити велик. Али, никотин у цигаретама релативно брзо изазива зависност. Када се једном почне са пушењем, временом је потребно све више и више цигарета да би се задовољила потреба за никотином. Неки људи развијају праве ритуале који се тичу куповања или паљења цигарета, или конзумирања кафе и других ужитака уз цигарете, чиме зависност само јача. Чак и када људи само желе да пробају неколико пута, постоји велика шанса да ова скупа навика постане део свакодневнице. Многи пушачи купују дневно паклицу цигарета, па и више и тешко могу издржати нелагодност да заспу без обезбеђених залиха за следећи дан.

Истраживања су показала да се већ од младог узраста пушачи могу поделити у две доста јасно издиференциране групе. У прву групу спадају они који почињу да пуше претежно зато што виде да то и други раде, код њих се ствара навика, али када схвате штетност или опасност, могу релативно лако да оставе дуван. У другу групу спадају они који релативно брзо постају пушачи, али који нису у стању без помоћи да оставе дуван ни онда када су због пушења доведени у животну опасност.

Неки истраживачи сматрају да се може говорити о постојању четири врсте мотива који адолесцента стављају у позицију да постане пушач или остане непушач: а) мотивација социјалног престижа, б) радозналост и самопроверавање, в) изражавање бунтовности и г) растерећење осећаја тескобе.

Зависност од дувана се у социолошком смислу не ограничава само на пушење, него и на прихватање одређених ставова, вредносних система, оријентације у начину живљења, опхођења у групи према вршњацима и одраслима, стицање навика, социјалног и индивидуалног идентитета.

Нека осећања или ситуације које покрећу потребу за пушењем су: досада, притисци у школи, бесљутња, награђивање себе, проблеми у породици или са пријатељима, туга, усамљеност, осећај одбачености, жеља да се остави утисак на неког („симбол зрелости“), ирационална идеја да се на тај начин може смањити телесна тежина итд.

Истраживања су показала да размишљање о започињању са пушењем код деце почињу непосредно пред полазак у основну школу и, док се први експерименти јављају у нижим разредима основне школе, интензивније експериментисање примећено је у узрасту 11 – 14 година, што доприноси да се код одређеног броја тинејџера оно устаљује на крају основне школе. На ово указују и подаци из наше земље, да је свако треће дете прву цигарету пробало у узрасту до 10 година.

Разлози за започињање пушења, слично као и последице које пушење оставља по организам, унеколико се разликују по врсти или рангу између дечака и девојчица.



Истраживања указују да се чиниоци који утичу на развој пушења код младих узраста 12-13 година разликују по важности између дечака и девојчица. Код дечака најважнији чинилац је „најбољи друг пушач“, а следе „познавање бар једне марке цигарета“, „препознавање рекламе за цигарете“, „неприхватање ризика за здравље“, и „бар један родитељ пушач“. Код девојчица најважнији чинилац је „бар један родитељ пушач“, а следе „позитиван став о томе шта пушење, наводно, доноси – смиривање нервозе, контрола тежине, развој самопоуздања, „уживање“; „познавање бар једне марке цигарета“, „најбоља другарица пуши“ и „неприхватање ризика за здравље“.

Препознати зашто, где и у којим ситуацијама чешће запале цигарету за многе пушаче представља први корак ка одвикавању од пушења.

### 1.1.7 Најважније здравствене последице пушења

Најзначајнији научни ниво доказа о последицама пушења дала је Британска докторска студија, која је на узорку од 34.439 британских лекара мушког пола, у периоду од 50 година (1951-2001. година), недвосмислено указала да:

- пушење вишеструко повећава ризик за рак плућа и друге туморе, инфаркт срца, шлог, хроничну опструктивну болест плућа;
- половина пушача умре од болести изазваних пушењем;
- четвртина пушача умре у средњим годинама живота (30-69);
- пушачи имају у просеку 10 година краћи животни век од непушача;
- прекид пушења у 50. години преполовљује а у 30. години живота готово елиминише ризик од поменутих болести<sup>4</sup>;
- одвикавање у доби од 60, 50, 40 или 30 година доприноси продужењу живота за 3, 6, 9 или 10 година.

Пушење се данас повезује са већом вероватноћом јављања бројних болести, а неке од њих су набројане према врсти органа, ткива или телесној функцији: 1) мозак и психичко функционисање (шлог/цереброваскуларни акцидент, зависност, апстиненција, анксиозност због здравствених последица пушења); 2) очи (слепило због макуларне дегенерације, катаракта, печење, интензивно сузење и трептање); 3) уши (губитак слуха, инфекције уха); 4) коса (мирис и обезбојење); уста и грло (рак усне, уста, гркљана и ждрела; упале грла, смањен осећај укуса, халитоза/лош задах); 5) зуби (пародонтоза, гингивитис, пародонтитис, губитак зуба, каријес, плак, дисколорација и пребојеност); 6) нос (рак назалних шупљина и параназалних синуса, смањење чула мириса); 7) срце (тромбоза срчаних артерија са акутним инфарктом срца, атеросклероза, оштећење и зачепљење срчаних артерија); 8) плућа (рак плућа, бронха и трахеје; хронична опструктивна болест плућа/ХОБП, емфизем, хронични бронхитис, респираторне инфекције и пнеумоније (упале плућа), астма, хронични кашаљ, ексцесивна продукција спутума/испљувка); 9) грудни кош и стомак (могуће увећан ризик од рака дојке, рак једњака, желуца, дебелог црева и панкреаса; анеуризма абдоминалне аорте, чир на желуцу, дванаестопалачном цреву и једњаку); 10) јетра (рак јетре); 11) бубрези и мокраћна бешика (рак реналних ћелија бубрега и рак мокраћне бешике); 12) руке (периферна васкуларна болест, лоша циркулација - „хладне руке“); 13) кожа (псоријаза, губитак боје, избораност и превремено старење, успорено нарастање рана); 14) мушке репродуктивне функције (неплодност, деформитети сперматозоида, слабија покретљивост и мањи број сперматозоида, импотенција); 15) женске репродуктивне функције (болне менструације, теже зачеће, смањен фертилитет, слабији раст и развој плода, плацента превија (предњачећа постељица – ризик за порођај), превремени порођај, рак грлића материце, превремени губитак функције јајника, рана менопауза); 16) скелетни (коштани) систем (остеопороза, фрактура (прелом) кука, склоност лумбалном синдрому, рак коштане сржи); 17) имунолошки систем (смањена отпорност на инфекције); 18) циркулаторни систем и крв (Bürger- ова болест/запаљење артерија, вена и нерава ноге; акутна мијелоидна леукемија); 19) ноге и стопала (периферна васкуларна болест, бол у нози, гангрена, дубока венска тромбоза).

<sup>4</sup>Треба имати на уму да студија није пратила ефекте пушења на репродуктивно и сексуално здравље, нити је укључила жене;

Већина ризика постоји и код непушача који су изложени дуванском диму, а вероватноћа њиховог настанка повећава се са дужином излагања.

Због величине проблема, тешкоћа у раном откривању и успешном лечењу, најзначајније последице пушења по здравље (осим болести срца и крвних судова) су рак плућа и хроничне плућне болести.

### *Рак плућа*

Рак плућа је најчешћи малигни тумор код мушкараца, а код жена у нашој земљи је међу водећим. У свету се годишње забележи око 1.400.000 нових случајева, а петогодишње преживљавање не прелази 15%. Око 90% особа које су умрле од рака плућа били су пушачи, при чему је шанса за обољевање код пушача 20 пута већа ( $RR^5 = 20$ ). Ризик зависи од почетка пушења, дужине «стажа» и броја дневно потрошених цигарета. Данас се зна да уколико пушач напусти навику пушења благовремено, има шансу да избегне ризик оболевања од ове најтеже болести. Иако су неспецифични програми раног откривања (скрининга) некад били веома популарни, данас је познато да је једина права превенција рака плућа – непушење и неудисање дуванског дима у затвореном простору.

### *Хроничне плућне болести*

Као последица пушења долази до успоравања, или чак имобилизације трепљи у епителу дисајних путева и последичног нагомилавања слузи која је добра подлога за честе упале. Ове учестале инфекције и присутност неких хемијских материја у диму дувана доводе до повремених сужавања дисајних путева, односно, опструктивне болести плућа (хронични бронхитис и астма). Некада, због отежаног дисања и сужења дисајних путева, долази до прскања алвеола (плућних мехурића) и тако губљења дисајне површине плућа (емфизем).

### *Деловање дувана на млад организам*

Деца мајки које су у трудноћи пушиле (као и мајки које су биле изложене дуванском диму) чешће имају: мању телесну масу на рођењу, редукују развоја плућа, упале горњих дисајних путева, упале средњег уха, бронхитис и астму, чак и „синдром изненадне смрти новорођенчета“.

Деца родитеља пушача, иако никада у животу не упале цигарету, имају већу шансу да оболе од болести срца и крвних судова касније у животу.

Непосредни утицај пушења на здравље младих пушача испољава се одређеним знацима, као што су: кашаљ, смањење дубине дисања, стална појава слузи у бронхијама, чешће прехладе, а када пушење постане навика, оно делује штетно и на кардиоваскуларни систем, што доводи до смањења физичке кондиције.

Пушење је у позитивној корелацији са гојазношћу (конзумирање веће количине хране, недовољно кретање, високе вредности масти у крви, а нарочито холестерола) и алергијама (са различитим симптомима - иритација очију, ринитис/упала носне слузокоже, главобоља, јутарње искашљавање итд).

Важно је младима истицати последице по репродуктивне функције. Код девојака, на првом месту - теже зачеће, а потом учесталије побачаје и компликације током трудноће и порођаја, а код младића – оштећење сперматозиде и ћелија које их стварају, чешће проблеме са ерекцијом и импотенцијом. Све више истраживања указују да је пушење повезано са чешћом појавом конгениталних поремећаја код деце мајки пушача, али и оних које су изложене дуванском диму, као и слабијим постигнућима деце у школи на тестовима математичко-логичког типа.

Нека истраживања показују да млади пушачи чешће од вршњака непушача експериментирају са узимањем алкохола и дрога (који као изазови социјалног притиска непосредно следе узрасту у којем се устаљује зависност од пушења).

---

<sup>5</sup>RR – релативни ризик.

Улагање напора да се науче вештине одупирања социјалном притиску да се усвоји по здравље штетно понашање као што је пушење (вештине „како рећи не“), од вишеструке је користи касније у савладавању различитих врста вршњачких притисака да се прихвате друга ризична понашања, као што су: штетна употреба алкохола, злоупотреба дрога, пристајање на небезбедан и нежељен секс, ризично понашање у саобраћају (вожња под дејством алкохола, пристајање на вожњу са возачем који је конзумирао алкохол или не поседује возачку дозволу, пребрза вожња, некоришћење сигурносних појасева, употреба мобилних телефона у току вожње и непридржавање других правила понашања у саобраћају) и друга аутодеструктивна понашања (ризични спортови, некоришћење заштитне опреме при обављању послова итд).

Наглашавање последица које пушење може оставити на млад организам није уједно и најпогоднији мотивациони аргумент за одупирање првим експериментима. Стога је корисније младима истицати:

- утицај дувана на лошији физички изглед (жута пребојеност ноктију, косе и обрва, сивило усана и језика, загађеност коже лица и руку),
- немогућност одржавања добре физичке кондиције у ситуацијама битним за младе (спорт, сексуална активност итд),
- непријатан мирис косе, одела, простора у којем се живи (који пушач тешко може осетити а друге особе нерадо коментаришу али приметите и често их то одбија),
- непотребно трошење новца (одвајањем новца који би се иначе потрошио за цигарете може се уштедети знатна количина средстава и задовољити корисније потребе), као и
- осећај неслободе и зависности итд.

Добар лични пример одраслих (родитеља, васпитача, учитеља, професора, лекара, јавних личности, спортиста и др) и вршњачких ауторитета (браће, сестара, рођака, пријатеља, популарних вршњака) је помажући чинилац а понекад и предуслов сваком прихватању информација или помоћи у усвајању знања, ставова и савладавању вештина битних за одбијање првих експеримената, истрајавање у одбијању током адолесценције и младости, или одвикавање од пушења.

Веома је важно да особе које се баве неком од професија у здравству и образовању (на првом месту) дају позитивне личне примере тако што неће пушити у близини деце ни у неформалним приликама. Подразумева се да неће пушити на свом радном месту, јер се данас то сматра цивилизацијском тековином у свим земљама света.

### 1.1.8 Одвикавање од пушења

Постоји много успешних начина за одвикавање од пушења и просечан бивши пушач је до одвикавања (апстиненције која траје дуже од годину дана) најчешће дошао кроз 8 покушаја.

У случају да пушач не успе самостално да се одвикне, доступне су различите методе одвикавања, а оне се деле на фармаколошке и нефармаколошке, с тим да се понекад комбинују.

Нефармаколошке методе које препоручује СЗО су: индивидуално саветовање, групно саветовање (методе - „Петодневни план одвикавања“ по ауторима Мекфарланду и Фолкенбергу и „7 корака до промене“), психотерапијске методе, телефонско саветовање и друге ређе методе. Велики број домова здравља у нашој земљи имају организована бесплатна саветовалишта за одвикавање од пушења (најчешће по петодневном програму) или примењују овај програм у оквиру Саветовалишта за младе. Дом здравља “Нови Сад” већ 30 година примењује групно саветовање по петодневном плану одвикавања (за учешће није потребна ни здравствена књижица ни лична карта; групе се формирају једном месечно; заказивање је путем телефона 021/479 0 668; 064/80 88 120).

Фармаколошке методе које се препоручују од стране СЗО су: никотинска терапија (NRT – Nicotine Replacement Therapy) и неникотинска терапија (Vupropion i Citizin)

Сва фармаколошка средства се купују без рецепта у апотекама, али је добро саветовати се са изабраним лекаром, фармацеутом или здравственим радником који ради у саветовалишту.

### 1.1.9 Друштвене последице пушења у Србији и свету и контрола дувана

Процењује се да око 6 милиона смрти у свету годишње настаје од последица пушења, а да ће до 2020. године, уколико се број пушача не смањи, тај број износити 10 милиона смрти годишње.

Више од 600.000 смрти у свету 2011. године приписано је болестима који су настале услед пасивног излагања дуванском диму, од чега се 75% случајева смртности односило на жене (47%) и децу (28%).

У Србији сваке године умире око 100.000 особа, при чему су најчешћи узроци смрти обољења срца и крвних судова (око 60.000 особа) и рак (око 18.000 особа). Према индиректним проценама, дуван сваке године доприноси смрти 18.000 становника Србије!

Истраживање о глобалном оптерећењу болестима у Србији из 2002. године (једино те врсте које је икада спроведено) показало је да је пушење најважнији појединачни чинилац ризичног понашања, који највише доприноси укупном броју тзв. "изгубљених година живота" (13,7% YLL - Year of Life Lost - од тога 18% YLL код мушкараца и 7,9% YLL код жена), на које највише утиче број људи који превремено умру или стекну доживотни инвалидитет у радно-активној доби.

Пушење је, дакле, водећи узрок смрти у Србији којег је могуће спречити.

Додатни проблеми су различити директни и индиректни трошкови услед: лечења болести повезаних са пушењем, одсуствовања са посла због лечења од ових болести, пожара узрокованих цигаретима, осиромашења земљишта на којем се гаји култура дувана итд.

Дуван се узгаја у 124 земље света, заузимајући 3,8 милиона хектара обрадиве површине. Кина производи 43% укупне количине дувана, што је више од количине коју заједно произведе следећих девет земаља са највећом производњом. У првој деценији XXI века производња дувана се (осим у Кини) повећала у Источној Европи, Источном Медитерану, Африци и Азији а смањила у САД и Европској унији. Годишњи укупан порез од дуванске индустрије се приближава износу од 500 милијарди долара, а претпоставља се да би елиминација илегалне тровине омогућила приходе владама од пореза од најмање 31,3 милијарде долара годишње. Владе широм света годишње прикупе око 133 милијарде долара путем такси и пореза од дуванских производа, али троше мање од 1 милијарде на интерсекторске мере „контроле дувана“. Таксе на дуванске производе ни близу не надокнађују штету проузроковану употребом дувана. Чак и када би то успевале, оне не могу прибавити дуванској индустрији право да проузрокују штету (мерену оштећењем здравља и смртима) која је еквивалентна плаћеним таксама.

Данас се све ређе користи термин *превенција пушења* у описивању мера друштва које треба да смање раширеност овог фактора ризика и његово тако разорно дејство на здравље становништва. Наиме, препознато је да, изоловано, ниједан здравствени систем неке земље не може утицати на овако комплексну друштвену појаву, нити се само једном групом мера (на пример, образовањем становништва) може постићи промена.

Да би се у неком друштву ограничио штетни утицај дуванског дима на здравље целокупног становништва (смањењем укупног броја пушача), потребно је директно утицати на смањење понуде дуванских производа, смањење тражње за њима и смањење невољног удисања секундарног дуванског дима у радној средини и на јавним местима. Штавише, СЗО је, увиђајући да мере које контролишу овакве сложене параметре као што су понуда и тражња дуванских производа (производа који настају у компанијама чији је оснивачки улог мултинационалног карактера) покренула међународну активност да се сачини и пружи на потписивање и ратификацију свим земљама чланицама Уједињених нација први међународни уговор у области јавног здравља – Оквирна конвенција о контроли дувана СЗО.

Овај уговор је од 2005. године потписало и ратификовало 179 земаља света и представља оквир за примену сложене групе мера међународне сарадње назване „контрола дувана“ (tobacco control).



„Контрола дувана“ подразумева низ мера и активности смањења понуде и тражње за дуванским производима, као и штетних последица њихове употребе, а које имају за циљ унапређење здравља становништва, тако што ће се елиминисати или смањити коришћење дуванских производа и излагање дуванском диму.

Најважније мере које доводе до смањења употребе дуванских производа су:

1. Стални пораст цена цигарета усклађен са инфлацијом: СЗО препоручује да најмање 70% мало-продајне цене дуванских производа припадне акцизама; најмање 86% држава чланица СЗО има уведене акцизе на дуванске производе, али само 8% становништва је 2012. године живело у земљама које примењују висину акциза од 70% и више, док само 14% земаља користи део ових средстава за здравствене сврхе; повећање цене цигарета за 10% може, као изолована мера, смањити број пушача за 4-8%; на ову меру су нарочито осетљиви млади и сиромашније земље; у нашој земљи се примењује адекватна висина акцизе, али је цена цигарета још увек најнижа у односу на цене из околних земаља; додатно, примећене су шпекулације са тржишном ценом цигарета у односу на акцизне мере које држава примењује (снижавање цена уочи најаве повишења акциза);

2. Свеобухватна забрана рекламирања и промоције дуванских производа и спонзорства од стране дуванске индустрије: потпуне забране у овој области могу смањити раширеност пушења за око 7%; делимичне забране имају мали или никакав ефекат (што се односи и на забрану индиректног рекламирања); само 10% светске популације је било обухваћено оваквим мерама у 2012. години; у нашој земљи није обезбеђена потпуна забрана индиректног рекламирања (многе земље у ову област сврставају забрану реклама путем интернета и потпуну забрану истицања робних марки/”бренда” цигарета на продајним местима);

3. Потпуна забрана пушења на радним и јавним местима: примена закона који штите људе од изложености дуванском диму на радним и јавним местима спашава животе и не штети пословању у угоститељском сектору; потпуна забрана пушења без изузетака је једино доказани начин који штити људе од пасивног пушења и обезбеђује једнакост у остваривању права на здравље без обзира на место запослења; више од 700 милиона људи у свету (16% популације) је у својим земљама заштићено таквим законима, док је у нашој земљи забрана делимична (закон не прописује потпуну забрану у свим угоститељским објектима а постоји проблем и са поштовањем закона, иако је свесност становништва о потреби ове мере висока);

4. Забрана продаје дуванских производа малолетним особама: оваква мера ограничава доступност младима и у многим земљама се ефикасно спроводи, док је код нас регулисана Законом о дувану, али истраживања показују да се недовољно спроводи;

5. Едукација јавности и медијске кампање у вези са контролом дувана: медијске кампање су често скупе али су ефикасне, јер када су тематски добро усмерене, могу довести до смањења броја пушача, иако могу бити успешне и кампање које користе готово бесплатне стратегије „односа са јавношћу“ а не скупа средства социјалног маркетинга (спотови, радијски цинглови, постери, „билборди“, штампана средства великих тиража, закупи медијског времена и простора и сл.); Србија је у Извештају о глобалној епидемији употребе дувана из 2011. године оцењена као земља која има примењене све елементе медијских кампања; у нашој земљи се већ дуже од две деценије обележава Светски (31. мај) и Национални дан без дуванског дима (31. јануар), а кампања под слоганом „Један пушач - много жртава“ је 2008. године добила награду СЗО (слика 1); међутим, последњих година (од укидања тзв. „дуванског динара“ - дела средстава од сваке продате паклице цигарета за превентивне сврхе) недовољно је социјално-маркетиншких кампања у овој области;



Слика 1: Постер „Један пушач-много жртава“



6. Упозоравајуће сликовне ознаке на дуванским производима одговарајуће величине и примена тзв. безличних паковања цигарета (без ознака робне марке – слика 2): ефикасне сликовне ознаке на паковањима цигарета повећавају свесност пушача о здравственим последицама пушења и повећавају вероватноћу да ће пушач размишљати о одвикавању или бар смањити број цигарета; њиховом утицају су нарочито подложни млади; дуванска индустрија се изузетно противи сликовним упозорењима и безличним паковањима, што је истовремено добар показатељ њихове ефикасности као мере контроле дувана;

7. Повећање доступности третманима за одвикавање од пушења: већина пушача жели да се одвикне; методе одвикавања од пушења су ефикасне а СЗО истиче да је њихова доступност одговорност здравственог система сваке земље; одвикавање доводи до тренутних користи по здравље а већину придружених ризика смањује током неколико година.



Слика 2: Пример безличног паковања цигарета из Аустралије. Извор: *The Tobacco Atlas*. 4. izdanje. American Cancer Society.

Најважније мере контроле дувана су од 2008. године познате и под акронимом „ОСНАЖИТИ“ (MPOWER): Monitor - Праћење раширености пушења и превентивних политика; Protect - Заштита људи од дуванског дима на јавним местима; Offer - Обезбеђење помоћи за одвикавање од пушења; Warn - Упозоравања на опасности од дувана (путем сликовних упозорења на паковањима дуванских производа и мас-медијских камања); Enforce - Оснаживање забране рекламирања, промоције и спонзорисања дуванских производа и Raise - Повећање пореза на дуванске производе.

Увођење и контрола примене ових мера у свакој земљи није искључива одговорност здравственог система, али је битна његова покретачка и координативна улога. У нашој земљи најпознатији закони којима се регулишу препоручене мере које доводе до смањења употребе дуванских производа су: Закон о дувану, Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму, Закон о оглашавању и Закон о акцизама.

Први међународни уговор у области јавног здравља, Оквирна конвенција о контроли дувана СЗО, у нашој земљи ступила је на снагу 9. јуна 2006. године, 2007. године донета је Стратегија контроле дувана Републике Србије са акционим планом, чиме се држава обавезала да преузме мултисекторску бригу над контролом чинилаца који доводе до велике раширености пушења у нашој земљи. У томе велику улогу имају запослени у образовању.

## 1.2 ПРЕВЕНЦИЈА ШТЕТНЕ УПОТРЕБЕ АЛКОХОЛА

Оља Нићифоровић Шурковић  
Снежана Укропина

### 1.2.1 Начин коришћења алкохолних пића

Алкохол или етанол је једноставно органско једињење, састављено од угљеника, водоника и кисеоника (сажета структурна формула -  $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ). Бистра је и безбојна течност, која у природи настаје алкохолним врењем уз помоћ гљивица из угљених хидрата, неких врста воћа, житарица, хмеља итд.

Алкохолна пића добијају се врењем и дестилацијом грожђа, воћа, жита, јечма, хмеља и разних других биљних материја.

Одувек је алкохол у друштву био добро прихваћен и његова је употреба прилично раширена. Конзумирање алкохолних пића саставни је део хиљадугодишње културе многих народа, па тако и нашег, и код нас је део општеприхваћеног друштвеног понашања.

Алкохолизам је претерана употреба алкохолних пића, са свим последицама његове злоупотребе. Према дефиницији СЗО хронични алкохолизам је када особа прекомерно пије алкохолна пића и/или код које је зависност од алкохола толика да показује психичке, телесне или социјалне поремећаје. По одређеним критеријумима, претерана употреба алкохола разматра се и као: 1) ризични обрасци употребе, 2) штетно или проблематично пијење и 3) ексцесивно пијење.

Истраживања СЗО показала су да је највиша дозвољена граница свакодневне потрошње чистог алкохола за мушкарце нижа од 40 грама (2 јединице алкохолног пића), а за жене нижа од 20 грама (1 јединица алкохолног пића). Дозвољена количина друштвено прихваћене потрошње креће се од 1-2 пића два до три пута недељно, за одрасле мушкарце и 1-2 пута недељно за одрасле жене (препоручује се пиће са мањом концентрацијом чистог алкохола, као што је вино или пиво)<sup>6</sup>, с тим да, иако то вероватно није одговор који већина људи жели да чује – НЕМА ПОТПУНО БЕЗБЕДНОГ НИВОА УПОТРЕБЕ АЛКОХОЛНИХ ПИЋА. О појединим националним стандардима може се више прочитати на <http://www.icap.org/table/Internationaldrinkingguidelines>). Акутно опијање као и хронични алкохолизам значајан су медицински и друштвени проблем.

По методи RAPS4 (Cherpitel, 2000, Cherpitel et al, 2005), позитиван одговор на било које од 4 наведена питања (која се односе на понашање у претходних 12 месеци) указује на штетно пијење које угрожава здравље, добробит, а самим тим и учинак на послу и када су у питању друштвени контакти и односи:

- 1) Да ли сте икада имали осећај кривице или гриже савести након пијења?
- 2) Да ли вам је пријатељ или члан породице говорио о стварима које сте чинили док сте били под дејством алкохола, а којих нисте могли да се сетите?
- 3) Да ли сте били у прилици да због пијења не испуните оно што се од вас уобичајено очекује?
- 4) Да ли понекад попијете алкохолно пиће ујутру када устанете?

Употреба алкохола зависи од традиције и осталих чинилаца, у свим земљама је већа код мушкараца него код жена и смањује се са годинама. У младости се усвајају навике и начин пијења алкохола који утичу на однос према алкохолу и конзумирању у зрелој доби.

Друштвено прихваћено конзумирање алкохола прати све важније животне догађаје – од прослава до жалости.

### 1.2.2 Раширеност коришћења алкохолних пића

У нашој земљи, према подацима “Националног истраживања о стилевима живота становништва Србије 2014. године – коришћење психоактивних супстанци и игара на срећу”:

- У претходних дванаест месеци алкохол је конзумирало укупно 72,2% одраслих испитаника (82,1% мушкараца и 62,4% жена);
- Ексцесивно пијење (дефинише се као 60 грама или више чистог алкохола у једној прилици) једном недељно или чешће, у претходних 12 месеци пријављено је од стране 3,7% популације (6,7% мушкараца и 0,6% жена);
- Ризични обрасци употребе алкохола присутни су код 13,3% популације (22,1% мушкараца и 4,6% жена), што одговара броју 580.000 до 664.000 високоризичних конзумента алкохола међу одраслом популацијом у Србији, од којих су већина мушкарци (77%);
- Штетно или проблематично пијење доводи се у везу са 6,2% укупне популације (10,6% мушкараца и 1,7% жена), односно 257.000 до 318.000 људи (већином мушкарци и приближно 1/3 популације узраста 18–34 године старости);
- Приближно половина од укупне количине конзумираног алкохола у Србији попије се у виду пива;

<sup>6</sup> 1 алкохолна јединица: чаша/флаша/конзерва пива од 0,5l; 2 чаше/флаше алкопопса - мешаних пића са процентом алкохола од око 5%, као што је „бризер“ и сл (0,5l); чаша вина (око 1,5dl); чаша жестоког пића (0,5dl) или 1 мешано пиће.

- Просечна количина конзумираног алкохола од стране мушкараца је 6,5 пута већа него просечна количина код жена.
- Дистрибуција према узрасту разликује се код мушкараца и жена. Када су мушкарци у питању, количина конзумираног алкохола повећава се са годинама, док се код жена смањује. Из наведеног разлога, разлика у количини конзумираног алкохола између мушкараца и жена већа је међу старијим становништвом.

Према ESPAD истраживању ("Европско школско истраживање о употреби алкохола и других дрога"), међу шеснаестогодишњацима у Европи, у периоду 1995-2007. године није дошло до смањења животне преваленције употребе алкохола (око 90% и младића и девојака је пробало алкохол бар једном у животу), да би у 2011. години у просеку дошло до благог смањења (најизраженије смањење се бележи на Исланду - са 66% на 56% и у Португалији - са 84% на 71%, а најизраженије повећање у Хрватској - за 11%). Када је у питању пропорција адолесцената који су у последњих 12 месеци конзумирали алкохол, у Европи се она смањила у периоду 2003 (83%), 2007 (81%) и 2011. година (78%). Између истраживања 2007. године (58%) и 2011. године (56%) дошло је до благог смањења просечне пропорције 16-огодишњих адолесцената у Европи који су у последњих 30 дана конзумирали алкохол. Међутим, Србија је међу 4 земље у којима је у истраживању 2011. године у односу на 2007. годину дошло до статистички значајног повећања пропорције ученика који су бар једанпут током месеца који је претходно истраживању имали тешко опијање (5 или више пића у једној прилици). У 2011. години, просечна потрошња чистог алкохола током последње употребе (у центилитрима) међу шеснаестогодишњацима у Европи износила је 5,1cl (37% пиво, 6% "cider", 9% "алкопопос", 16% вино и 31% жестока пића), док је у Србији била 4,2cl (45% пиво, 2% "алкопопос", 31% вино и 21% жестока пића).

Истраживање из 2012. године у Новом Саду, спроведено по ESPAD методологији, указало је да међу шеснаестогодишњацима у Новом Саду: 1) животна преваленција употребе алкохолних пића (попили бар 1 алкохолно пиће у животу) износила је 87,4% (91,5% младића и 82,8% девојака); 2) преваленција употребе алкохолних пића током последњих 12 месеци износила је 75,7% (79,2% младића и 71,7% девојака); 3) преваленција употребе алкохолних пића током претходних 30 дана износила је 54,6% (62,2% младића и 46,3% девојака); и 4) преваленција јаког опијања (пијења 5 или више пића у једној прилици) бар једанпут током последњих 30 дана износила је 38,0% (44,7% младића и 30,4% девојака).

### 1.2.3 Зашто се конзумира алкохол?

Друштвени разлог узимања алкохола је најчешћи и најубичајенији разлог за посезањем а масовно уживање алкохолних пића различито је мотивисано.

Осим обичаја, навика и опште прихваћености, посезање за алкохолом повезује се са стресним ситуацијама, напетостима, фрустрацијама, лошим међуљудским односима и другим друштвеним поремећајима. Утврђено је да више пију особе које нису у браку, које су разведене и оне које су изгубиле брачног партнера. Остајање без посла повезује се са већом учесталашћу конзумирања алкохола у краћем раздобљу након оваквог животног догађаја, али трајнија незапосленост резултира смањењем злоупотребе, углавном због економских разлога. Нада да ће алкохол подићи расположење, ублажити патње и растерати бриге је лажна водиља многих пијанстава.

Деловање алкохола на смањење спутаности и повећање друштвености као и ослобађање од нелагодности у новим друштвеним ситуацијама, учинило га је незаменљивим делом друштвеног живота.

Нема јасних критеријума по којима би се могло предвидети хоће ли нека особа бити склона прекомерној употреби алкохола или не. Ипак, позната је чињеница да је највећи број алкохоличара међу особама које имају разне психичке поремећаје (неурозе, депресивна стања, бег од реалности, избегавање одговорности и сл.).



Иако је алкохол присутан свуда и на свим местима, прекомерној употреби алкохола ипак су склони само неки типови особа или чак и занимања (нпр. запослени у угоститељству, индустрији забаве итд).

Млади су у доба одрастања такође врло ризична група за прекомерну употребу алкохола. Први контакт са алкохолом млади најчешће доживљавају у кругу породице. У доба пубертета, опонашања одраслих и доказивања зрелости, посеже се за алкохолом као изразом одраслог понашања и често пије непотребно и превише. Раздобље при крају основне школе нарочито је осетљиво и подложно негативним утицајима. Ризик је већи ако не постоје услови за квалитетно провођење слободног времена, за корисну разбигригу, а посебно за активно бављење спортом и рекреацијом (мањак дворана и играништа, средстава за њихово јефтино коришћење и недовољно ангажовање доносилаца одлука, запослених у образовању и родитеља да прилагоде радно време и уравнотеже различите краткорочне интересе у корист дугорочних, који су пресудни за развој сваке породице и заједнице). Иако узроци сувишног и неодмереног узимања алкохола код младих могу бити и стрес због тежег прилагођавања у школи, великих захтева у учењу, прејакој конкуренцији у неким школама и страх пред завршних или пријемних испита, ипак, као узрок узимања алкохола, преовлађују несређени односи у кући, несређен породични живот, неслога у кући, склоност родитеља према алкохолу и притисак вршњачке групе.

Неодговарајући васпитни приступ, са премало јасних правила и/или превише забрана и лошим комуникационим обрасцима, недовољно контроле начина коришћења слободног времена (конкретна места, друштво, врста забаве, начин одласка и доласка на место забаве, активности на друштвеним мрежама и сл), могу имати снажан утицај на стицање навике редовног посезања за алкохолом али и доживотне, чак и фаталне, последице (учешће у саобраћају под дејством алкохола, пристајање на нежељен или небезбедан сексуални однос, пристајање на превоз са особом под дејством алкохола, учешће у тучама итд). Због велике заузетости родитеља, који недостатак времена за децу и са децом „надокнађују“ испуњавањем свих њихових захтева (или су једноставно превише одсутни из свакодневнице детета), чешће долази до негативне идентификације са доступним узорима - реалним или виртуелним (телевизија, интернет итд).

У време пубертета и адолесценције млади су склони да се осећају несређенима, лако стичу осећај мање вредности, подложни су осећању тескобе, депресивном расположењу, бојазни од неуспеха, и тада посежу за алкохолом ради стицања „храбрости“. Под изговором постизања бољег расположења склони су доказивању и такмичењу у друштву па често пију да би се показали пред другима, пред девојкама/момцима и пред свима који су њима важни. Притом је младима јако далека помисао на опасност коју опијање доноси и на ризике у које се упуштају.

Често баш неповољно деловање алкохола проузрокује неуспехе или слабе резултате, врло често и неспретне, нелагодне па и срамне ситуације у јавности или међу вршњацима (које, због савременог начина комуницирања младих путем мобилних телефона и друштвених мрежа, могу прерасти и у форму вршњачког насиља).

Укључивање у различите групне активности заиста може помоћи решавању младалачких проблема. У том смислу, све активности које проширују опсег знања и вештина битних за адаптирано социјално функционисање су добродошле: активан спорт, рекреација (шетња, трчање, возња бицикла, ролера и скејтборда, извођење кућних љубимаца, коришћење паркова, шеталишта, базена, клизалишта...), плесне школе, музичке школе, тренинзи социо-емоционалних вештина, уметничке радионице, школске секције, Покрет Горана, Црвени крст, планинарска друштва, волонтерски рад у удружењима грађана и при конфесијама, филантропија поводом важнијих друштвених догађаја или сталне потребе за помоћи неким угроженим друштвеним групама итд.

Припадање групи са истим позитивним интересима може помоћи стицању самопоуздања, веће популарности међу вршњацима, стварању ширег круга пријатеља и познаника, као и прихватање понашања позитивних узора (који не морају бити само успешни и популарни спортисти, који постижу изузетне резултате захваљујући таленту, тренинзима, здравом начину живота, залагању читаве породице, али и изузетном одрицању од других важних животних постигнућа - већ и вршњаци који „само“ редовно похађају изабране рекреативне спортове и друге активности, макар и мењајући интересовања током живота).

Треба напоменути и да су истраживања показала да може постојати генски условљена смањена отпорност према алкохолу. Такође, постоје истраживања која потврђују наследну склоност алкохолу, уз врло рану и претерану склоност опијању, што проузрокује врло агресивно и поремећено понашање, које често води у сукоб са законом.

#### 1.2.4 Деловање алкохола

Алкохол делује на човека након конзумирања, тј. оралног узимања. Врло су ретке околности да се алкохолним масирањем коже проузрокује деловање алкохола. Алкохол доспева у крв ресорпцијом преко слузнице уста, ждрела, једњака и желуца. Највећа се количина алкохола ресорбује у слузници танког црева, преко бројних цревних ресица велике површине слузокоже.

Алкохол преко крви доспева у сва телесна ткива, а највише га ресобује јетра, мозак, бубрези и мишићи. Јетра је главни орган у коме се алкохол метаболише (разграђује), па је због тога при дуготрајној употреби алкохолних пића управо највећи ризик за настанак оштећења јетре. Разграђивањем алкохола у јетри уз помоћ фермената (ензима) разгради се око 90% попијеног алкохола. Остатак се излучи из тела путем бубрега, знојењем, испаравањем и издисањем. Мерењем концентрације у мокраћи или издахнутом ваздуху може се одредити и концентрација алкохола у крви.

Брзина ресорпције и ширења алкохола по организму зависи од више чинилаца. На то утиче јачина алкохолног пића, висина и тежина особе која пије, да ли се пије на празан или пун желудац, као и да ли се пиће конзумира одједном или у дужем временском размаку. Пиво је пиће с најмањим садржајем алкохола (2-6%), обично вино садржи 8-12%, домаћа жестока пића (ракија) 16-45%, коњак и виски 30-50%.

Највећа концентрација алкохола у крви налази се 30 до 60 минута након што се пиће попило. Деловање алкохола започиње врло брзо – већ неколико минута након испијања пића, алкохол је крвотоком доспео у различите органе и ткива. Ако се увече конзумира превелика количина алкохола коју организам није могао довољно да разгради, јутарње су последице поспаност, мучнина, главобоља, вртоглавица – укратко “мамурлук”.

Деловање алкохола обично се процењује степеном пијанства:

Лакше пијанство наступа при концентрацији од 0,5-1,5 промила алкохола у крви. Тада се опажају прва јасна деловања алкохола на нервни систем. Рефлекси су успорени, видно поље се сужава, смањује се снага, опадају пажња и концентрација као и моћ расуђивања. Смањује се критичност па се олако процењују околности и сувише слободно се улази у ризике. У многим земљама се управо доња граница концентрације алкохола у крви узима као дозвољена граница за возаче аутомобила – аматере. За професионалне возаче у крви не сме уопште бити алкохола.

При концентрацији алкохола од 0,5 промила особа често тврди да не примећује никакво деловање алкохола на властити нервни систем и понашање. Тек при концентрацији од отприлике 1 промила човек постаје припит са карактеристичним понашањем без страхова, кочница, спутаности и по правилу је весео и бољег расположења. Млади који нису навикли на алкохол почињу да осећају деловање и при нижим концентрацијама. Неке особе већ и након врло мале количине алкохола осећају се нелагодно, имају мучнину и уопште знаке неподношљивости алкохола.

Степен средњег пијанства наступа при концентрацији од 1,5-2,5 промила. Човек на том степену пијанства није у стању да контролише своје поступке и понашање, па су му реакције врло некритичне. Јављају се знаци агресивности, насилних радњи, непристојности и свадљивости. Могуће су радње или поступци због којих се касније кају и велики је ризик ступања у везу са непознатом особом због могућности последица полно преносивих болести.

Када концентрација алкохола у крви достигне 3 (2,5-3,5 промила) то се сматра стањем тешког пијанства. Особа је поспана, сужене свести, а деловање алкохола почиње да кочи поједине делове можда ног система. Настаје јак поремећај равнотеже, говор је отежан или потпуно неразумљив, често је повраћање или неконтролисано мокрење и пражњење црева. Након отрежњења особа се често не сећа својих поступака.



Ако се концентрација акохола повиси до 4 промила, долази до несвести и алкохолне коме, рефлекси се гасе а телесна температура се снижава испод нормале. При још већој концентрацији (5 промила) долази до парализе можданих центара који регулишу рад срца и дисање па и смрти коју понекад ни хитном болничком интервенцијом није могуће спречити. Наиме, не постоји брзо и делотворно средство које би смањивало концентрацију алкохола у крви и тако деловало као противотров.

У раној адолесценцији дечак или девојчица су се већ до извесне мере удаљили од родитеља, али још нису изградили довољно чврсте везе са вршњацима. Због тога могу да се осећају као да никуд не припадају и да се осећају веома усамљено и несигурно.

Нарочито је неопходно младе упозорити да је потребан крајњи опрез при доказивању колико ко може попити алкохола. Већ и неколико децилитара ракије испијене наискап, нарочито ако се комбинује са неким лековима или другим психоактивним супстанцама, може завршити смртоносно.

### 1.2.5 Последице алкохола

Постоје уврежене предрасуде о алкохолу:

Понекад се чују мишљења да алкохол садржи и одређени број калорија и да се може сматрати прехранбеном намирницом. Алкохол заиста има нешто калорија (један грам алкохола има 7 калорија), али се због свог деловања не сме сматрати храном нити прехранбеним артиклом. Више енергије уносимо правилном исхраном него било којом количином алкохолног пића.

Тврдња да радници на тешким физичким пословима боље раде након што нешто попију не доказује позитивно деловање алкохола. Напротив, само показује да су такви већ зависни о алкохолу те да им је “јутарња чашица” потребна због синдрома апстиненције након претходног дана. Без алкохолне зависности и уз правилну исхрану њихов би радни учинак био далеко бољи и већи.

Алкохол по правилу не повећава ни стваралачке ни интелектуалне способности. Сви наши таленти боље долазе до изражаја када смо трезни и одморни.

Алкохол додуше нешто олакшава међуљудски контакт, али он заправо само уклања почетну међуљудску нелагодност при сусрету делимично познатих људи, па нема разлога употребљавати га у уобичајено познатом друштву. Напротив, добро друштво се боље забавља без, него са алкохолом, а нарочито се могу избећи врећање и сукоби.

Деловање алкохола на рефлексе и способност расуђивања могу бити погубни ако се некритички седне за волан након доброг “веселја”. У просеку, три стандардна пића повећавају висину алкохола више од 0,5%, што значи не само саобраћајни прекршај и одузимање возачке дозволе, већ и врло велику могућност повређивања себе или друге особе.

Алкохол може довести до несреће у радном процесу, смањује радни учинак (успоравајући производњу или пружање услуга), чини је мање квалитетном, делује лоше на радну међусобну сарадњу и повећава изостанке и боловања.

Особа склона алкохолу троши неколико пута више средстава здравственог и пензионог осигурања (веће коришћење лекова, чешћа боловања, ранија инвалидност и одлазак у пензију). Алкохол је одговоран и за део превремених смрти.

Дуготрајним прекомерним коришћењем алкохола, особа зависна од алкохола оштећује и своје телесно, душевно и социјално здравље. Код људи који су зависни од алкохола могу се наћи сви степени различитих оштећења, од оних који се још увек могу излечити, до оних са непоправљивим последицама.

### 1.2.6 Алкохол и сопствено здравље

Постоје бројни докази да се код особа зависних од алкохола развија цироза јетре, која је тешка, хронична и неизлечива болест. Ако се након настанка болести не престане са конзумирањем алкохола, алкохолна цироза јетре може проузроковати и смрт.

Код ових особа развија се и хронична упала слезнице желуца, који се уочава губитком апетита, мучнином и поремећајем варења. Такође, честа компликација дуже употребе алкохолних пића јесте панкреатитис (упала гуштераче), која може бити и смртоносно обољење.

Прекомерно узимање алкохола повећава ризик од можданог удара, а утврђено је да се повећава ризик и од настанка злоћудних болести уста, ждрела, једњака, јетре, панкреаса па чак и дојке код жена.

Коронарна болест срца један је од водећих узрока умирања у европским земљама. Ризик прераног умирања од кардиоваскуларних болести није значајно изражен до педесете године живота, када се повећава. Сматра се да узимање ниских доза алкохола (једно пиће сваки други дан) може у тим добним групама имати одређени повољни учинак на настајање коронарне болести срца. Механизам деловања је утицај на метаболизам холестерола и тромбоцита. Насупрот, веће дозе алкохола ометају снабдевање срчаног мишића кисеоником и доприносе његовом оштећењу.

### 1.2.7 Алкохол и проблеми у друштву

Штетна деловања прекомерног узимања алкохола огледају се у бројним друштвеним односима, у породичном животу, на радном месту, одржавању пријатељства, образовању, запослењу и друго. При сталном узимању око 20 грама алкохола дневно, доказано је да 20% популације искуси два или више штетних друштвених проблема због алкохола. Сматра се да је то доза при којој се већ може говорити о зависности од алкохола.

Због последица које употреба алкохола проузрокује у саобраћају - постоји строга забрана коришћења алкохола код професионалних возача и готово сведена на минимум код осталих учесника.

### 1.2.8 Алкохол и здравље становништва

Аналза повезаности између индивидуалне навике конзумирања алкохола и индивидуалних ризика од прекомерног коришћења алкохола показује значајну повезаност са навикама пијења у популацији и смртности од цирозе јетре, алкохолне психозе, упале гуштераче и одређених малигних болести. Алкохол и опијање повезани су и са повећаним ризиком од незгода и насиља како према себи тако и према другима, покушајима самоубиства, породичног насиља као и криминалног понашања, укључујући разбојништва и силовања.

### 1.2.9 Развој проблема изазваних алкохолом

Зависност од алкохола углавном започиње тако што се експериментише са пробом малих количина алкохола. Након периода пробе, почиње навикавање на све веће количине алкохола. Алкохол постаје све потребнији и значајнији. У том се периоду повећава подношљивост алкохола до одређене (индивидуалне) границе. Низ година човек може задржати исту границу подношљивости алкохола. Опасност од развијања зависности повећава се сразмерно количини конзумираног алкохола и дужини конзумирања. Не може се са сигурношћу предвидети код које ће се особе развити зависност, а развој зависности почиње неприметно и за алкохоличара и за његову породицу. Често, тек када се догоди слом у његовим друштвеним односима и на радном месту, непосредна околина конструктивно реагује и препознаје зависност од алкохола. Дуготрајно узимање алкохола проузрокује оштећење читавог низа органа и праћено је тешкоћама у варењу (боловима, мучнином, проливом, недостатком апетита, поремећајем функције јетре и панкреаса), повишеним притиском, депресијом, чешћим повредама, сметњама при спавању и полном животу. У породицама особа зависним од алкохола изражена је посебна проблематика (приговарање, неслога, занемаривање, запуштање) а неизбежни су и сукоби на послу или у школи. Често долази до сукоба са законом, било због проузроковања саобраћајних незгода било поремећеним понашањем и кршењем друштвених правила ("реда и мира" итд.).

Зависност од алкохола настаје дугим низом година. За одрасле мушкарце прође и 10-15 година, али за жене и младе зависност је могућа и након 2 године прекомерног узимања алкохола. Зависност од алкохола може бити психичка и физичка. Код психичке зависности особа осећа сталну неумерену жеђ и обично не може контролисати количину попијеног алкохола све до тешког пијанства.

Након отрежњења могућа су краћа или дужа раздобља без алкохола, али чим попије макар и једну чашицу, није у стању да се контролише и заустави. Код физичких зависника апстиненција није могућа – они сваки дан морају конзумирати одређену количину алкохола. Чим им се концентрација алкохола у крви снизи, појављују се знаци апстиненцијалне кризе: осим мамурлука и општег лошег осећаја јављају се знаци телесне зависности од алкохола као знојење, напетост, тескоба, дрхтање, немир, раздражљивост, главобоља, мучнина, повраћање и депресивно расположење. Постоје и комбиновани облици зависности. Тада се обично најпре јавља психичка зависност на коју се надовезује физичка.

Развојем зависности смањује се и толеранција на алкохол па се након 2-3 чашице алкохола не може стати до опијања, које траје каткад и данима. Зависност проузрокује губитак контроле над узимањем алкохола, смањење подношљивости и трајну потребу организма за деловањем алкохола да би се избегли симптоми апстиненције. Наступа период када особа не може без алкохола због јаке телесне потребе.

У тој фази је потребна помоћ стручњака и активна одлука да се започне лечење. Савети и уопштене добре намере да се престане пити или да се пије мање више нису довољни ни делотворни.

Зависници од алкохола најчешће покушавају да неко време самостално прекину узимање алкохола, али у томе углавном не успевају. Обично је породични живот већ у дубокој кризи, јер пате и брачни друг (далеко чешће жена) и деца.

Оштећење организма алкохолом обухвата читав низ телесних система. Друштвене последице алкохолизма су поремећени ужи (породични) и шири (пословни, друштвени) односи, уз честе сукобе са законом. Алкохол проузрокује и оштећење читавог низа органа и система. Душевне последице уочавају се као поремећаји понашања (себичност, безобзирност, запуштање себе и породице, одабирање сличног друштва да би се ублажила грижа савести). У стању пијанства могуће су све комбинације пасивног и агресивног понашања са свим неугодним и понекад трагичним последицама.

У најтежим случајевима јављају се разне врсте суманутости ("лудила"), које настају као бурни испади у раним фазама алкохолизма или наступају касније те су дуготрајније и мирније у току. То су стања сумрачености уз дезоријентацију и немир, делиријум (привиђање мишева, пацова, змија или сличних животиња које привидно нападају и угрожавају). Јављају се халуцинације, потпуни поремећај доживљаја (болесна љубомора, неутемељене идеје прогањања), које резултирају агресивношћу према околини. Може се јавити и Корсаковљева болест (делимично пропадање многих душевних функција, уз нагласак на губитак памћења свежих догађаја) и коначно безумност-деменција која се изражава потпуним ишчезавањем препознатљивих црта личности, затајивањем способности схватања и расуђивања као и увида у своје стање.

### 1.2.10 Лечење и рехабилитација особа зависних од алкохола

Лечење особа зависних од алкохола у лакшим случајевима спроводи се амбулантно уз опсежне разговоре, психотерапију, породични приступ, савете, расправе, прегледе, антабус, контроле и паралелну рехабилитацију. Враћање у друштво започиње уз подршку породице преко клуба лечених алкохоличара и поступно укључује повратак у раније друштвено (и радно) окружење.

Ако амбулантни приступ није могућ (код особа са мањом мотивацијом за лечење или тежих облика зависности), тада лечење започиње у болничкој установи. То могу бити психијатријска одељења, интернистичка одељења општинских болница или клиника, клинике за психијатрију, посебни центри за лечење алкохолизма итд.

Лечење алкохолизма се спроводи стално, целодневно, користећи заједнички живот и групни соци-

отерапијски, психотерапијски и здравствено-васпитни поступак у приступу лечењу и ресоцијализацији. Користећи групни рад и заједнички живот пацијената на одељењу делује се у смислу обнављања и поновног прихватања довољно високих друштвених норми понашања у животу (тзв. социотерапијска заједница). Користи се самопомоћ и међусобна помоћ која омогућава поновно стицање самопоштовања и самопоуздања уз поступно смањивање вођења од стране терапеута.

Најважније је укључивање чланова породице, који морају помоћи у позитивном смислу – у мењању и алкохоличара и себе самих. То се постиже посебном, породичном, групном терапијом, која се недељно обавља око шест месеци, а као прелаз према рехабилитацији.

Завршна фаза поновног укључивања у друштво обавља се преко подручних “клубова лечених алкохоличара”. У тим клубовима особа зависна од алкохола се са својом породицом дружи и даље лечи, одгаја и усмерава за повратак у успешан породични и шири друштвени живот. Ови клубови, као место комшијског дружења (не даље од 10 минута од стана), уз могућност честих размена посета (у тренуцима одмора али и тешким тренуцима рецидива – могућег поновног пијанства), представљају пријатељску средину у којој се особе лечене од ове врсте зависности осећају добро и опуштено. Нарочито је важно што нема притисака за свакодневним пијанством, који су уобичајени у (обичној) друштвеној заједници. Минимално пожељан боравак у заједници клуба је 5 година. Тек потом је просечна особа лечена од зависности од алкохола довољно јака да се оснажена врати у друштвену заједницу, не само да рехабилитује себе већ и да мења став заједнице према пићу и према потрошњи алкохола.

### 1.3. ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОУПОТРЕБЕ ИЛЕГАЛНИХ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ (ДРОГА)

Ивана Радић  
Снежана Укротина

#### 1.3.1 Врсте и дејства илегалних психоактивних супстанци - дрога

Једна од често коришћених класификација дрога се базира на њиховом дејству, према којој се оне деле на психостимулансе, депресоре, халуциногене дроге и делиријанте, али неке ПАС имају комбиновано дејство.

**Психостимуланси** делују у две фазе. Прво краткотрајно активирају мозак, односно, повећавају физичку и психичку активност, а затим наступа дуготрајни период пада активности, када се особа осећа апатично, безвољно, депресивно и исцрпљено. У психостимулансе спадају неке од најчешће коришћених дрога, као што су кофеин и никотин, али и неке од најопаснијих дрога као што су амфетамини, кокаин и екстази. Од дрога из ове групе код нас је најчешће у злоупотреби екстази.

Екстази је нелегална вештачка дрога у облику таблете или праха у капсули, која се најчешће користи у клубовима, местима забаве и приватним журкама, а цена таблете на нелегалном тржишту, најчешће, није већа од цене 2-4 безалкохолна пића. У сленгу се користе називи ексер, I, X, Адам, roll... Таблете екстазија често на себи садрже утиснуте сличице (птице, јабуке, срца, пуме, делфина, спирале, знак Мерцедеса или Мицубишија...) а капсуле су различитих боја (најчешће плаве или беле) и величина. Горког је укуса а 1 таблета садржи 60-120мг активне супстанце (3,4 метилен-диокси-метамфетамин/MDMA). Често је помешан са другим супстанцама (MDA, MDEA, PMA, DXM, ефедрин, кофеин, талк) а неретко ни нема MDMA, или садржи супстанцу сличног али споријег дејства (PMA), па се дешава да особа узме још једну таблету и предозира се или памти погрешан утицај ове ПАС. Екстази делује као халуциноген и стимуланс, дајући осећај будности и енергије 20-90 минута након узимања, након чега следи врхунац од 15-ак минута и престаје за 4-6 часова од узимања. Осим што потенцира дејство норадреналина и допамина, екстази повећава и ниво серотонина, јер продужава његово дејство у синаптичкој пукотини. Под дејством екстазија неки људи постају дружељубивији (повећава



се осећај блискости са другим људима) и не осећају глад, али често данима након узимања имају проблем са спавањем, осећају се несрећно, депресивно (ово се дешава због исцрпљења неуротрансмитера серотонина, чије залихе се обнављају недељама - феномен се зове и "day after") или чак имају осећај да их неко прогони и осећају страх или интензивну тугу (то је одређена врста паничног напада која се понекад дешава, у сленгу се зове „crash” и понекад, по престанку дејства, узима се још једна таблета од страха од „креша”). Екстази повећава крвни притисак и убрзава рад срца, што може да доведе до престанка његовог рада. Екстази може проузроковати срчани удар, дехидрацију (губитак течности) и довести до колапса (губитак свести) услед отока мозга (едема). Због тога његови корисници често пију веће количине течности. Физички знаци узимања екстазија су: проширене зенице, замагљен вид, напетост мишића (посебно виличних), невољни покрети, тремор, презнојавање, повишена телесна температура, неконтролисано кретање очију (нистагмус), немир, убрзан рад срца...

**Депресори** су добили име по томе што доводе до депресије централног нервног система, ублажавају болове, смањују анксиозност (безразложан немир), успављују и генерално имају умирујуће дејство. У депресоре спадају алкохол, лекови за смирење и спавање, опијати (хероин, опијум, морфијум, кодеин) и опиоиди (метадон, тродон, валорон).

Из ове групе ПАС, код нас је, после алкохола, најчешће у злоупотреби хероин. Хероин је нелегална психоактивна супстанца која се прави од опијатског мака. Хероин обично мешају са другим супстанцама, тако да му јачина веома варира, услед чега постоји велики ризик од предозирања и смрти, а цена 1g током 2014. године на нелегалном тржишту, на подручју Новог Сада, била је око 20€. Особе зависне од хероина га убризгавају или пуше. Пошто је хероин депресор, он успорава рад мозга, срца и дисање. Кад дејство хероина престане, особа се осећа депресивно, уплашено, нервозно и реагује агресивно ако дуже није набавила дозу. Хероин брзо изазива јаку зависност (понекад и након првог узимања), а особа га некад небезбедно убризгавају, поспешујући ширење крвно-преносивих болести (ХИВ-а и хепатитиса). Код особа које још нису пристале на лечење, веома су корисни и програми "смањења штете" (harm reduction), који подразумевају поделу бесплатних игала, шприцева и кондома. Такође, саветује се и бесплатно, добровољно, поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ и хепатитисе (код нас доступно у ДПСТ саветовалиштима у Институту за јавно здравље Војводине, Заводу за здравствену заштиту студената Нови Сад и свим заводима за јавно здравље у земљи).

**Халуциногене** дроге мењају опажање и доживљај спољашњег света. Начин на који особа види, чује, осећа и доживљава ствари око себе потпуно је измењен. Ова средства изазивају видне, слушне и халуцинације додира, које у неким случајевима могу трајати сатима или данима. У ову групу дрога спадају ЛСД и магичне печурке. Поред чистих халуциногених дрога у ову групу се могу сврстати и дроге које имају комбиновано халуциногено и седативно дејство (марихуана) или халуциногено и стимулативно дејство (екстази).

Марихуана (или канабис) је најчешће коришћена дрога широм света. Добија се сушењем и млевењем било којих делова биљке (листова, стабљике, цветова или семенки) Индијске конопље (*Canabis sativa*). Смола из женских цветова биљке („хедова” листова) назива се хашиш. На илегалном тржишту се најчешће налази у виду зелених, смрвљених листова или тамно смеђих грудвица, која се пуши у свијутку сличном цигарети, који сленгом најчешће зову „џоинт“ или лули (пајп, наргила...). Дим је оштрог мириса, сличног запаљеном канапу и дуго се задржава у одећи и коси. У сленгу се користе називи: џоинт, трава, вутра, вуја, вутрица, ганџа, грас, Мери Џејн, домаћица, гуња, ултразување, вутрагења, шит, пот, џиџа. Марихуану најчешће мешају са дуваном. Марихуана је илегална у већини земаља и код нас, не може се купити у продавницама, а њеним поседовањем ризикује се хапшење исто као и за друге илегалне дроге.

Раширене су бројне предрасуде о легализацији марихуане. Наиме, у неколицини земаља у којима је она легална, често се то односи на могућност да се марихуана купи у ограниченим количинама и користи на, за то, законом строго одређеним местима/објектима, или у одређене сврхе (тзв. "медицинска употреба"), при чему се свака друга врста куповине и злоупотребе кажњава исто као и за друге врсте дрога. Марихуану неретко намерно деле дилери, трагајући за младима којима ће касније понудити

друге врсте дрога, а цена једног цоинта на подручју Новог Сада у 2014. години износила је око 60 динара (док је грам чисте марихуне варирао од 500 до 1000 динара). Активне супстанце су канабиноиди (више од 60), а најактивнији је тетрахидроканабиол (ТНС), који се дуго задржава у организму и може се открити у урину и након три недеље. Ово својство се користи за скрининг на злоупотребу марихуане путем анализе урина имунохроматографским тестовима, који су регистровани и у нашој земљи и могу се наћи у слободној продаји у апотекама. Марихуана делује халуциногено, поспешује заборавност и смањује концентрацију. Особе које користе марихуану делују поспано или се неконтролисао смеју на одређене мисли или идеје, а понекад осећају стрепњу, параноју или глад након престанка дејства. Особа која користи марихуану има следеће симптоме: црвенило очију, сувоћа уста, лоша координација покрета, неразумљив говор, пад крвног притиска, наглашено расположење (оно које је постојало пре употребе је интензивније). Дејство почиње након 2-5 минута и траје 1-5h.

**Делиријанти** изазивају поремећаје свести (делирантна стања) различитог трајања. Особа која се нађе у том стању је дезоријентисана у простору и времену, има халуцинације, погрешно препознаје лица и предмете око себе, што често представља застрашујуће искуство.

У ову групу спадају многи индустријски производи и производи за кућну употребу који садрже психоактивне испарљиве материје (инхаланти), који по карактеристикама могу бити: 1) испарљиви - лепак, боје, разређивачи, лакови, бензин, ацетон, бронза... 2) гасови – лакови за косу, дезодоранси, спрејеви... 3) медицински анестетици – етар, халотан, хлороформ... и 4) нитрити – амил нитрит /поперс/, бутил нитрит... Користе се удисањем а изазивају вртоглавицу, поспаност, мучнину. Дејство им траје 20-30 минута и често је слично дејству анестетика (успоравају психичке и физичке функције) или алкохолном пијанству. Постоји ризик да дође до оштећења чула мириса, крварења из носа, трајног оштећења мозга, депресије, болова у грудима, мишићима и зглобовима, проблема са срцем, замора и губитка апетита, пролива, гушења и изненадне смрти. Након узимања инхаланта особу може одаати јак мирис удисане супстанце, бледило усана и носа, проширене зенице, неразумљив говор, лоша координација покрета...

Посебно је значајно истаћи проблем таблетоманије, односно злоупотребе лекова. Свако самоиницијативно узимање лекова (без препоруке и редовне контроле лекара), које траје дуже од епизоде акутне болести или хроничне болести за коју је уобичајено узимање одређених лекова, буди сумњу на овај проблем. Најчешће се злоупотребљавају следеће врсте лекова: 1) лекови против болова (тродон, валорон, хептанон, метадон, долантин...); 2) лекови за смирење и против несанице/бензодиазепини (бенседин, бромазепам, лорам, деметрин, флормидал, нитрам, лекселијум...) и 3) лекови за Паркинсонову болест (артан, акинетон...). Таблете изазивају јаку физичку и психичку зависност и предозирање је један од најчешћих узрока покушаја и извршених самоубиства.

Према Европском извештају о дрогама из 2014. године (у издању Европског центра за праћење дрога и зависности од дрога - EMCDDA), током 2013. године у Систем раног упозоравања ЕУ пријављена је 81 нова психоактивна супстанца/ПАС, што је повећало број ПАС који се прати на више од 350, при чему су, због сумње да проузрокују знатну штету на нивоу ЕУ, покренуте формалне процене ризика за 2 ПАС током 2013. године и још додатне 4 до априла 2014. године.

### 1.3.2 Раширеност злоупотребе илегалних дрога

Све распрострањенија злоупотреба психоактивних супстанци представља веома озбиљан медицински и социопатолошки проблем савременог друштва, присутан од раније у готово свим земљама света. Условљена је деловањем одређених неповољних фактора из социјалног окружења на посебно предиспониране личности, уз присутну доступност психоактивних супстанци.

До пре неколико деценија постојао је релативно мали број дрога које су се злоупотребљавале и стварале зависност. Оне су углавном биле природног порекла. Од 50-тих година прошлог века па све до данас, наглим развојем фармацеутске индустрије, појавио се читав низ лекова и супстанци са психоактивним дејством. У илегалним лабораторијама широм света стварају се нове дроге са све бржим

и разорнијим дејством на нервни систем, које мењају стање свести, опажање, расположење, мишљење и понашање. Нарочито је опасан новонастали тренд конзумирања више илегалних дрога одједном или у комбинацији са алкохолом (политоксикоманија), што често може довести до тровања опасних по живот.

У свету је око 230 милиона одраслих, односно 5% светске популације, користило илегалне дроге бар једном у току 2010. године. Процењено је да је 1 од 20 особа старости 15-64 године у свету (230 милиона људи) користило дрогу бар једном годишње, 1 од 40 особа бар једном месечно, а 1 од 160 особа (27 милиона) користила дрогу на начин који озбиљно угрожава њено здравље. Најчешће злоупотребљаване дроге међу одраслим становништвом су канабис (2,6 - 5,0%), амфетамини (0,3 - 1,2%) и опиоди (0,6 - 0,8%). На глобалном нивоу употреба дрога није распрострањена равномерно. Генерално, највишу преваленцију (раширеност) употребе свих дрога имају Сједињене Америчке Државе. Значајно ниже преваленције злоупотребе дрога су у сиромашним афричким земљама и земљама Средњег Истока.

Према подацима Европског центра за праћење дрога и зависности од дрога (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) најчешће злоупотребљавана илегална дрога међу младим и одраслим Европљанима је канабис. Процењује се да је 80,5 милиона људи, односно 24% одраслих Европљана (15-64 године) бар једном у животу употребило канабис, 3% екстази и 4% амфетамине. Процењује се да 1% одраслог становништва у Европи свакодневно користи дроге.

Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD) представља колаборативну мрежу независних истраживачких тимова у више од 40 европских земаља и највећи је међународни пројекат истраживања злоупотребе психоактивних супстанци међу адолесцентима узраста 16 година на свету. Прво истраживање је спроведено у 26 земаља 1995. године, а 2011. године у 37 земаља. Према истраживању из 2011. године у просеку 21% младића и 15% девојака пробало је илегалне дроге бар једном у животу. Забележена злоупотреба дрога значајно се разликује међу земљама и креће се од 5% (Норвешка) до 43% (Чешка). Најчешће коришћена дрога међу младима је канабис. Земље у којима је висока преваленција злоупотребе канабиса углавном имају и високе преваленције злоупотребе других дрога, као и пушења. Злоупотреба дрога, пре свега канабиса, код ученика је расла до 2003. године, благо пала 2007. године и од тада остала на истом нивоу.

Основни извор информација о броју младих и одраслих људи који злоупотребљавају дроге у Србији представљају: Истраживања здравља становништва Србије из 2000, 2006 и 2013. године, ESPAD истраживања (пилот-студија 2005. године, националне студије – 2008 и 2011. године), Истраживање о коришћењу дрога у општој популацији - „Наркотици у Србији” (спроведено 2006. године у оквиру пројекта финансираног од стране Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије - GFATM) и „Национално истраживање о стиливима живота становништва Србије 2014. године: коришћење психоактивних супстанци и игара на срећу”. Сва досадашња истраживања, иако нису методолошки уједначена, указују на:

- пораст процената корисника психоактивних супстанци међу младима,
- снижење узраста на коме се догађа први контакт младих са психоактивним супстанцама,
- све већу учесталост коришћења две или више психоактивних супстанци заједно.

Према подацима Истраживања здравља становништва Србије из 2006. године, 14% младих узраста 15-29 година пробало је психоактивне супстанце и ова пропорција расте са узрастом (највећа је у групи 25-29 година - 20%, док је најмања у групи 15-19 година - 7%). Најмање младих који су пробали психоактивне супстанце је регистровано у Централној Србији (9%), затим у Војводини (17%), док је у Београду тај проценат највећи (23%). Најчешће коришћене психоактивне супстанце међу младима у Србији су таблете (бенседин, тродон, амфетамин) и марихуана. У односу на 2000. годину (9%) забележено је смањење броја младих узраста 15-19 година који су се изјаснили да су пробали дрогу (7%). Резултати истраживања здравља становништва Србије из 2013. године нису приказани у односу на исту добну групу, а преваленција злоупотребе илегалних дрога у години која је претходила истраживању износила је 1% међу становницима Србије узраста 15 и више година и то најчешће канабиса (0,4%), док је осталих испод 0,1%. Међутим, треба имати на уму да је веома тешко постићи репрезентативан



обухват корисника дрога у истраживањима овог типа (која примењују методологију национално-репрезентативног случајног узорка, тј. стратификованог двоетапног узорка са унапред познатом вероватноћом избора јединица узорка у свакој етапи узорковања), због њиховог специфичног стила живота. Осим тога, стопа одазива између два Истраживања здравља становника Србије (2006-2013. година) значајно се смањила.

Истраживање из 2012. године у Новом Саду, спроведено по ESPAD методологији, указало је да међу шеснаестогодишњацима у Новом Саду: 1) преваленција злоупотребе илегалних дрога икад током живота износила је 9% (11,0% младића и 7,0% девојака); 2) животна преваленција злоупотребе канабиса износила је 8,3%, средстава за смирење - 7%, а инхаланса - 4,4%; 3) младићи више злоупотребљавају све врсте ПАС изузев таблета за смирење, чија злоупотреба током живота је била раширенија код девојака (9% наспрам 6%); 4) као значајни предиктори за злоупотребу канабиса бар једном у животу издвојили су се (по редоследу значајности) – пријатељи/старија браћа/сестре који користе канабис, нижи ниво образовања мајке, пушење икад у животу, живот без оба биолошка родитеља, недостатак контроле од стране родитеља и свакодневно пушење код испитаника.

Први пут је 2014. године једно национално истраживање сагледало популациони ризик од специфичних болести зависности, као што су игре на срећу и коцка, међу одраслим становништвом доби 18-64 године. Према резултатима „Националног истраживања о стилевима живота становништва Србије 2014. године-коришћење психоактивних супстанци и игара на срећу”:

Апсолутно најзаступљенија игра на срећу је играње лутрије (лото, бинго, греб картице) – 54,6% одрасле популације је у току живота играло неки вид лутрије, 31,4% у току последњих годину дана и 17,3% у последњих месец дана.

- Спортско клађење је други најзаступљенији вид коцкања, коју је упражњавало 17,2% одрасле популације некад у току свог живота, 13,1% у претходних годину дана и 10% у току последњих месец дана.
- Други облици коцкања мање су заступљени. Слот машине у току живота играло је 5,5% одрасле популације и то је уједно и трећи најзаступљенији облик коцкања.
- Док је играње лутрије једнако заступљено у општој популацији и према полу и годинама, други облици коцкања заступљенији су међу мушкарцима. На пример, 91,5% оних који су се кладили у спортским кладионицама у претходних 12 месеци су мушкарци, најчешће узраста до 44 године старости.
- Укупно 3,7% популације у Србији је под одређеним ризиком од проблема услед коцкања, док је 1,1 – 2% под средњим или високим ризиком од проблематичног коцкања (односно имају проблем са коцкањем), од којих је 0,3 – 0,7% у високом ризику (патолошки коцкари).
- Процена је да у општој популацији у Србији, узраста 18-64 године, ризично коцкање је присутно код 51.000 – 93.000 особа, од којих су 14.000 – 33.000 патолошки коцкари.
- У највећем ризику од проблема са коцкањем су они који се коцкају на казино играма, слот машинама и online играма на срећу. Готово 50% од оних који су играли наведене игре у претходних годину дана су у неком ризику од проблема са коцкањем.
- Међу интензивним корисницима супстанци, као и код неких који се коцкају и играју игре на срећу, уочен је виши ниво психолошког дистреса – нарочито присутан међу свакодневним корисницима седатива, корисницима канабиса, казина и слот машина.

### 1.3.3 Популација под ризиком за злоупотребу дрога

Иако се злоупотреба дрога јавља у свим старосним групама и међу људима различитог материјалног стања, високи нивои злоупотребе међу младима највише забрињавају.

Адолесценција је период који представља прелазак детињства у зрелост и карактерише се дубоким променама везаним за биолошки раст, сексуално, емотивно, психосоцијално и когнитивно сазревање са развојем апстрактног мишљења. Ово је важан период за фомирање ставова и њихово усвајање. Посебно је значајно формирање искуствених ставова према употреби психоактивних супстанци и алко-



хола, као и према осталим облицима социјално-патолошког понашања. У складу са тим, младе особе успостављају контролу над сопственим животом, доносе одлуке и сnose последице сопствених одлука и понашања.

Истраживања показују да критични периоди за злоупотребу дрога настају током великих промена у животу детета. Ове промене подразумевају значајне промене у физичком развоју (пубертет) или у социјалним ситуацијама (пресељење или развод родитеља), када су деца вулнерабилнија према проблематичном понашању. Прва велика промена за децу је напуштање сигурности породице и полазак у школу. Тада се деца суочавају са новим образовним и социјалним ситуацијама, као што је уклапање у већу групу вршњака и већа очекивања у школи. Затим, када крену у средњу школу, младе особе се сусрећу са додатним социјалним, психолошким и образовним изазовима. Управо у овом периоду ране адолесценције постоји већа вероватноћа сусретања са употребом дрога по први пут. У исто време, може им бити доступнија дрога, веће је присуство особа које користе дрогу и социјална дешавања у којима може бити присутна дрога. Сви ови изазови могу повећати ризик за употребу алкохола, дувана и других дрога.

Научници су предложили неколико хипотеза које објашњавају зашто поједине особе пробају дроге, што касније доводи до њихове злоупотребе. Једно објашњење је да је узрок биолошки, као што је позитивна породична анамнеза о коришћењу дрога или алкохола, што може предиспонирати једну особу за злоупотребу дрога. Друго објашњење је да употреба дрога може довести до повезивања са вршњацима који употребљавају више дрога, што особу додатно излаже другим дрогама. У суштини многобројни фактори су укључени. У великом истраживању спроведеном на националном узорку у САД у 2004. години истакнути су следећи разлози због којих адолесценти злоупотребљавају супстанце:

- притисак вршњака,
- неспособност да сагледају краткорочне и дугорочне последице свог понашања,
- заблуда да могу да реше све проблеме, укључујући и оне које настају због злоупотребе супстанци,
- емоционални поремећаји, као што је депресија, коју лече алкохолом и/или илегалним дрогама,
- хиперкинетски поремећај (ADHD), са којим се адолесценти носе употребљавајући алкохол и/или дроге,
- не верују да постоје ризици и опасности повезани са употребом дрога (као што су стварање зависности, тешки нежељени ефекти, губитак контроле) и
- лажни осећај сигурности и бесмртности.

Од свих популационих групација, према званичним подацима здравствене статистике, у групацији младих се региструје најнижа стопа разболевања и умирања. Међутим, најновија истраживања у Србији (УНИЦЕФ, СЗО, UNFPA-United Nations Population Fund) откривају генерацију младих чије је здравље угрожено. Резултати ових истраживања указују на то да су водећи ризици по здравље младих све већа злоупотреба дувана, алкохола, опојних дрога и висок ниво повреда. Такође, здравствено стање младих карактерише и лоше ментално здравље, са све вишом стопом поремећаја понашања, болести зависности, депресије и самоубиства, као и ниска стопа контрацептивне заштите са све већим порастом сексуално преносивих инфекција.

### 1.3.4 Последице злоупотребе дрога

Злоупотреба дрога довела је савремено човечанство до озбиљних последица које угрожавају здравље становништва, породицу и друштво. Утицај дрога на друштво је разарајући, изазива пораст криминала, деликвенцију, проституцију, незапосленост, бескућништво и сиромаштво.

Нездраве животне навике које се формирају у младости значајно утичу на здравље младих особа у краткорочном и дугорочном смислу. Употреба психоактивних супстанци је посебно забрињавајуће ризично понашање у адолесценцији, како због своје велике распрострањености, тако и због несагледивих последица које оставља на психолошко, социјално и физиолошко функционисање младих особа. Треба нагласити да је чак и само испробавање психоактивних супстанци, иако се поне-

кад сматра безазленим, заправо изузетно опасно, јер представља увод у све касније фазе - прекомерну употребу, злоупотребу и зависност. Понављана употреба психоактивних супстанци ремети нормално био-психо-социјално сазревање младе личности, а често доводи до соматских, неуролошких и психијатријских поремећаја.

Дроге су директно или индиректно повезане са низом негативних здравствених и социјалних последица, које настају како због употребе дроге, али и начина живота који корисници дрога воде. Здравствене последице могу настати како због начина уношења дрога, тако и због њиховог ефекта. Употреба дрога са собом носи повећани ризик од намерних и случајних повреда и настанка хроничних болести. Сваки вид употребе дроге (акутни, редовна употреба, зависност) је повезан са поремећајима у функционисању у свим областима живота, зависно од трајања, фреквенције и интензитета употребе дроге. Посебан ризик по здравље без обзира на дрогу која се користи, за особе које убризгавају дроге, представљају инфективне болести, укључујући ХИВ, хепатитис Б и Ц. Процењује се да је око 19% ињектирајућих корисника дрога широм света заражено вирусом ХИВ-а, 47% вирусом хепатитиса Ц и 14% хепатитиса Б. Према проценама истраживања из 2008. године у Србији, у популацији ињектирајућих корисника дрога проценат инфицираних ХИВ вирусом је низак, али је инфицираност вирусом хепатитиса Ц висока и креће се од 45% до 69%.

Морталитет (смртност) је виши код особа које имају проблем са дрогама него у општој популацији. Смртност проузрокована илегалним дрогама је најчешће превремена и превентабилна (може се спречити). Процењује се да су илегалне дроге одговорне за 1 од 100 смрти одраслих особа на светском нивоу. Број смрти због употребе дрога је нагло порастао у Европи током 80-тих и раних 90-тих година 20. века и остао је на високом нивоу. Између 2000. и 2003. године у већини земаља Европске Уније дошло је до пада броја смрти, да би од 2003-2008/09. дошло до пораста, а затим стабилизације. Већина земаља које имају mortalитет изнад просека Европске Уније су на северу Европе, док су земље са mortalитетом испод просека на југу Европе. Употреба опијата је посебно повезана са смрћу због предозирања, а на величину проблема указује податак да у последњој деценији у Европи у сваком сату настане једна смрт због предозирања. Међутим, важно је истаћи да дуготрајни корисници дрога имају већи ризик да умру и од других узрока као што су болести органа, самоубиства, несреће и повреде<sup>9</sup>. У нашој земљи подаци о дрогама као узроку смртности су непотпуни, с обзиром на то да је дрога наведена као узрок смрти у само 0,2% укупне смртности. Тако мали број је свакако показатељ неуједначене методологије пријављивања правих узрока смрти, било због препознавања, било из других разлога.

Дроге скоро увек изазивају психичку, а у неким случајевима и јаку физичку зависност (хероин, метадон, тродон, алкохол и лекови за смирење и спавање)<sup>3</sup>. Амерички Национални Институт за борбу против злоупотребе дрога је 1994. године објавио резултате да око 9% свих особа које пробају марихуану постану зависни од ове дроге, 32% особа након пробања дувана постану зависни од дувана, 23% од хероина, 17% од кокаина, 15% од алкохола и 9% од хипнотика и седатива.

Око 90% зависника почиње да користи дроге у периоду адолесценције. Болести зависности имају хроничан ток и доводе до тешких поремећаја психичког и телесног здравља младих, односно угрожавају или заустављају њихов нормалан психо-физички развој. Изразито је угрожена и њихова социјална позиција и позиција њихових породица, а самим тим и безбедност друштва.

Једно од најконтроверзнијих питања у области злоупотребе ПАС јесте утицај марихуане на здравље. Национални Институт за борбу против злоупотребе дрога САД-а наводи следеће последице злоупотребе марихуане:

- акутне (присутне током интоксикације)
  - поремећај краткотрајног памћења
  - поремећај пажње, расуђивања и других когнитивних функција
  - поремећај равнотеже
  - убрзавање рада срца
  - психотичне епизоде
- дуготрајне (трају дуже од интоксикације, али не морају бити трајне)
  - поремећај памћења и способности учења

- поремаћај сна
- дугорочне (кумулятивни ефекти хроничне злоупотребе)
- зависност
- повећан ризик за настанак бронхитиса
- повећан ризик за настанак шизофреније код осетљивих особа
- повећан ризик за настанак депресије, анксиозности и амотивационог синдрома.

Поред тога, марихуана се повезује са ризиком за настанак карцинома плућа и других малигних тумора респираторног система јер садржи иритансе и карциногене, чак 70% више од дуванског дима. Противници легализације марихуане истичу улоге марихуане као дроге која повећава ризик за употребу других илегалних супстанци, као што су кокаин, хероин и друге много озбиљније дроге. Истраживање спроведено међу 45.000 особа узраста 15-25 година је утврдило да корисници марихуане имају 5 пута већу вероватноћу да им се понуди кокаин и 15 пута већу вероватноћу да пробају кокаин када им се пружи прилика.

У нашој земљи нема свеобухватне анализе о економским губицима због злоупотреба дрога. Према подацима Уједињених Нација злоупотреба дрога представља значајно финансијско оптерећење за друштво. Процењује се да би за трошкове лечења стања повезаних са злоупотребом дрога било потребно 200-250 милијарди долара (0,3-0,4% глобалног бруто друштвеног производа/БДП). Међутим, стварни трошкови су значајно мањи јер се лечи тек свака пета особа којој је потребно лечење. Утицај илегалних дрога на продуктивност друштва је још већи.

### 1.3.5 Фактори који утичу на злоупотребу дрога

Теорије које у описивању природе злоупотребе психоактивних супстанци у адолесценцији полазе од само једне категорије чинилаца који доприносе оваквом понашању младих, не успевају у целости да објасне ову појаву, с обзиром да је она сложене природе и да у њеном настајању учествују бројни друштвени и индивидуални фактори. У том смислу, најобухватнијим и најадекватнијим су се показали интегративни теоријски модели описивања разлога злоупотребе психоактивних супстанци у адолесценцији, који истовремено полазе од разматрања утицаја више категорија чинилаца који потичу из друштвеног контекста, као и индивидуалног домена. У овим интегративним теоријским моделима у разматрање се узимају релативно сличне групе спољашњих - социјалних чинилаца (утицај породице, школе, вршњака, доступност психоактивних супстанци у социјалној средини, утицај средстава масовног информисања) и унутрашњих - психолошких фактора (особине личности, емоционална стања) за које се претпоставља да делују на појаву ризичног понашања адолесцената.

У последње две деценије многобројне студије су покушале да утврде корене и путеве злоупотребе дрога и зависности, тј. како проблем почиње и како се развија. Утврђени су многобројни фактори на основу којих се могу идентификовати особе које ће вероватније од других особа користити дрогу. Фактори који су удружени са већом вероватноћом злоупотребе дрога се називају фактори ризика, док се они који су повезани са мањом вероватноћом употребе дрога називају протективни фактори. Протективни фактори ублажавају утицај фактора ризика. Они балансирају и ублажавају негативне утицаје фактора ризика и на тај начин смањују вероватноћу злоупотребе супстанци у разним развојним фазама. Истраживања показују да су фактори ризика утицајнији од протективних фактора, као и да фактор ризика за једну особу не мора бити и за другу особу.

Данас су познати многи фактори ризика (понашања и стања) који утичу на злоупотребу супстанци. Они се јављају у различитим доменима живота, на различитим нивоима и времену.

На индивидуалном нивоу фактор ризика може бити нека демографска (узраст -adolесценција) или социоекономска карактеристика (ниски приходи), понашање или погрешно тумачење информација.

На нивоу породице ризик се може односити на низак ниво образовања мајке, неконзистентну дисциплину или недостатак тоpline у породици.

На другим нивоима ризик је присуство других који користе дроге, недостатак социјалне подршке, ниска достигнућа у школи, или политика заједнице која ограничава приступ различитим видови-

ма бриге и заштите. Другим речима, ризик може бити присутан на свим нивоима, а неки фактори јаче утичу од других.

У Водичу за превенцију дрога код деце и адолесцената Националног Института за борбу против злоупотребе дрога САД, фактори ризика и протективни фактори подељени су у 5 домена (табела 2). Поједини фактори ризика и протективни фактори су искључиви, односно присуство једног значи да је други одсутан. На пример, на индивидуалном нивоу рано агресивно понашање (фактор ризика) искључује постојање контроле импулсивности (протективног фактора). Протективни и фактори ризика могу бити и независни један од другог, као што је то на пример у домену вршњака, школе и заједнице.

Табела 2. Протективни и фактори ризика за злоупотребу дрога

Фактори ризика	Домен	Протективни фактори
рано агресивно понашање	индивидуални	самоконтрола
недостатак родитељског надзора	породица	надзор родитеља
злоупотреба супстанци	вршњаци	академски успех
доступност дрога	школа	политика усмерена на превенцију злоупотребе дрога
сиромаштво	заједница	блиске везе са окружењем

Извор: National Institute on drug abuse. Preventing drug use among children and adolescents - A research based guide for parents, educators and community leaders. Bethesda: NIDA, 1997.

### Индивидуални домен

Неки фактори ризика могу се приметити од раног детињства. Сам темперамент детета може представљати фактор ризика за злоупотребу дрога. Повучени или агресивни дечаци често имају проблеме у интеракцији са породицом, вршњацима и другим особама у социјалном окружењу. Ово може довести до одбацивања од стране вршњака, кажњавања од стране наставника и лошег успеха у школи, а даље до настанка ризичних понашања за злоупотребу дрога, као што је бежање из школе и дружење са вршњацима који користе дрогу. Пол такође одређује начин на који појединци реагују на факторе ризика. Многе студије су показале да је злоупотреба психоактивних супстанци заступљенија међу дечацима. Истраживања у породицама показују да девојчице у адолесценцији позитивније реагују на подршку и дисциплину родитеља, док дечаци понекад реагују и негативно. Истраживања о раним ризичним понашањима у школи показују да су агресивно понашање код дечака и тешкоће са учењем главни узроци лоших односа са вршњацима. Ови лоши односи могу довести до социјалног одбацивања, лошег искуства у школи и проблема понашања, укључујући и злоупотребу дрога.

### Домен вршњака

Вршњаци у адолесценцији представљају изузетно значајне изворе социјализације, с обзиром на то да они у овом узрасту важе за доминантне моделе усвајања различитих норми, вредности и понашања, те је због тога употреба психоактивних супстанци код младих у највећој мери одређена вршњачким моделима. Поједине студије о утицају родитеља и вршњака на употребу дрога су показале да вршњаци имају већи утицај на употребу дрога него родитељи.

Иако се често превиди, пријатељство може такође имати значајну протективну функцију, у супротности са популарном сликом да су пријатељи извор девијантног утицаја, јер вероватно је и да пријатељи који избегавају ризична понашања подстичу једни друге на здраве изборе.

### Домен породице

Породица је изузетно значајна за формирање ставова и понашања. Она има директни и индиректни утицај на злоупотребу дрога. Индиректно делује утичући на избор пријатеља или ублажа-



вањем утицаја сиромаштва у локалној заједници. Родитељи се сматрају најзначајнијом заштитом од коришћења психоактивних супстанци јер утичу на формирање здравих понашања, постављају границе и надгледају активности адолесцената и на тај начин спречавају коришћење супстанци. Они обезбеђивањем структуре и постављањем граница указују адолесцентима шта је прихватљиво понашање. У супротности са овим, слаб надзор од стране родитеља је повезан са коришћењем супстанци и деликвенцијом. Поред обезбеђивања структуре и супервизије, родитељи помажу адолесцентима уколико су физички и емотивно доступни за њих у свим ситуацијама.

Период адолесценције је изузетно осетљив на дисфункционалност и негативну динамику породице. Породице у којима постоје обрасци девијантног понашања имају велики утицај на усвајање оваквог понашања и идентификацију адолесцената према родитељу који показује такво понашање. Од посебног значаја за злоупотребу психоактивних супстанци су породични односи. Скоро сва социопатолошка истраживања указују на поремећене породичне односе. По социолошком становишту главни узроци злоупотребе марихуане и других психоактивних супстанци налазе се у променама вредносних система друштва и породице и динамике савремене породице. Савремена породица разликује се од класичне по томе што су њени чланови у сталној трци за зарадом, стицањем душтвеног признања и угледа. Родитељски однос према деци све више карактерише улога материјалног, а све мање емотивног и моралног ослоња. Због емоционалне ускраћености, млади осећају велику празнину у свом душевном животу и у трагању за смислом постојања и својим идентитетом, уместо породици окрећу се спољним (“уличним”) ауторитетима (често негативним херојима). Истраживања показују да адолесценти који не живе са оба биолошка родитеља и деца разведених родитеља имају виши ризик да развију нездраве стилове живота. Поред тога, дисфункционална породица појачава негативан утицај вршњака.

#### **Домен школе**

При поласку у школу родитељи настављају да имају значајан утицај на децу, али тада на развој детета почињу да делују и други фактори, као што су односи са наставницима, вршњацима, прилагођавање школи. Добар успех у школи има протективно дејство у односу на нездрава понашања, док рани неуспех у школи и слаба посвећеност школи представљају факторе ризика који делују од раног детињства. Истраживања су показала да деца узраста 7 до 9 година са slabим успехом у школи и неадекватним социјалним понашањем имају веће шансе да користе дрогу када буду имала 14 или 15 година.

#### **Домен заједнице и друштва**

Индивидуа се не може посматрати одвојено од своје околине и утицаја који она има на њега. Норме, вредности, понашање других људи и доступност дрога значајно утичу на понашање једне особе.

У етиопатогенези наркоманије и других болести зависности друштвени чиниоци су многоструки и од изузетног значаја. Културални и друштвени ставови могу да делују подстицајно ако одобравају употребу психоактивних супстанци. У земљама Далеког истока дозвољена је употреба марихуане и опијума, а у западном свету алкохолних пића. Ретке су земље, као што је Јапан, Тајван, Сингапур, које су стриктном политиком контроле дрога успеле да сузбију њену злоупотребу и њене опасне последице. Закони и норме усмерени против употребе супстанци изузетно су значајни протективни фактори за коришћење супстанци.

Према подацима EMCDDA, основни узроци за многу децу која се суочавају са проблемима злоупотребе алкохола и дрога су сиромаштво и социјална искљученост. Други значајни фактори су дезорганизација заједнице, висок ниво употреба дрога у заједници, позитивна слика о употреби дрога у медијима и незапосленост одраслих.

Фактори ризика утичу на злоупотребу дрога на неколико начина. Они могу бити адитивни: што је дете изложено већем броју фактора, то је вероватније да ће почети да користи дрогу. Неки фактори ризика су изузетно снажни, али не морају да утичу на употребу дрога уколико се не остваре одређени услови. На пример, позитивна породична анамнеза о злоупотреби дрога ставља дете у повећани ризик за злоупотребу дрога. Међутим, средина у којој вршњаци не користе дрогу и која има снажне норме против дрога утицаће на такав начин да ће бити мала вероватноћа да дете користи дрогу. Присуство бројних протективних фактора може умањити утицај неколико фактора ризика. На пример, снажан

протективни фактор је подршка породице и њено укључивање који може смањити утицај јаких фактора ризика, као што су вршњаци који користе дрогу. Значајан циљ превенције је да промени баланс између протективних и фактора ризика тако да протективни фактори надјачају факторе ризика.

Данас се сви слажу да је наркоманија мултифакторијално условљена биолошким, социолошким и психолошким чиниоцима.

### 1.3.6 Превенција злоупотребе дрога

Превенција злоупотребе дрога је свака активност која има за циљ спречавање или смањење употребе дроге и/или њених негативних последица у општој популацији или њеним деловима, укључујући и спречавање или одлагање почетка употребе дроге, промоцију престанка употребе, смањење учесталости или количине употребе, спречавање прогресије у штетније образце употребе и спречавање и смањивање негативних последица употребе. Превентивне активности могу бити усмерене на циљану популацију (ученици, млади преступници), могу се спроводити у различитим окружењима (заједница, школа, породица), могу користити различите методе, бити различитог садржаја (пружање информација, вежбање животних вештина) и могу бити једнократне или дуготрајне активности. Даље, активности могу да се односе директно на дроге или да промовишу здравље и охрабрују људе да направе здраве изборе, те стога индиректно спречавају или смањују злоупотребу дрога.

У превенцији злоупотребе психоактивних супстанци постоје 2 основна приступа:

1. превенција начина понашања појединца (приступ усмерен ка индивидуи)
2. превенција утицаја окружења (политика и законски прописи).

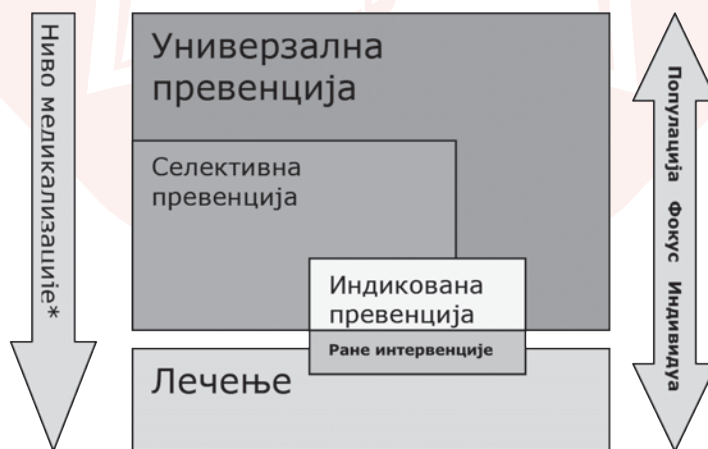
Данашњи научни став је да комбинација превенције начина понашања појединца и утицаја окружења показује најбоље ефекте.

Неколико деценија је била општеприхваћена класификација здравствених интервенција на примарну, секундарну и терцијарну превенцију. Примарна превенција има за циљ да смањи ризике и спречи настанак нових случајева, секундарна превенција смањује штету у раним фазама поремећаја, док је терцијарна превенција усмерена на дугорочне последице и секвеле.

Данас се превенција, у зависности од процене вулнерабилности (и ризика) популације на коју је усмерена, дели на:

1. Универзалну,
2. Селективну и
3. Индиковану превенцију (шема 1).

Шема 1. Универзална, селективна, индикована превенција и лечење



Извор: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.

### 1.3.6.1 Универзална превенција - интервенције усмерене на популацију

Стратегије ове превенције усмерене су на целокупну популацију (нпр. на локалну заједницу, популацију ученика одређеног узраста и сл). Циљ универзалне превенције је да спречи или одложи почетак употребе дроге, пружајући све неопходне информације и вештине. Ове интервенције су усмерене на велике групе, без претходне процене ризика за употребу дрога и претпоставља да су сви чланови популације под истим ризиком да користе дрогу, иако ризик значајно варира између појединаца.

У свим европским земљама се спроводи универзална превенција у школама, мада у различитом облику и различитог садржаја. Програми превенције злоупотребе дрога у школама имају за циљ развијање:

- личних вештина - доношење одлука, сналажење, постављање циљева;
- емоционалних вештина - способност препознавања и разумевања емоција, проширење емоционалног речника, ширење опсега превладавања аверзивних осећања итд;
- социјалних вештина - асертивност, отпор на притисак вршњака, редукција импулсивности, конструктивно решавање конфликта и сл;
- знања - о дрогама и последицима узимања, доступним облицима лечења, рехабилитације и социјалне реинтеграције итд;
- ставова - посебно исправљање заблуда о вршњацима који користе дроге.

У зависности од циља, постоје следећи типови превентивних програма у школама:

- програми који имају за циљ развијање животних вештина (развој способности за одлучивање, савладавање анксиозности и стреса, учење и развој друштвених способности, развој практичних вештина за смањење притиска);
- програми који имају за циљ развој личних особина (сагледавање вредности, способности постављања животних циљева, изградња самопоуздања);
- програми који садрже социјалну компоненту;
- програми који су базирани на информацијама (информативни и медијске кампање) и
- програми за родитеље.

Други вид универзалне превенције су превентивне активности у породици. Превентивне активности у породици које се тренутно спровode у европским земљама су фокусиране углавном на пружање информација. Интензивни тренинзи за породице, иако веома ефикасни, су доступни у малом броју земаља.

### 1.3.6.2 Селективна превенција - интервенције усмерене на вулнерабилне групе

Селективна превенција је усмерена на групе које имају виши ризик за злоупотребу дрога, било просечни, у датом тренутку, или током живота. За идентификацију виших нивоа вулнерабилности користе се социјални и демографски индикатори. Често повећана вулнерабилност за злоупотребу дрога може да потиче од социјалне искључености (млади преступници, деца ван школског система, ученици са лошим успехом у школи). Програми селективне превенције су усмерени на посебне групе (нпр. етничке мањине, млади из сиромашних средина, млади преступници, вулнерабилне породице) или одређена окружења (нпр. места за ноћне изласке, фавеле). Главна предност фокусирања на вулнерабилне групе је та што су они већ идентификовани на многим местима и у различитим контекстима.

### 1.3.6.3 Индикована превенција - интервенције усмерене на појединце

У индикованој превенцији код особе се спроводи скрининг, процена и дијагностика стања која повећавају ризик за употребу дрога (нпр. поремећај пажње или понашања). Циљ не мора обавезно да буде спречавање употребе дрога, већ спречавање настанка зависности, смањивање фреквенције зло-

употребе или превенција прогресије у штетније обрасце злоупотребе дрога (нпр. убризгавање). Особе са повишеним ризиком могу бити деца која понављају разред, деца која су се отуђила од родитеља или деца са поремећајима понашања. Рад са овом децом захтева мултисекторску сарадњу просветних, здравствених, социјалних и различитих служби за младе, почевши од детињства. Програми индиковане превенције, иако нису бројни, су боље дизајнирани и оцењени у односу на универзалне и селективне и често су ефективнији.

Фактори ризика и протективни фактори су постали значајни концепти у превенцији. Фактори ризика повећавају вероватноћу неповољног исхода, док протективни фактори или смањују шансе за неповољан исход или повећавају шансе за повољан исход. Значајан циљ превенције је да промени баланс између протективних и фактора ризика тако да протективни фактори надјачају факторе ризика.

Основни принципи превенције употребе дрога су:

- Превентивни програми треба да ојачају протективне факторе и смање факторе ризика, узимајући у обзир следеће:
  - ризик да неко постане корисник дрога зависи од утицаја бројних различитих протективних и фактора ризика;
  - потенцијални утицај специфичних протективних и фактора ризика се мења са узрастом (нпр. ризични фактори у породици имају већи утицај на млађе дете, док је дружење са вршњацима који користе дроге значајнији фактор ризика у адолесценцији);
  - ране интервенције усмерене на факторе ризика (као што су агресивност и слаба самоконтрола) често имају већи утицај од каснијих интервенција, јер мењају животни пут детета у смеру позитивног понашања и удаљавају га од проблема;
  - иако протективни и фактори ризика могу утицати на људе свих групација, ови фактори имају различит утицај зависно од старости, пола, етничке припадности, културе и средине.
- Превентивни програми треба да буду усмерени на све врсте злоупотребе дрога, појединачне или у комбинацији, укључујући и употребу дувана и алкохола у узрасту када то није легално, усмерени на неадекватну употребу легално доступних супстанци (нпр. инхаланси) и лекова.
- Превентивни програми треба да се односе на специфични тип проблема употребе дроге у локалној заједници, да буду усмерени на променљиве факторе ризика и да јачају идентификоване протективне факторе.
- Да би се унапредила ефективност програма они треба да буду усмерени на специфичне факторе ризика у одређеној популацији у погледу старости, пола, етничке припадности.

Узимајући у обзир чињеницу да многобројни фактори утичу на настанак злоупотребе дрога превенцију не може спровести само један друштвени сектор или професија. Политике које се односе на образовање, бригу о деци, запошљавање, унапређење услова становања, једнакост и социјалну инклузију имају велики утицај на функционисање појединаца. Ефективне политике и праксе захтевају да различити сектори и организације раде заједно.

### 1.3.7 Правни оквир превенције злоупотребе дрога

Национални и интернационални приступи у одговору на изазове злоупотребе илегалних дрога су различити. Владе и интернационалне организације спроводе низ мера усмерених на спречавање снабдевања илегалним дрогама кроз законску регулативу, ефикасну примену закона, уништавање постројења за производњу и усева. Друге мере утичу на смањење потражње, усмерене директно на потенцијане кориснике, и подразумевају едукацију и ширење информација путем различитих медија (радио, телевизија, интернет, постери и др) и интервенције усмерене на смањење придружених штетних утицаја на здравље (нпр. кроз програме замене игала или супституциона терапија). Европска стратегија о дрогама и Акциони план за 2005-2012. Годину, као и наставак ове стратегије, су базиран на овом “балансираном приступу” и имају два поља деловања: смањење снабдевања и потражње.



У нашој земљи је 2009. године усвојена Стратегија за борбу против дрога у Републици Србији и Акциони план за период 2009-2013. година.

Општи циљ стратегије је унапређење и очување здравља становништва смањењем коришћења дрога и штетних последица проузрокованих злоупотребом дрога. Овом стратегијом обухваћена су следећа подручја деловања:

- координација свих одговарајућих служби, институција и организација на националном и локалном нивоу
- смањење понуде дроге
- смањење потражње дроге
- информисање, истраживање и евалуација
- међународна сарадња.

Смањење понуде дрога подразумева ефикасне и одговарајуће мере у циљу смањења производње, трговине и дистрибуције дрога и спречавање незаконите трговине и коришћења прекурсора (супстанции које могу да се користе у недозвољеној производњи опојних дрога и психотропних супстанци), спречавање организованог криминала и „прања новца“ стеченог у трговини дрогама. На подручју смањења понуде дрога спроводи се низ активности разних субјеката, наручито полиције и царине.

Смањење потражње дрога представља скуп свеобухватних мера и активности које имају за циљ смањење броја корисника дрога, смањење социјалних и здравствених последица коришћења дрога и помоћ у реинтеграцији бивших зависника у друштво. Смањење потражње укључује:

- примарну превенцију
- рано откривање и ране интервенције
- лечење
- рехабилитацију и социјалну реинтеграцију
- програме смањења штетних последица коришћења дрога.

Примарна превенција има за циљ промовисање живота без дрога и спречавање коришћења дрога, наручито код младих. Примарна превенција подразумева: промовисање здравих стилова живота без употребе дрога, подизање нивоа свести појединца и друштва о ризицима од дрога, смањење броја нових корисника дрога и мобилисање заједнице у борби против дрога.

У оквиру Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине као један од приоритетних проблема здравствене заштите адолесцената наведена је и употреба легалних и илегалних психоактивних супстанци. У Уредби је у оквиру циља „Очување и унапређење здравља адолесцената од 10 до навршених 18 година“ дефинисан специфични циљ који се односи на превенцију употребе и злоупотребе дувана, алкохола и илегалних психоактивних супстанци, адекватно лечење адолесцената који злоупотребљавају или су зависни од психоактивних супстанци, умањивање ефеката употребе психоактивних супстанци. Предвиђено је да се овај специфични циљ оствари кроз следеће активности:

1. Едукација здравствених радника и здравствених сарадника за рад на превенцији употребе и злоупотребе психоактивних супстанци.
2. Информисање адолесцената, родитеља, старатеља о ефектима неадекватне употребе лекова и злоупотреби дувана, алкохола и илегалних психоактивних супстанци ради ефикасније превенције, раног препознавања и правовременог збрињавања адолесцената који злоупотребљавају психоактивне супстанце или су зависни од њих.
3. Укључивање у наставне програме родно-сензитивних информација о употреби и злоупотреби дувана, алкохола и илегалних психоактивних супстанци са циљем да се адолесценти мотивишу да не користе психоактивне супстанце или да одустану од њихове употребе.
4. Оснивање специфичних, родно-сензитивних, мултидисциплинарних служби за лечење адолесцената који имају проблем са злоупотребом психоактивних супстанци ради свеобухватног и ефикасног лечења.

5. Организовање и примена родно-сензитивних програма за смањење штете код адолесцената зависних од психоактивних супстанци како би се умањиле индивидуалне последице и последице по заједницу.

Од закона који су значајни за борбу против дрога потребно је поменути:

- Закон о психоактивним контролисаним супстанцама
- Закон о супстанцама које се користе у недозвољеној производњи опојних дрога и психотропних супстанци
- Закон о лековима и медицинским средствима
- Кривични законик.

Казнена политика на подручју сузбијања илегалног поседовања, превоза, производње и омогућавања употребе опојних дрога представља саставни део националне политике на подручју сузбијања и смањења употребе опојних дрога. Илегална производња и промет опојних дрога, поседовање, као и омогућавање њихове злоупотребе, према Кривичном законнику, класификовани су као кривична дела.

Закон о психоактивним контролисаним супстанцама је усвојен 2010. године и регулише услове за производњу и трговину психоактивним контролисаним супстанцама, услове и процедуре за добијање дозвола за производњу, извоз, увоз и транзит контролисаних психоактивних супстанци, услове за узгајање, прераду и продају биљака од којих се добијају психоактивне контролисане супстанце, употребу психоактивних контролисаних супстанци, праћење примене овог закона и друге ставке у везу са тим, значајне за заштиту живота и здравља.

Превентивне активности у области дрога у нашој земљи спроводе бројне институције, укључујући здравствене установе (домови здравља, специјална болница за болести зависности, клинике за психијатрију у клиничким центрима и друге референтне установе за лечење), полицију, локалну заједницу, Министарство/Покрајински секретаријат просвете, науке и технолошког развоја, образовне институције, Министарство/Покрајински секретаријат омладине и спорта, УНИЦЕФ итд. На националном нивоу, кроз програме промоције здравља, спроводе се бројне превентивне активности за различите циљне групе укључујући и превенцију коришћења дрога. Програме спроводи Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” и мрежа од 23 регионална института/завода за јавно здравље. Програми се спроводе кроз тимски рад, а запослени у здравству, просвети и представници заједнице заједно спроводе активности на промоцији здравља у заједници и у предшколским установама и школама. Од 2008. године Национални програм за превенцију коришћења дрога финансира се из буџета, преко Министарства здравља. Референтне установе за лечење болести зависности и превенцију добијају додатна средства за активности на превенцији злоупотребе дрога. Од 2008. године овим средствима подржана је, између осталог, израда водича добре праксе за лечење зависности од опијата, а кроз пројекат Министарства здравља за борбу против ХИВ/АИДС-а, који се финансира средствима Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, израђен је водич за супституциону терапију зависника од опијата метадоном, за лекаре у примарној здравственој заштити.

У школама у Републици Србији спроводи се обавезан програм заштите од насиља, злостављања и занемаривања, а програми превенције злоупотреба психоактивних супстанци су део овог програма на републичком нивоу. Град Нови Сад има годишњи Програм превенције злоупотребе психоактивних супстанци.

**Литература:**

1. Svetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti (deseta revizija - knjiga 1). Beograd: Savremena administracija, 1996.
2. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Fourth edition. American Cancer Society. 2012: 24-27, 30-33, 98-105. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez D.A. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. Tobacco Control. 2012;21: 96-101.
3. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
4. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Questions and answers. Доступно на: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf) /2/5/2012
5. Грозданов Ј, Вуковић Д, Крстић М, Ванчевска-Слијепчевић Б. и др. Истраживање здравља становника Републике Србије: 2006. година, основни резултати. Министарство здравља РС, Београд, 2007.
6. Илић Д, Грозданов Ј, Крстић М, Боричић К, Васић М и сар. Резултати истраживања здравља становништва Србије, 2013. година. Министарство здравља РС, Институт за јавно здравље Србије „Др М. Ј. Батут“. Службени гласник, београд; 2014: 47-50.
7. Centers for Disease Control and prevention (CDC), World Health Organisation, Canadian Public Health Association, National Committee for Smoking Prevention of Serbia. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) - Fact Sheet for Serbia, 2003. Dostupno na: <http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/euro/factsheets.htm>
8. Атанасковић-Марковић, Бјеговић В, Јанковић С, Коцев Н, Laaser U, Маринковић Ј. ат. ал. Опте
9. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519. doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (published 22 June 2004)
10. Светска здравствена организација. Међународна класификација болести МКБ-10, десета ревизија – књига 1. Савезни завод за заштиту и унапређање здравља. Савремена администрација, Београд 1996.
11. WHO. IARC. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Lyon, France; 2004. Dostupno na: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/index.php/10/02/2009>
12. Prochaska J.O, DiClemente C.C. The transtheoretical approach. In: Norcross, JC; Goldfried, MR. (eds.) Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005:147–71.
13. Крстев С, Симић С, Маринковић Ј, Јовићевић А, Денић Марковић Љ, Котевић А. Политика и пракса без дуванског дима у здравственим установама. 2010; 54-55.
14. DiClemente C.C; Prochaska J.O; Gibertini, M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognit Ther Res. 1985;9(2):181–200.
15. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003. Dostupno na: <http://www.who.int/tobacco/framework/en/> 07/5/14
16. Министарство здравља РС. Стратегија контроле дувана Републике Србије, Београд, 2007. Службени гласник РС 55/05 и 71/05.
17. Вучковић Н. Дицков А, Мартиновић Митровић С, Будиша Д, Васић Д, Дрча С. Дрога и медицина. Футура. Петроварадин; 2009: 22-23, 25.
18. Вучковић Н и сар. Дрога и друштво. Футура. Петроварадин; 2009.
19. Newton D. Substance abuse: a reference handbook. Santa Barbara: ABC-CLIO, 2010.
20. Станковић Б. Нови морбидитет младих. Становништво 2002; 1-4:53-76.
21. Министарство здравља РС и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

- Европско истраживање о употреби алкохола и других дрога међу младима у Србији 2008. Београд: Donat Graf, 2009.
22. Ђирић-Јанковић С, Кнежевић-Тасић Ј. Дроге и млади - шта знамо о томе? Београд: Министарство здравља РС, 2007.
  23. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2012. New York: United Nations Publication, 2012.
  24. Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC et al. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS Med 2008; 5(7):e141.
  25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). 2011 Annual Report: the state of drug problems in Europe. Luxembourg: Publication Office of the European Union, 2012.
  26. Европски центар за надзор дрога и оvisности о дрогама (EMCDDA). Sažetak - Izvješće ESPAD-a за 2011. Zloupорaba sredstava ovisnosti међу ученицима у 36 европских држава. Luxemburg: Ured за publikacije Evropske Unije, 2012.
  27. Влада Републике Србије. Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији. Службени Гласник РС бр.111/06.
  28. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Здравље младих у Републици Србији. Београд: Институт за јавно здравље Србије, 2009.
  29. Des Jarlais DD, Hubard RL. Alcohol and drug abuse. In: Kirch W (ed.). Encyclopedia of public health. New York: Springer Science+Business Media, LLC, 2008.
  30. Uredba о nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i оmladine. Službeni Glasnik Republike Srbije, br. 28/2009.
  31. Милосављевић М. Социјална патологија. Београд: Институт за криминолошка и социолошка истраживања, 1998.
  32. National Institute on drug abuse. Preventing drug use among children and adolescents - A research based guide for parents, educators and community leaders. Bethesda: NIDA, 1997.
  33. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Overview of Findings for the 2004 National Survey on Drug Use and Health. Rockville: Department of Health and Human Services, 2005.
  34. Влада Републике Србије. Стратегија за борбу против дрога у републици Србији за период 2009-2013. година. Службени Гласник РС бр.16/09.
  35. Марић М. Учесталост употребе психоактивних средстава у адолесцентском узрасту. Социолошки преглед 2012; XLVI(1):57-76.
  36. Sung M, Erkanli A, Angold A, Costello EJ. Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. Drug Alcohol Depend 2004; 75(3):287-99.
  37. Hensing G. The health consequences of alcohol and drug abuse: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Scand J Public Health 2012; 40:211-228.
  38. Loxley W, Toumbourou JW, Stockwell T, Haines B, Scott K, Godfrey C et al. The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence. Sidney: National Drug Research Institute and the Centre for Adolescent Health, 2004.
  39. Kjelsberg E. Adolescent psychiatric in-patients: A high-risk group for premature death. Brit J Psychiatry 2000; 176(2):121-125.
  40. Clark DB, Martin CS, Cornelius JR. Adolescent-onset substance use disorders predict young adult mortality. Journal of Adolescent Health 2008; 42:637-639.
  41. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. Experimental and Clinical Psychopharmacology 1994; 2:244-268.
  42. Sheehan M, Oppenheimer E, Taylor C. Who Comes for Treatment: drug misusers at three London agencies. Br J Addict 1988; 83:311-320.
  43. National Institute on Drug Abuse (2009). Research Report Series-Marijuana Abuse (cited March 10th 2013). Available from: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrmarijuana.pdf>



44. Fiellin LE, Tetrault JM, Becker WC, Fiellin DA, Hoff RA. Previous use of alcohol, cigarettes, and marijuana and subsequent abuse of prescription opioids in young adults. *J Adolesc Health* 2013; 52(2):158-163.
45. Wagner FA, Antony JC. Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana and cocaine. *Am J Epidemiology* 2002; 155:918-925.
46. Harwood HJ, Napolitano DM, Kristiansen PL, Collins JJ. Economic costs to society of alcohol and drug abuse and mental illness. North Carolina: Research Triangle Institute, 1984.
47. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health* 2008; 43:157-164.
48. Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *J Adolesc Health* 2007;40:448-55.
49. Roviš D. Capacity building for health promotion and drug prevention in Croatia. *J Public Health* 2011; 19:S57-S68.
50. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum, 1997.
51. Hammond D, Ahmed R, Sae Yang W, Brukhalter R, Leatherdale S. illicit substance use among canadian youth: trends between 2002 and 2008. *Canadian journal of public health* 2011; 102(1):7-12.
52. Hemphill SA, Heerde JA, Herrenkohl TI, George C, Patton GC, Toumbourou JW, Catalano RF. Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: A Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health* 2011; 49:312-320.
53. Allen M, Donohue WA, Griffin A, Ryan D, Turner MM. Comparing the influence of parents and peers on the first choice to use drugs. *Criminal Justice and Behavior* 2003; 30:163-186.
54. Dishion T, Patterson G, Stoolmiller M, Skinner M. Family, school and behavioural antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology* 1991; 27:172-180.
55. Syvertsen AK, MJ, Gayles JG, Tibbits MK, Faulk MT. Profiles of Protection from Substance Use among Adolescents. *Prev Sci.* 2010; 11(2): 185-196.
56. Mitchell P, Sanson A, Spooner C, Copeland J, Vimpani G, Toumbourou JW, et al. The Role of Families in the Development, Identification, Prevention and Treatment of Illicit Drug Problems. Canberra: Commonwealth of Australia, 2001.
57. Miller MA, Alberts JK, Hecht ML, Trost M, Krizek RL. Adolescent relationships and drug use. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000.
58. Childcoat HD, Anthony JC. Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:91-100.
59. DiClemente R, Wingood GM, Crosby R, Sionean C, Cobb B, Harrington K et al. Parental monitoring: association with adolescents risk behaviours. *Pediatrics* 2001; 107(6):1363-1368.
60. Kafka RR, London P. Communication in relationships and adolescent substance use: The influence of parents and friends. *Adolescence* 1991; 26(103):587-598.
61. De Wit DJ, Offord DR, Wong M. Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of life course. *Health Educ Behav* 1997; 24(6):746-58.
62. Korhonen T, Huizink AC, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Kaprio J. Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: a longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug Alcohol Depend* 2008; 97(1-2):33-43.
63. Вучковић Н, Дицков А. Ментални поремећаји и поремећаји понашања због употребе психоактивних супстанција. У: Недић А, Живановић О (уред). Психијатрија - уџбеник за студенте медицине. Нови Сад: Медицински факултет, 2009: 193-9.
64. Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behaviour among adolescents in Denmark: Influence of school class and individual risk factors. *Scand J Public Health* 2006; 34:32-40.
65. Nikolić S, Maranunić M. Dječija i adolescentna psihijatrija. Školska knjiga, Zagreb; 2004.
66. Flewing RL, Bauman KE. Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence. *J Marriage Fam* 1990; 52:171-81.
67. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents' and their friends' health-risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *J Pediatr Psychol* 2001; 26(5):287-98.

68. Hawkins JD, Van Horn ML, Arthur MW. Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science* 2004; 5:213-220.
69. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Children's voices: experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues. Luxembourg: The Publications Office of the European Union, 2010.
70. Leventhal T, Brooks-Gunn, J. The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull* 2000; 126:309-337.
71. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European drug prevention quality standards - A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.
72. Kalke J. Osnove prevencije zloupotrebe supstanci. Seminar: Monitoring i evaluacija intervencija na prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Beograd 30.01.2013.
73. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009.
74. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).. Drugs in focus. Drug prevention in EU schools. Lisbon: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
75. Gabrhelik R, Miovski M, Pavlas-Martanova V. Teorije i radni mehanizmi u prevenciji. Seminar: Monitoring i evaluacija intervencija na prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Beograd 30.01.2013.
76. Culley DM, Skoupy J, Rubin J, Hoorens S, Disley E, Rabinovich L. Assessment of the implementation of the EU Drugs Strategy 2005-2012 and its Action Plans. Santa Monica: RAND Corporation, 2012.
77. Закон о психоактивним контролисаним супстанцама. Службени гласник Републике Србије бр.99/2010.
78. Закон о супстанцама које се користе у недозвољеној производњи опојних дрога и психотропних супстанци. Службени гласник Републике Србије бр.107/2005.
79. Закон о лековима и медицинским средствима. Службени гласник Републике Србије бр.84/2004.
80. Кривични законик. Службени гласник Републике Србије бр.111/2009.
81. European monitoring center for drugs and drug addiction. Pregled za zemlju: Srbija (Cited: November 20th 2012). Available from: [www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews](http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews)

## 2. БЕЗБЕДНО ПОНАШАЊЕ:

### ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНЕ АКТИВНОСТИ У ПРЕВЕНЦИЈИ ПОВРЕДА

Виолета Поповић

#### 2.1 Шта значи термин „повреда“ или „несрећа“?

Повреде се обично називају несрећама. Термин „несрећа“ тумачи се и асоцира на неку изненадност, непредвидивост, а то наравно није тачно. Са савременог гледишта „несреће“ се морају очекивати да би се спречиле. Стручњаци који се баве овом проблематиком реч „несрећа“ замењују речју „повреда“. Једна од активности у промоцији и очувању здравља је „смањење ризика од повреда“.

Повреде нису случајни догађаји већ се дешавају у предвиђеним ситуацијама које имају јасно дефинисан фактор ризика. Нс пример, дете које се игра играчком непримереном за његов узраст, адолесценти који баратају петардама или чак ватреним оружјем. Ове врсте повреда су потпуно предвидиве.

#### 2.2 Да ли повреде код деце представљају јавноздравствени проблем?

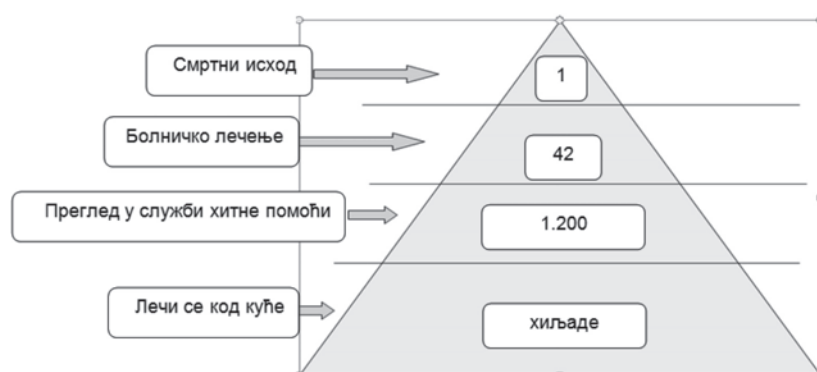
Повреде су водећи јавноздравствени проблем широм света јер су водећи узрок смртности код деце и младих, одговорне за смрт око 950.000 деце млађе од 18 година у свету. Случајне повреде чине 90% од укупних повреда.

На територији 12 општина Јужнобачког округа, према извештају Служби за здравствену заштиту деце и Служби за здравствену заштиту школске деце и омладине у 11 домова здравља, код деце и младих до узраста 19 година, у 2013. години, пријављен је 15.621 случај повреда, тровања и последица деловања спољних фактора. У Институту за здравствену заштиту деце и омладине Војводине у 2013. години лечено је 740 случајева повреда, тровања и последица деловања спољних фактора међу децом и младима узраста од 0 до 19 година. У 2013. години, на територији Јужнобачког округа забележено је 11 смртних случајева услед повреда, тровања и деловања спљних фактора код становника млађих од 19 година.

У Србији, 2013. године, повреде, тровања и последице деловања спољних фактора проузроковали су 3,2% свих узрока смрти (4,6% код мушкараца и 1,7% код жена).

Смртни исход од повреда чини само „врх леденог брега“ од хиљаде деце које се лече код куће. Наиме, према вишегодишњем просеку – од око 1200 деце која буду прегледана у служби хитне помоћи, њих 42 буде задржано на болничком лечењу, а један случај има смртни исход. У сваком случају, број повређене деце није занемарљив.

Графикон 1 Однос смртних исхода због повреда и укупног броја повреда код деце



### 2.3 Како се деле повреде?

Најзаступљенија подела повреда је она која их дели на ненамерне и намерне повреде.

Ненамерне повреде или несрећни случајеви се даље према околностима и механизму настанка деле на: тровања, опекотине, утапања, угушења, падове, повреде и повреде у саобраћајним несрећама;

У намерне повреде спадају: интерперсонално насиље, убиство, самоповређивање, самоубиство, облици масовног насиља.

Повреде се могу поделити и на:

- Механичке - настају дејством неке силе, пада, измицања подлоге и седишта, пада са мотора или бицикла (проузрокујући - ране, подеротине, раздеротине, преломе, ишчашења, угризе, уједе...)
- Физичке - настају деловањем неког физичког фактора (дејством топлоте, хладноће, буке, зрачења);
- Хемијске повреде - односно тровања, настају деловањем отрова;
- Асфиктичне - настају запушењем дисајних путева (утапање) или стезањем дисајних путева (задављење, вешање);
- Психичке повреде – које настају као последица злостављања, занемаривања, траума из детињства, утицајем непримерених садржаја са интернета, катастрофе у виду рата, земљотреса, итд.

### 2.4 Које су последице повреда?

Последице повреда су различите, обавезно су праћене болом, страхом, некада изазивају привремену онеспособљеност, некада трајну онеспособљеност – инвалидитет, па чак и смрт. Повреда не утиче само на повређену особу, она утиче на све људе повезане са том особом. Код фаталних повреда губитак доживљава породица, пријатељи, другови и другарице у вртићу или школи, васпитачи и наставници. Повређеном детету потребна је посебна нега, а родитељи су у стресу, изостају са посла.

### 2.5 Да ли су и због чега адолесценти склонији повређивању?

Адолесценти, због својих психофизичких карактеристика, припадају популационој групи која је склонија повредама. Код адолесцента је изражена борба за независношћу. У овом периоду велики је притисак вршњака, утицај норми и ставова вршњачке групе, а сваки појединац жели да се уклопи у групу, желе да не буду различити, већ прихваћени. Адолесценти су емоционално нестабилни, слаба им је пажња и слабо контролишу импулсе. Често неодговарајуће реагују на конфликтне ситуације, не могу да предвиде последице сопствених поступака, а некритички процењују опасности, јер не могу објективно да процене сопствене могућности. У овом узрасту честа је идентификација са негативним узорима, трага се са узбуђењима, имитира понашање одраслих, али и супротставља ауторитету, односно одраслима.

### 2.6 Којим интервенцијама се могу спречити повреде?

Све интервенције које се предузимају у спречавању повреда код адолесцената деле се на пасивне или аутоматске и активне мере.

Пасивне или аутоматске мере превенције повреда су оне које штите увек, без деловања родитеља или деце. Често су законски регулисане и ту спадају: обавезно постојање ваздушног јастука у колима, везивање појасева, аутоматско смањивање температуре у бојлерима, аларми за јављање пожара, детектори плина, забрана држања оружја у стану...

Активне мере превенције захтевају деловање људи, и ту спада стално посматрање деце.

Циљ мера превенције повреда је подизање свести код људи да се повреде могу предвидети и да благовремено треба предузети мере заштите.



## 2.7 Ко су учесници у превенцији повреда код деце?

Једном речју – сви. Пре свих родитељи, затим васпитачи у предшколским установама, наставници, здравствени радници, полиција, цела локална заједница и доносиоци одлука. Иако је немогуће спречити сваки мали ударац и модрицу, чворугу, огреботину и посекотину, много се може учинити да се спрече озбиљне повреде, уколико родитељи и други који воде бригу о деци постану свесни повезаности задесних повреда и дететовог, физичког, психичког и емоционалног развоја.

Заједничким деловањем породице, школе, система здравствене заштите и шире друштвене заједнице може се утицати и на смањење учесталости намерних повреда.

## 2.8 Која су најчешћа небезбедна понашања адолесцената?

Највећи број повреда настаје услед брзе и акробатске вожње бициклом или ролерима на местима која нису планирана за то, неупотребе штитника и кацига, непоштовања саобраћајних прописа.

Купање на неурађеним местима је опасно, што због вирова, неиспитаног тла, постојања одбачених предмета (стакла, оштрих предмета, зарђалих предмета) на тлу, али и због уинулих животиња, јер представљају потенцијални извор заразе.

Скокови у воду, нарочито на неуређеним плажама, представљају ризик од повређивања вратног дела кичме, посекотина, утапања.

Играње опасним предметима као што су петарде, ножеви или оружје, доводе до самоповређивања, али и повређивања других. Петарде сваке године узрокују не само опекотине већ и губитке делова тела, најчешће прстију или већих делова шаке, тешке опекотине лица и повреде ока. Посебна опасност је куповина петарди и других пиротехничких средстава на непровереним местима. Често до експлозије долази непосредно по упаљењу. Ножеви узрокују ране са често великим губитком крви. Нису ретка убиства из нехата због игре оружјем.

Деца и адолесценти су самостални учесници у саобраћају, било као пешаци, било као возачи бицикла или скутера. Значајно је поштовати саобраћајне прописе и користити све мере заштите.

Играње на небезбедним местима за игру, као што су пруге, вагони, градилишта, носе са собом велики ризик повређивања.

Злоупотреба или злостављање детета обухвата све облике физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалну злоупотребу, занемаривање или немаран поступак, као и комерцијалну или другу експлоатацију, што доводи до стварног или потенцијалног нарушавања дететовог здравља, његовог преживљавања, развоја или достојанства у оквиру односа који укључује одговорност, поверење или моћ (СЗО, 1999).

Интернет је потенцијална опасност за децу и адолесценте. Потребна је опрезност при коришћењу. Никако не остављати личне податке и не пристајати на сусрете са непознатима.

Злоупотреба психоактивних супстанци описана је у посебном поглављу.

## 2.9 Шта су опасне „игре“?

Деца и адолесценти често не размишљају да наизглед безопасним играма могу довести у опасност и себе и свог другара. Зато им је потребно нагласити да намерно изазивање опасности и повређивање друге особе за собом повлачи и кривичну одговорност.

Један од дечијих несташлука је стискање за врат, односно, дављење. Ово може довести до кризе свести и нежељених реакција.

Пад који је настао након измицања столице може довести до озбиљне повреде кичме, што некада доводи до трајних последица.

Гурање свакако доводи до пада, који је нарочито опасан уколико се дешава близу степеништа, оштрих предмета, рупа, близу воде и сл.

Ударци у стомак такође могу довести до кризе свести (због ударца у плексус), али и опасне повреде унутрашњих органа, нарочито слезине.

Бацање петарди (у капуљачу, џеп...), поред страха, може довести до великих опекотина и повреда.

## 2.10 Шта треба радити у случају повреде?

Децу и адолесценте треба подсетити на постојање Градске организације Црвеног крста и позвати их да се укључе у обуке прве помоћи. Потребно је указати на значај правовремене и добро пружене прве помоћи, и значај да се за све нејасне и ризичне ситуације обратe старијима. Објаснити им да некада живот другара зависи од тога колико су брзо позвали хитну помоћ.

### Неколико савета за правилно пружену прву помоћ код одређених повреда:

- Код рана и посекотине не треба vadити предмет који вири из ране (парче стакла, неки оштар предмет), већ рану прекрити газом, завојем или чистом крпом и одмах потражити помоћ лекара;
- Ране које крваре никако се не испирају, ни водом, нарочито не алкохолом или неким другим средствима, потребно је само стиснути их чистом газом/крпом;
- Опекотине је потребно хладити, односно ставити под млаз хладне воде, ако се појављују водени мехурићи, опекотину треба прекрити чистом крпом и јавити се лекару;
- Код рана које су настале механичком силом, ударцом (а сигурни смо да није дошло до прелома кости) потребно је ставити хладан облог на место повреде;
- Уколико је нека особа пала и при том има губитак свести, повраћање, замућење вида, бол у глави или врату, потребно је хитно га одвести код лекара или позвати хитну помоћ;
- Код уједа животиња потребно је опрати рану сапуном и обавезно се јавити лекару;
- Код уједа инсекта одстранити инсекта или жаоку (осим ако је крпељ – њега одстрањује здравствени радник); на место уједа ставити хладан облог и пратити рану – уколико се око места убода шири црвенило или оток, или се јављају алергијске реакције – одмах се јавити лекару;
- Код утапања прву помоћ пружају само добро обучене особе. Никада не скакати за дављеником, само му пружити помоћ са обале;
- Код пожара ставити мокру крпу на нос и уста и хитно изаћи из просторије;
- Код сваке сумње на тровање потребно је позвати хитну помоћ;
- Сваку сумњу на било који вид злостављања обавезно пријавити родитељима, наставницима, психолозима или било којој старијој особи од поверења;
- Не остављати друга у невољи самог!

## 2.11 Шта садржи кутија за прву помоћ?

Кутија за прву помоћ треба да се налази у свакој породици, а обавезно је садржи сваки аутомобил. Деца и млади се могу подсетити шта треба да садржи кутија за прву помоћ. Наравно, то не мора бити посебна кутија, али свакако треба да буде одвојена, да сви укућани буду упознати са њеним садржајем и недоступна млађим члановима породице.

Обавезан део кутије за прву помоћ треба да буду телефонски бројеви (хитне помоћи – 194, изабраних лекара, а нису на одмет ни број апотеке, број центра за тровања и сл).

У кутији за прву помоћ треба да се налази средство за дезинфекцију (3% хидроген), газа, завој, фластери, термометар, таблете против болова и таблете за снижавање температуре.

Треба проверати рок важења таблета и на време их заменити новим. Неискоришћени лекови се никако не бацају у канализацију, већ одлажу у посебне контејнере у свакој апотеци.

## 2.12 Превентивне активности за одређене небезбедне ситуације/претње од повреда

### 2.12.1 Пожар

Пожар представља реалну опасност, и у урбаној средини и у природи. Постоје одређене поступци којима се ризик од појаве пожара може свести на мању меру.

Опште мере превенције од пожара треба спроводити организовано, контролисано и редовно, као што је израда плана заштите за одређено подручје, уклањање запаљивих ствари из околине, одржавање противпожарних степеништа, контрола ватрогасне опреме.

#### *Превентивне активности са децом:*

- Научити децу да је број ватрогасне службе 193, и да не злоупотребљавају овај број.
- Скренути им пажњу на пажљиво руковање електричним уређајима у стану/кући, редовно искључивање пегле, рингли, рачунара, музичких уређаја и сл. при изласку из куће или дужег напуштања просторије са таквим уређајем и да не остављају отворен пламен без надзора.
  - Упознати их са последицама употребе пиротехничких средстава, а на ово их подсетити нарочито пред празнике.
  - Објаснити им да неугашени опушак цигарете никада не бацају кроз прозор или са терасе, јер ће у већини случајева завршити у соби, или тераси у неком од станова испод и извати пожар.
  - Подсетити да је неугашена цигарета најчешћи узрочник катастрофалних шумских пожара и никада је не треба избацити из возила у покрету.
  - Подсетити децу на катастрофалне последице од пожара са смртним исходима, који су се у нашем граду десили у претходном периоду.

#### *Поступак у случају пожара:*

- Научити децу да у случају пожара позову ватрогасце на број 193
- Скренути им пажњу да уколико приметите пожар или осете мирис дима у стану или згради, позову ватрогасну службу и никада не претпостављају да је неко то већ учинио.
  - Ако у току ноћи приметите пожар, а не постоји аларм за случај опасности, треба да изађу на прозор или у ходник и викну „Пожар!“, тако да пробуде укућане и комшије, позвати 193 и дати конкретне податке о месту пожара: адреса, спрат и број стана.
  - При евакуацији треба се спремити за сусрет са густим димом и врелином, пожељно је обути ципеле са дебљим ђоном, обући капут и обавезно везати крпе и пешкире натопљене водом преко носа и уста.
  - Приликом евакуације никада не користити лифт зато што се у току пожара ослобађа густ дим који садржи многа отровна испарења која брзо испуне окно лифта и лифт-кабину, што проузрокује сигурну смрт од гушења за све који се у лифту налазе.
  - Након напуштања простора следити упутства ватрогасаца.

**Последице пожара** по људе су тровање угљен-моноксидом и опекотине. У оба случаја потребно је потражити стручну помоћ.

## 2.12.2 Временске непогоде

### Грмљавине

Понашање током грмљавине – ако се налазимо у затвореном простору:

- Не треба боравити на тераси, већ ући у собу, затворити прозоре и врата и сачекати да невреме прође.
  - Избегавати туширање и купање, јер су водоводне инсталације и уређаји добри проводници електричне струје.
  - Искључите све електричне уређаје извлачењем утикача из утичница, искључити клима-уређаје.
- Удар грома може проузроковати озбиљне кварове и штете.
- Жичане телефонске уређаје користити само изузетно, бежични и мобилни уређаји су сигурни за употребу.

Уколико се за време грмљавине налазимо на отвореном простору **ЗАБРАЊЕНО ЈЕ**:

- Склањати се испод високих стабала на отвореном простору,
- Избегавати врхове брда, отворена поља – просторе и плаже,
- Никако се не треба купати у води,
- Склањање у издвојеним мањим објектима, као што су шупе, на отвореном простору (где у близини нема виших објеката).
- Никако не треба бити у близини метала (нпр. трактор и друге радне машине, мотор, бицикл и др).

### Топлотни удар

Топлотни удар је врло сличан сунчаници, с том разликом да не мора настати као последица директног излагања сунцу. Топлотни удар је једна од најтежих компликација термичког стреса. До овог стања долази у условима повишене спољне температуре и високог процента релативне влажности ваздуха, као и код прегрејаности и дуготрајног мишићног рада. Услед интензивног излагања организма топлоти, долази до отказивања терморегулаторних механизма, и у таквим случајевима телесна температура може нагло порасти и у размаку од 10-15 минута достићи и преко 41°C. То је праћено неуролошком и општом телесном дисфункцијом. Претерана топлота оштећује протеине (денатурише их, дестабилизује фосфолипиде и липопротеине), што доводи до колапса кардиоваскуларног система, отказивања мишића и органа, конвулзија, коме, а у најтежем случају може доћи и до смрти.

Топлотни удар се може појавити изненада, без претходних симптома исцрпљености врућином.

Симптоми топлотног удара су: висока телесна температура (изнад 40°C), сува и врућа кожа, отежано дисање, тахикардија (160-180 откуцаја срца у минути), низак крвни притисак, вртоглавица, главобоља, умор, мучнина и повраћање, грчеви, несигуран ход, губитак свести, крв у урину или столица, одсуство знојења и сл.

Превенција топлотног удара:

- Унос довољне количине течности основни је вид превенције топлотног удара.
- Избор одеће примерен климатским условима и расхлађивање.

Прва помоћ код топлотног удара:

- Што брже снижавање телесне температуре (уклањање сувишне одеће, премештање оболелог у хлад или расхлађене просторије, квашење коже, излагање тела ваздушној струји, унос течности, итд).
- Потребно је и хитно пружање лекарске помоћи, јер ово стање може узроковати трајни инвалидитет или смрт.



### 2.12.3 (Зло)употреба Интернета<sup>8</sup>

Деца и млади неизбежно долазе у контакт са рачунарима и комуникационим технологијама. Штетно је за њихов развој забранити им коришћење мобилних телефона, рачунара и Интернета, али је неопходно упознати их са опасностима које вребају користећи Интернет. Ово је, свакако, тема бар једног родитељског састанка.

Искуства показују да надзор родитеља и надгледање дечијих активности на Интернету представљају важан корак у заштити деце и младих, али и да само тај вид заштите није и довољан.

Родитељи нису у прилици да стално надгледају активност своје деце на Интернету. Децу треба научити да рачунаре користе на сигуран начин. Као што се деца уче како да решавају проблеме са узнемирујућим и неугодним догађајима у свакодневном животу и како да препознају и избегну опасност на улици и у својој околини, важно је научити их како да безбедно користе Интернет и како да препознају могућу опасност и избегну ризична понашања. Такође, важно је научити децу и младе о преузимању одговорности за своје понашање и о последицама одређених поступака, које погађају њих саме, али и друге са којима су у контакту.

Потребно је поштовати дечију независност, њихове интересе и активности у складу с узрастом, као и користити поруке прилагођене њиховом узрасту. Chat, blog, forum и слична места на Интернету, где деца и млади могу размењивати мишљења и комуницирати, врло су популарна, па су стога и привлачна особама које желе да злоупотребе њихово поверење на Интернету. Злоупотреба вршњака најчешће укључује претеће поруке, вређање и ширење гласина, уцене које једно дете, или више њих, упућују другом детету итд. Злоупотребе одраслих најчешће укључују лажно представљање и манипулисање са циљем придобијања деце и младих да би се она навела на непожељна понашања (најчешће сексуална).

Са децом и младима је потребно разговарати о рачунарској етици, договорити правила понашања на Интернету и, као најважније, дефинисати последице кршења тих правила. Деца могу да знају више од родитеља о технологији, али родитељи знају више о животу. Зато деца од старијих треба да науче како да рачунаре користе на безбедан начин.

Шта деца и млади треба да знају пре приступања Интернету?

- Неправилна употреба Интернета може да доведе до озбиљних последица, од нарушавања здравља, увођења у криминалне радње, па до трговине њудима.
- Треба увек штитити своју приватност и поштовати приватност других.
- Не треба слати поруке, фотографије или други материјал који би некоме могао да нашкоди.
- Слике се шаљу само особама које се лично познају и у које се има поверење и то искључиво након консултације са родитељима.
- Лични подаци се не остављају непознатим лицима а и познатим се напомене за коју сврху их дајемо (ако је то уопште нужно, јер најчешће није).
- Особе са којима се не жели успоставити контакт треба игнорисати и никако не прихватати састанке са тим особама.
- На почетним странама мрежа за социјално дружење (facebook, twitter...) постоје правила и савети за коришћење истих, које треба прочитати и придржавати их се. Посебно је потребно поштовати старосну границу која је наведена за коришћење мрежа (најчешће 12 година) и не наводити лажно већи узраст само да би се отворио налог (ово поменути и родитељима, јер су они најчешће ти који занемарују или не познају ову чињеницу и подлежу притиску своје деце да „сви имају налог“).
- Не одговарати на сумњиве поруке.
- Приватне информације (број телефона, адресу, школу, спортски клуб и сл.) не треба уписивати у разне упитнике на сајтовима, нити их давати непознатим људима.

<sup>8</sup> За више информација о правилној употреби Интернета посетите интернет страну Министарства унутрашњих послова Републике Србије [http://www.mup.gov.rs/cms\\_cir/saveti.nsf/saveti-sajber-kriminal.html](http://www.mup.gov.rs/cms_cir/saveti.nsf/saveti-sajber-kriminal.html)

- Уколико се догоди узнемиравање преко Интернета, деца треба да имају поверења у своје родитеље и наставнике да пријаве то непријатно искуство.

*Важни телефони:*

- Полиција 192
- Ватрогасци 193
- Хитна помоћ 194
- Дом здравља „Нови Сад” 4879 000
- Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине 4880 444

**Литература:**

1. Здравствено стање становништва Новог Сада за 2013. годину. Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, 2014.
2. Поповић Д. et al: Незгоде се дешавају – приручник за родитеље и оне који воде рачуна о деци, УНИЦЕФ, Београд, 2001.
3. Кекуш Д: Здравствено васпитање, Висока здравствена школа струковних студија у Београду, 2009.
4. Јевтић М, ур: Опаасно! Водич за превенцију повреда и тровања, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад, 2010.
5. Стојадиновић А, Рончевић Н: Раст и развој адолесцената, Црвени крст Војводине, Нови Сад, 2008.
6. Министарство унутрашњих послова Републике Србије. Савети: високотехнолошки криминал. Доступно на: [http://www.mup.gov.rs/cms\\_cir/saveti.nsf/saveti-sajber-kriminal.html](http://www.mup.gov.rs/cms_cir/saveti.nsf/saveti-sajber-kriminal.html)
7. Породични приручник за понашање у ванредним ситуацијама. Организација за европску безбедност и сарадњу – Мисија ОЕБС у Србији и Сектор за ванредне ситуације Министарства унутрашњих послова Републике Србије. Доступно на: [http://prezentacije.mup.gov.rs/svs/HTML/Vanredne%20situacije\\_Cirilica\\_FINAL.pdf](http://prezentacije.mup.gov.rs/svs/HTML/Vanredne%20situacije_Cirilica_FINAL.pdf)
8. Сектор за ванредне ситуације Министарства унутрашњих послова Републике Србије. Савети грађанима. Доступно на: <http://prezentacije.mup.gov.rs/svs/saveti.html>

### 3. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ – РАЗВИЈАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНЕ КОМПЕТЕНЦИЈЕ КОД ДЕЦЕ И МЛАДИХ

*Драгица Јовишевић, дипл. психолог*

#### 3.1 Ментално здравље – основне поставке

Када би вас неко питао шта је за вас ментално здравље, како бисте му одговорили? Наизглед једноставан задатак, а када покушате да дођете до дефиниције схватите да то можда и није тако једноставно. Можда бисте рекли да је ментално здрава особа, она која је срећна. Међутим, срећа је само једно осећање, а наш живот чине разноврсна и богата позитивна искуства и доживљаји који не могу да се сведу на срећу. Такође, особе са високим степеном менталног здравља не доживљавају само позитивне емоције, већ и читав опсег непријатних емоција, као што је на пример, снажна и дубока туга у случају губитка. Можда бисте рекли да ментално здравље има везе са депресијом, шизофренијом, анксиозношћу...али то је списак психичких поремећаја и непријатних емоција, а не ментално здравље. Концепт дефинисања менталног здравља као одсуства менталне „болести“ је у великој мери превазиђен.

Шта би онда било ментално здравље?

Постоје бројна одређења менталног здравља и бројни концепти који из различитих углова сагледавају овај феномен. Оријентација коју даје Светска здравствена организација односи се на позитивно ментално здравље као „стање животног благостања у коме свака особа остварује свој потенцијал, у стању је да преброди стресне животне ситуације, да ради продуктивно и плодно и да да свој допринос заједници.“ Можемо упрошћено рећи да је ментално здравље способност особе да се на добар начин носи са животним изазовима, који могу бити свакодневни, попут испита, до оних сложенијих као што је губитак вољене особе.

Не постоји савршено ментално здрава особа. Свака особа, у мањој или већој мери поседује снаге и особине које јој помажу да се на добар начин носи са животним проблемима, али не можемо рећи да је неопходно да једна особа поседује све те особине и снаге. То би чак и било немогуће. Неке од снага и особина особе које су ментално здравије су: оптимизам, позитивна слика о себи, поверење у себе, друге и свет, емоционална компетенција, складни међуљудски односи, доживљај смислености живота и друго. Иако на наше ментално здравље утичу различити фактори, па делом и они наследни, остаје нам простора да кроз учење усвојимо вештине које ће нам помоћи да будемо психолошки отпорнији и самим тим ментално здравији.

#### 3.2 Ментално здрава школа

Ментално здравље се не тиче само појединца. Заједница која брине о менталном здрављу свог становништва делује на више нивоа, пружајући подршку појединцу, породици, градећи здрава окружења у коме особе могу да развију своје потенцијале и способности. Школа је одавно препозната као важно и погодно место за промоцију (менталног) здравља пре свега зато што на тај начин можемо да обухватимо целу популацију школског узраста. Даље, школа која улаже у животно благостање ученика даје основу детету и младом човеку за здравији развој и здравију будућност, а тим више када живот у примарној породици не обезбеђује подстицајне услове. Такође, већи степен менталног здравља ученика повезан је и са бољим успехом у школи и већом социјалном прилагођеношћу.

Брига о менталном здрављу у школи не значи да је потребно да се наставници претворе у психологе и психотерапеуте. Она се спроводи кроз ентузијастичан и мотивишући став који наставници заузимају у односу на ученике, кроз спровођење образовних програма који имају за циљ развијање различитих психолошких вештина и кроз рад на доброј атмосфери у разреду, квалитетним односима између наставника и ученика, али и кроз пружање подршке наставницима у том процесу.

Један од начина на који можемо да радимо на унапређењу менталног здравља у школи је и кроз развијање емоционалне компетенције код ученика.

### 3.3 Емоционална компетенција

#### 3.3.1 Шта су емоције?

Емоције представљају један од најважнијих чинилаца који утичу на целокупно функционисање појединца и имају главну улогу у нашем социјалном животу. Ми реагујемо емотивно на наше окружење. Постоје бројни теоријски правци који на различите начине дефинишу емоције, а око одређених поставки се слажу све теорије: емоције се састоје од низа повезаних реакција на одређени догађај или ситуацију; оне представљају однос појединца према неком објекту или догађају; одражава их препознатљиво ментално стање и емоционално изражавање. Емоције су уз то и интензивне, краткотрајне, праћене различитим физиолошким променама и доводе до прекида тренутног понашања. Емоције утичу на интерперсонална понашања те утичу на прилагођавање појединца (LaFriere, 2000; Oatley и Jenkins, 2000, према Brajša-Žganec, 2003).

Утврђено је да постоји шест базичних (основних) емоција које су универзалне и јављају се у свим културама света. То су: срећа, туга, бес, страх, изненађење и гађење.

#### 3.3.2 Шта је емоционална компетенција?

Поред тога што можемо да доживљавамо емоције, ми развојем интелектуалних способности можемо и да препознајемо, именујемо и разликујемо различита емоционална стања код нас и других. Такође, ми имамо капацитет да разумемо различите чиниоце који утичу на настанак саме емоције. Ту спадају наша унутрашња стања, мотиви, вредности, спољашњи догађаји, контекст који окружује ситуацију, итд.

Можемо рећи да емоционалну компетенцију чини наша способност да, поред тога што доживљавамо емоцију, да је посматрамо „са стране“, да о њој размишљамо, те да разумемо како је настала, и да утичемо на њен ток. Још један од важних аспеката емоционалне компетенције је и емпатија која нам омогућава да препознамо и доживимо у одређеној мери исту емоцију као и наш саговорник. Управо ове способности, дакле разумевање емоција, емоционална регулација и емпатија представљају важне сегменте емоционалне компетенције и значајно утичу на квалитет нашег друштвеног живота јер обликују наше односе са другима и утичу на степен наше прилагођености.

#### 3.3.3 Разумевање емоција

Разумевање, односно препознавање и именовање емоција се развија од најранијег доба. Одређена истраживања (Michalson, Lewis, 1985, према Петровић, 2007) показују да деца већ на узрасту од две године могу да разумеју изразе лица који прате 6 базичних емоција, иако не умеју да кажу о којој се емоцији ради. Експресија (изражавање) среће се препознаје најраније и са највећом тачношћу, затим експресије туге и беса, а на крају изненађења и страха.

Људи се разликују у степену препознавања и именовања емоција, а та способност може да се развија кроз различите активности у којима особе уче да повезују одређене изразе лица, положај тела и мимику са одговарајућим емоцијама, да проширују свој емоционални вокабулар и уче да праве разлике између сличних емоција, као што су на пример забринутост и страх, кривица и кајање и слично. Овај тип вежби је веома погодан за рад у разреду, а предлог вежби на тему разумевања емоција се налази у одељку са радионицама.

#### 3.3.4 Узрочност емоција

Разумевање настанка емоција се развија код деце упоредо са развојем говора. Почетна објашњења су базична и најчешће се односе на понашање и спољашње факторе који изазивају емоцију. Од четвр-



те године деца имају способност разумевања и унутрашњег порекла емоција, те њихов настанак везују и за жеље и циљеве особе а не само за спољашње догађаје који утичу на настанак неке емоције. Од тог узраста па надаље деца схватају да различите особе имају различите жеље и циљеве у односу на исти објекат (Oatley K. I, Jenkins J; 2007). У експерименту Хариса и сарадника (1989, према Oatley K. I, Jenkins J; 2007), деца од три до шест година испричана је прича о слоници Ели која је волела само млеко. Мајмунче је дошло и пролило јој млеко из врча и заменило га кока-колом. Када су децу питали шта би Ели осетила када би пробала кока колу, деца су умела да кажу да би осетила гађење, иако су она сама више волела кока-колу у односу на млеко. Ова способност разумевања менталних стања других је била све израженија што је дете било старијег узраста.

Када радимо са децом или младима на тему узрочности, односно порекла емоција, ми повећавамо степен њиховог разумевања да различите особе могу да доживљавају другачије емоције у истим ситуацијама, као и да различити унутрашњи, мотивациони, те ситуациони и контекстуални фактори доприносе настанку емоције. Такође, деца и млади уче да могу према истој ситуацији да имају више различитих, па понекад и опречних осећања.

### 3.3.5 Значај пријатних емоција

Постоје бројне пријатне емоције, а у њих спадају: срећа, радост, понос, задовољство, љубав, заинтересованост, одушевљење, усхићење, радозналост итд. Пријатне емоције су веома значајне у нашем функционисању и директно су повезане са нашим животним благостањем. Пријатне емоције имају мотивишуће дејство на учење и напредовање, учвршћују наше социјалне релације и подстичу интелектуалну активност.

Са ученицима можемо да радимо на ширењу емоционалног вокабулара и разликовању различитих пријатних емоција. Кроз радионице ученици могу да освешћују оно што у њима изазива пријатне емоције, а затим и да стекну увид о томе да и ми сами можемо да утичемо на то да доживљавамо пријатна осећања.

### 3.3.6 Емоционална регулација - ношење са непријатним емоцијама

Емоционална регулација представља стратегије које користимо како би управљали нашим емоцијама, односно променили њихов интензитет и трајање, као и начин на који изражавамо осећања.

Способност емоционалне регулације се развија у раном детињству. Већ у првом месецу живота, када се наруши стабилност у функционисању, беба шаље сигнале свом окружењу, које затим врши улогу регулације. Нешто касније дете почиње да мисли о догађајима, те проналази различите начине њиховог тумачења, чиме се умирује.

Дете у интеракцији са околином научи да модификује своје емоције, носи се са фрустрацијом, ужива у другима, препозна опасност, превлада страх и тескобу, како би успешно интерперсонално функционисало (LaFreniere, 2000; Oatley и Jenkins, 2000; Vander-Zander, 1993, према Brajša-Žganec, 2003).

Стратегије емоционалне регулације нам посебно помажу да се носимо са непријатним и интензивним емоцијама, као што су бес, страх, туга или стид.

Неке од стратегија емоционалне регулације представљају и одвраћање пажње од узнемирујућег догађаја (на пример, дете које се боји примања вакцине може да зажмури или да се присети да прошли пут није било тако страшно), тражење помоћи одраслог или одлазак из узнемирујуће ситуације.

### 3.3.7 Емпатија

Емпатија подразумева емоционалну реакцију која проистиче из разумевања туђег емоционалног доживљаја или стања, и при том је идентична или слична ономе што друга особа осећа (Eisenberg, Fabes, 1998, према Петровић, 2007). Дакле, емпатија није само просто посматрање ствари из перспективе друге особе, већ подразумева и доживљавање исте емоције коју особа са којом комуницирамо до-

живљава. На пример, доживљамо емпатију када нам саговорник говори о свом несрећном догађају и доживљава тугу, те и ми исто осећамо тугу.

Иако емпатија сама по себи не подразумева помагање и друга просоцијална понашања, многи аутори сматрају да је она основа за такву врсту понашања.

Такође, потребно је разликовати емпатију од „преинтензивне“ емпатије, односно персоналног дистреса, када особа услед изложености туђем негативном емоционалном искуству осећа узнемиреност и не бави се другом особом већ сопственим узнемирујућим доживљајима. Дете које осећа емпатију у стању је да помогне другој особи, док дете које осећа персонални дистрес сконцентрисано је на умирење своје узнемирености.

Према Барнету (1987, према Петровић, 2007) емпатија се развија код деце која одрастају у средини са окружењем које:

- задовољава емоционалне потребе детета и не подстиче претерану забринутост за самога себе;
- подстиче дете да изражава и доживљава што већи број различитих емоција и
- омогућује детету да комуницира са другим људима који изражавају отворено своје емоције.

### Литература:

1. About emotional development. Kids matter. 2012-13. Dostupno na: <https://www.kidsmatter.edu.au/families/about-emotions/childrens-emotions/how-childrens-emotions-develop-and-change>
2. Barker M. A simple empathy exercise you can use at home or at school; (2012, May 28). Available at: <http://startempathy.org/celebrating-empathy>
3. Brajša-Žganec A. Dijete i Obitelj. Jasterbarsko: Naklada Slap; 2003.
4. Buckley M, Storino M, Saarni C. Promoting emotional competence in children and adolescents: Implications for school psychologists. *School Psychology Quarterly* 2003; 18(2):177-191.
5. Fredrickson BL. What good are positive emotions? *Review of General Psychology* 1998; 2:300-319
6. Lehtinen V. Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. Helsinki: Stakes; 2008.
7. Libbey H. Measuring student relationships to school: Attachment, bonding, connectedness, and engagement. *Journal of School Health*, 2004;74(7):274-283.
8. Oatley K, Jenkins JM. Razumijevanje emocija. Jastrebarsko: Naklada Slap;2003.
9. Palomares U, Ball G ; Logqñ B. Programme de développement affectif et social. Prévention et résolution des conflits. Bruxelles: Actualisation;1987.
10. Petrides KV, Frederickson N, Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences* 2004;36:277-293.
11. Петровић Ј. Емоционална регулација – карактеристике, функције и развој. У: Францешко М, Зотовић М (Ур.): Психосоцијални аспекти друштвене транзиције у Србији. Личност у вишекултурном друштву, Нови Сад: Одсек за психологију; 2005.
12. Петровић, Ј. Емоционални темељи социјалне компетенције. Београд: Задужбина Андрејевић;2007.
13. Practical Strategies for Teachers/Caregivers. Center on the social and emotional foundations for early learning. Available at: <http://csefel.vanderbilt.edu/resources/strategies.html#teachingskills>
14. Rhoades BL, Greenberg, MT, Domitrovich, CE. The contribution of inhibitory control to preschoolers' social-emotional competence. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2009;30(3):310-320.
15. What is mental health? MindMatters. Available at: <http://www.mindmatters.edu.au/explore-modules/what-is-mental-health->

## 4. КРЕАТИВНЕ РАДИОНИЦЕ ЗА РАД СА УЧЕНИЦИМА

### 4.1 ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОУПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ

#### 4.1.1. „Заблуде о ПАС – дебата“

**Тема:** Утицај психоактивних супстанци

**Циљ:** Упознати ученике са најчешћим предрасудама и заблудама о пушењу, алкохолу и другим психоактивним супстанцама у контексту ризика по опште и репродуктивно здравље.

**Узраст:** 7-8. разред.

**Трајање:** 45 минута.

**Материјал:** Табла, креда, папир, оловка,

**Поступак:**

*Уводни део (3-5 минута)*

Водитељ подели разред у две групе. Једна група треба да заступа аргументе „за“ а друга „против“ наведених предрасуда. Водитељ напише на табли следеће заблуде:

1. „И моја баба је пушила, па је родила троје деце и живела 80 година.“
2. „Тело ће ми дати знак када треба да престанем са узимањем алкохола. Дотле не морам да брињем.“
3. „Све што радиш под утицајем алкохола је забавније.“
4. „Марихуана (трава) је лака дрога и не ствара зависност, па није толико штетна.“
5. „Екстази пружа добар провод и не штети ако се повремено користи.“

1. Активност – Дебата о заблудама о ПАС (40 минута):

Обе групе током 10 минута припремају своје аргументе за дебату. Водитељ не помаже ни једној групи. Потом ученици представљају ставове, тако да најпре образложи гледишта поводом прве заблуде група која заступа „за“ ставове (у трајању од 2-3 минута) а потом група која заступа „против“ ставове. Тим редоследом се дебатују све заблуде.

Водитељ резимира закључком да се ради о предрасудама и допуњава аргументима који нису наведени. Могу се користити неки од следећих аргумената против заблуда:

Ad 1: некада је дуван био са далеко мање штетних састојака а жене су пушиле мањи број цигарета (или нису уопште); можда генетско наслеђе неким људима омогућава да дуже живе упркос различитим ризицима, међутим ми не знамо да ли смо наследили те потенцијале; то што је неко пушио и дуго живео не значи да не би живео још дуже и квалитетније да није пушио; деца мајки које су пушиле у трудноћи имају већу шансу да касније у животу оболе од хроничних болести крвних судова срца и мозга чак и ако никада не запале цигарету (што објашњава део разлога зашто данас људи имају ове болести све раније у животу); рак плућа и друге врсте рака изазване дуванским димом добијају и непушачи; проблем је што се оболевање дешава у одраслој доби, најчешће без икаквих симптома током одређеног времена постојања болести;

Ad 2: тело нам најчешће не даје на време знакове када да престанемо са узимањем алкохола и ми морамо свесно одбити да га пијемо, поготово ако треба да донесемо важне одлуке, као што је да ли ћемо се упустити у саобраћај или неке друге активности у којима је веома важно да смо потпуно свесни и слободни од утицаја било каквих супстанци;

Ad 3: марихуана се меша са дуваном који садржи никотин и изазива зависност; расположење које се изазива пушењем марихуане изгледа потпуно извештачено вршњацима који понашање оних који пуше марихуану гледају са стране (смеју се без разлога) и таква „епизода“ може вас увести у поступке којих ћете се већ сутрадан стидети, због којих ћете се кајати или, још горе, нећете их се сећати;

Ad 4: екстази је, као и марихуана, илегална дрога, коју неретко бесплатно деле на местима забаве,

при чему, чак и након прве употребе, постоји велики ризик за поремећај ритма срца, изненадни губитак воде (дехидратација), колапс, па и застој срца и смрт.

#### 4.1.2 Асертивно одбијање ризичног понашања

**Тема:** Одбијање вршњачког притиска да се преузме ризично понашање.

**Циљ:** Подстицати код ученика развој вештина одупирања притиску вршњака да се преузме ризично понашање и да се истрајава у донетој одлуци.

**Узраст:** 7-8. разред.

**Трајање:** 45 минута.

**Материјал:** Табла, креда, папир, оловка.

**Поступак:**

Водитељ дели учеснике у групе (5-7 ученика у једној групи) и свакој групи додељује текст у коме је описана једна од ситуација наведених у прилогу.

Свака група има за задатак да осмисли адекватан начин реаговања у датој ситуацији.

Свака група бира по два представника, који ће одглумити дату ситуацију. Ако има довољно времена, једна ситуација се може одглумити на више начина. Такође, након сваке ситуације цео разред дискутује о томе шта је могло да се деси да особа није одбила понуду, тако да измишља могуће сценарије. На пример, да је особа отишла са девојком која је возила под дејством алкохола – саобраћајна несрећа; сценарио прихватања пића на журци, који врло лако (услед смањења инхибиторних механизма понашања) доводи до нежељених одлука, чак и са непознатом особом (која може бити и корисник дроге, што носи са собом већи ризик од ХИВ и хепатитис-инфекција). Пристанак и на једну дозу ПАС може довести до трајних ризика по здравље и живот. Користити прилог.

*Прилог: Описи за играње улога*

1. Налазиш се на журци. Пијеш сок, јер си одлучио/-ла си да не пијеш алкохол, јер се и без тога пријатно проводиш. Посматрајући околину, примећујеш да сви око тебе пију неко алкохолно пиће. Прилази ти друг и почиње да те убеђује да попијеш специјалан коктел који ти нуди. Ти не желиш, али ситуацију отежава то што се више њих придружује убеђивању. Упоран/-на си и при том никог не вређаш.

2. Враћаш се из изласка у град, почиње киша и старији брат твоје добре другарице, којег си видео/-ла да је попио два пива, позива и тебе да те повезе кући. Не желиш да их увредиш. Одбијаш понуду.

3. Друг ти слави рођендан, сви наздрављају, а другарица ти нуди вино да наздравиш са њима. Не желиш. Више њих ти говори да то није у реду и да не мораш тако да се издвајаш од других речима: „Хајде не буди шоња” и слично.

4. Налазиш се на журци. Сви пију алкохол, плешу и певају. Једна другарица ти прилази и нуди ти таблету, која личи на бомбону: „Узми ову таблету, она ће те развеселити!” Ти не желиш да на овај начин решиш свој проблем и одбијаш.

*Прилог: Објашњење водитељу*

Предрасуда је да алкохол опушта и отклања стрес. Под стресом је тело пуно адреналина и потребно је спустити његов ниво да би се стрес отклонио. Међутим, деловање алкохола је такво да се приликом његове употребе управо луче хормони стреса (кортикостероиди) надбубрежне жлезде, што значи да се, у ствари (на биохемијском нивоу) стрес повећава, упркос привременом осећају опуштања. Ко-ришћење алкохола да се забораве или умање животне бригае и проблеми сасвим је контрапродуктив-



но, пре свега због тога што алкохолом нарушавамо здравље, дакле свим проблемима додајемо још један. Такође, док се опијамо нисмо у стању да учинимо ништа конструктивно у смислу решавања проблема, дакле, губимо драгоцену време.

Акохол такође не повећава самопоуздање. Можда ће особа привремено осећати да га има, док је под дејством алкохола, међутим, самопоуздање се гради изнутра, кроз сигурност у себе и своје ставове. За изградњу правог самопоуздања потребан је психолошки рад, са стручњаком или самосталан, док је опијање пут бежања од проблема и самопоуздање се смањује због рушења достојанства и угледа у друштву. Алкохолизирање и у овом случају удаљава од циља, јер:

- ако си стидљив/-а, плашљив/-а у друштву од којег осећаш притисак, за који ти се чини да му ниси дорастао/-ла, људи то виде па те омаловажавају, мало је искрених, свесних и посвећених који ти помажу да подижеш самопоуздање;
- пијан/-а се осећаш на кратко боље, али у очима других понашаш се глупо и тако додатно повређујеш самог/-у себе, док околини помажеш да те још више омаловажава;
- притисак околине расте, јер су препознали твоју слабост док си пијан/-а;
- ти си све слабији/-а јер ти се урушава углед, падаш и у својим очима и не повећаваш своје самопоуздање;

Дакле, циљ је био да ојачаш себе како би самопоузданије одговорио/-ла на притисак околине или ослабио/-ла њен притисак тако да се можеш носити са њим. Постигао/-ла си обрнуто: појачан притисак околине и умањење сопствене снаге.

## 4.2 БЕЗБЕДНО ПОНАШАЊЕ

### 4.2.1 „ОПААА!сна авантура”

#### Циљ:

- Упознати децу са опасностима и ризичним понашањем која могу довести до повреда и оштећења здравља.
- Информисање коме деца могу да се обрате уколико им је помоћ потребна.

**Циљна група:** деца узраста 10 до 15 година.

**Водитељи:** наставници или здравствени радници.

**Потребан материјал:**

- Табла и креда или велики папир и фломастери
- Шема „дијамантске деветке“ (у прилогу)
- Картице са изјавама (у прилогу)
- Подршка у раду може бити плакат „Пази!“ који је Институт за јавно здравље Војводине припремио у оквиру пројекта „Сигуран свет“ 2010. године (приказ плаката у прилогу).

#### Начин извођења

*Уводни део:*

- Водитељ радионице укратко описује тему радионице, објашњава појмове „повреда“, „несрећа“, „тровање“.
- Ученици се представљају тако што на почетно слово свог имена именује неку опасност, опасан предмет или отров (могући одговори у прилогу).

*Централни део:*

#### • Препознавање опасних ситуација и ризичних понашања

Ученицима показати едукативни плакат „Пази!“ (или одштампати плакат из прилога). Деца описују опасности на постеру и причају причу гледајући у едукативни постер. Водитељ усмерава разговор о свакој опасности постављајући питања: Које опасности видите на сликама? Како долази до ових ситуација? Како да се безбедније понашамо?

- **Моја авантура**

Водитељ подстиче ученике да испричају причу о некој од ситуација које су им се догодиле „у стварном животу“. Водитељ на табли прави табелу са три колоне: превенција, узрок, последице. Док ученици причају, водитељ у колони „узрок“ записује шта је довело до незгоде у свакој од прича које причају ученици, а у колони „последица“ записује коју је повреду или непријатност доживео ученик.

Након неколико испричаних прича, цела група попуњава колону „превенција“, односно бележе шта је могло да се уради да до незгоде не дође (пливање на безбедном месту, славље без петарди, неко-ришћење алкохола, затражити помоћ друге особе итд).

- **Шта је најопасније – дијамантска деветка**

Водитељ подели ученике у мање групе (од по 5-6 чланова) и свакој групи подели сет од девет картица са изјавама из „дијамантске деветке“ (у прилогу) и објасни им задатак. Потребно је да поређају картице по редоследу учесталости узрока повреда и тровања и оштећења здравља код деце узраста 10 до 15 година (по њиховом мишљењу). Ученици десетак минута расправљају у групи по ком редоследу ће поређати картице. Потребно је да се донесе закључак на нивоу групе. Када све групе заврше задатак, представник сваке групе лепи картице на таблу или зид у облику „дијамантске деветке“ (у прилогу шема) и образлаже редослед. Следи дискусија у великој групи.

*Завршни део:*

- Водитељ радионице пита да ли ученици знају коме могу да се обрате за помоћ у случају да се повреде, да наиђу на неког коме је потребна помоћ или примете потенцијалну опасност у околини.
- Водитељ на табли записује одговоре и на крају бројеве телефона хитне помоћи, ватрогасаца и полиције.

#### 4.2.2 „Игре загревања: асоцијације на почетно слово имена“

Ученици радионице се представљају тако што прво кажу своје име, а затим на почетно слово свог имена именују неку опасност, опасан предмет или отров. Уколико не могу да се сете одговора дозвољено је да потраже помоћ од осталих учесника радионице.

Могући одговори:

- А** ауто, ауспух, алкохолна пића, ацетон
- Б** балкон, бојлер, бријач
- В** ватра, врело, високо, „вениш“
- Г** гас, гајтан,
- Д** детерцент, дим, дугмићи
- Ђ** ђубре, ђурђевак (отровна биљка)
- Е** ексери, електрични апарати, експлозија
- Ж** жица, жива из топломера, жилет
- З** зрневље, запалити
- И** игла, инсектицид, ивица, издувни гасови
- Ј** јурити, јуначити се, ЈАО!
- К** кеса, кликери, креветац, кравата, кафа (врућа), кров, клизаво
- Л** лекови, лепак, лампа, лопта (откотрљала се на улицу)
- Љ** љуљашка, љиљан (отровна биљка)
- М** маказе, мишомор (отров), мердевине, мокар под
- Н** ножеви, новчићи
- Њ** /
- О** ограда (оштра), отрови, оштро, оружје, оса, оклизнути се
- П** прозор, плин, пећ, пегла, прахак за веш, пушење, пестициди, пењање, пече!

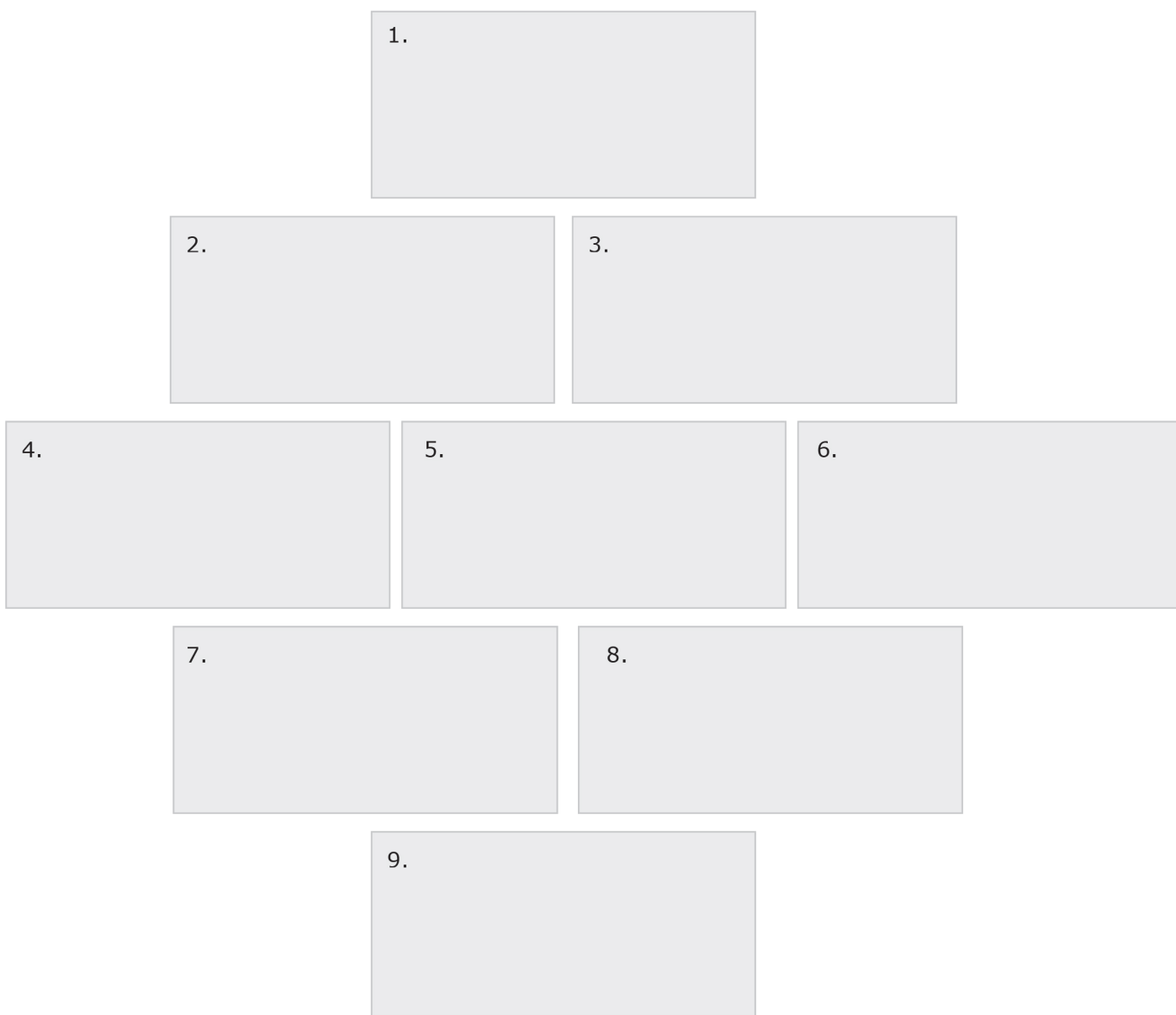
- Р** решо, рингла, рерна
- С** струја, стакло, степениште, сируп (лек), столњак (повући), скакати (са висине)
- Т** тераса, тепих (оклизнути се, спотаћи се)
- Ђ** ђуп (разбити), ђошак од стола
- У** упаљач, утичница, уштинуту се, уље (врело)
- Ф** фиока, фен, фрижидер (лекови)
- Х** хоклица (на коју се пење), хигијенска средства, хербициди
- Ц** цигарете, цвеће (отровно)
- Ч** чаше (разбити), чесма (врућа вода), чај (врућ), чиода, чекић
- Џ** џезва (са врућом кафом)
- Ш** шибице, шпорет, шиљак, шерпа (врућа), шоља (врућа), шминка



#### 4.2.2.1 Метод дијамантске деветке

Метод дијамантске деветке служи за одређивање приоритета у активностима, садржајима или темама у здравственом васпитању. Садржаји, теме или активности се ређају по редоследу важности, односно по приоритету спровођења од најважније (картица бр. 1), све до најмање важне (картица бр. 9).

Такође, на овај начин могу се рангирати и најчешћи узроци обољевања и умирања становништва, као и значај различитих активности у превенцији болести.





## 4.2.2.2 Картице са опасним ситуацијама



<b>ВОЖЊА БИЦИКЛА, МОТОРЦИКЛА</b>	<b>ДРОГА</b>
<b>ПОВРЕДЕ У САОБРАЋАЈУ</b>	<b>НЕБЕЗБЕДНО КОРИШЋЕЊЕ ИНТЕРНЕТА</b>
<b>БАЦАЊЕ ПЕТАРДИ, ВАТРОМЕТ</b>	<b>ПАДОВИ, УДАР СТРУЈОМ (небезбедна места за играње)</b>
<b>НАСИЉЕ, ТУЧА</b>	<b>УТАПАЊЕ</b>
<b>ТРОВАЊЕ АЛКОХОЛОМ</b>	

4.2.2.3 Плакат „Пази!“



## 4.3 РАЗВИЈАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНЕ КОМПЕТЕНЦИЈЕ

### 4.3.1 „Зоне осећања“

**Тема:** разликовање пријатних од непријатних осећања

**Потребан материјал:** селотејп

**Ток радионице:**

Поделити учионицу на два дела селотејпом. Један део представља зону радосних лица, а други зону тужних лица.

Објаснити активност: „Имаћете прилику да замишљате да сте срећни или тужни. Ја ћу вам испричати неколико ситуација и уколико замислите да би се у прочитаној ситуацији осетили срећно, одлазите у „срећну зону“ (показати још једном руком), а уколико би се осетили тужно, идете у „тужну зону“. Када сте у „срећној зони“, потребно је да се смешите и на друге начине испољавате срећу, а исто важи и за „тужну зону“, где је потребно да направите тужно лице.“

Читајте једну по једну ситуацију, и оставите довољно времена како би ученици имали времена да изаберу зону.

**Списак ситуација:**

1. Пријатељ неће да иде са тобом у биоскоп.
2. Послужили су ти друго парче чоколадне торте.
3. Мали пас на улици ти се приближио.
4. Пао/-ла си на бетон и одерала/-о колено.
5. Налазиш се у супермаркету.
6. Пада киша и ти си напољу.
7. Упознао/-ла си новог пријатеља или пријатељицу.
8. Идеш у кревет касније него обично.
9. Рођендан ти је.
10. Неко ти је нагазио на стопало.
11. Особа коју си случајно закачио/-ла раменом у пролазу виче на тебе.
12. Налазиш се у градском аутобусу.
13. Присутствујеш свађи пријатеља.
14. Налазиш се код доктора.
15. Неко ти се руга.

Када се активност заврши, започети дискусију уз следећа питања:

- „Сетите се једне ситуације у којој сте се осетили срећно? Да ли неко хоће да исприча своју ситуацију разреду?“
- „Сетите се ситуације у којој сте се осетили тужно. Ко жели да исприча разреду своју ситуацију?“
- „Да ли ми сви имамо иста осећања у односу на ситуације?“
- „Да ли су срећа и туга подједнако важна осећања и зашто?“
- „На које све начине можемо испољити срећу или тугу?“

### 4.3.2 „Журка без звука“

**Тема:** препознавање и именоване емоција

**Потребан материјал:** папирџи са исписаним емоцијама, кутија или шешир.

**Ток радионице:**

Водитељ унапред испише следеће емоције на папирџи: забринутост, страх, љутња, туга, срећа, стид, разочарење, понос, гађење, одушевљење, изненађеност и стави их у шешир или кутију за извлачење. Потребно је да има онолико папирџи колико је ученика (односно за један мање), с тим да се води рачуна да је свака емоција подједнако заступљена на папирџицама. Водитељ радионице изабере учесника који ће бити „домаћин“ забаве. Остали ученици извлаче по један папирџи са емоцијама. „Домаћин“ не показује никакво осећање. Први гост куца или звони, говорећи „куц-куц“ или „динг-донг“ и улази са наглашеним показивањем неког осећања које је извукао. Ученици треба да се потруде да на све начине опонашају дату емоцију (изразом лица, покретима тела, уздасима попут „јој“, „пих“, „ах“), а не би требали да користе речи. Чим гост покаже осећање, домаћин га прихвати и одговори на исти начин. Други гост улази са неким другим осећањем, а домаћин га прихвата и узвраћа. Ствари се компликују доласком нових гостију, будући да сваки нови гост уноси ново осећање на забаву. Као и домаћин, и гости, који су већ на забави, у контакту са гостом морају да узврате на начин новоприспошлог. Ситуација се усложњава када више гостију уђе у исто време са различитим осећањем. Учесници су посвећени само онима са којима директно контактирају и њихова осећања преузимају. Контакти се брзо смењују.

Када су се сви ученици дошли на забаву и разменили осећања прелази се на други део радионице када ученици седну у круг, а водитељ радионице подстиче дискусију у вези са следећим питањима:

- Које емоције су препознали?

- На основу чега су препознали споменуте емоције? Како изгледа особа која је срећна, љута, стиди се итд? Какав му је израз лица, положај тела, мимика? Разрадити све споменуте емоције. Сваки пут један од ученика може да демонстрира одређено осећање. Водитељ може да бележи одговоре на табли.

- Да ли би знали да дефинишу споменуте емоције? Водитељ радионице допуњује одговоре.

### 4.3.3 „О, Марина!“

**Тема:** препознавање емоција

**Мирна игра материјал:** није потребан

Сви учесници, када дође ред на њих, треба да изговоре: „О, Марина!“ - или неко друго име (најбоље је избрати неко звучно име, а да се нико од ученика не зове тако) на разне начине. На пример: са љубављу, бесно, уплашено, изненађено, смејући се.

### 4.3.4 “Моје срећно место”

**Тема:** пријатна осећања.

**Потребан материјал:** папир, бојице или фломастери.

**Ток радионице:**

Овај тип радионице се зове *вођена фантазија*. Тада водитељ тражи од учесника да зажмуре и нешто замишљају. Водитељ фантазије говори благим уједначеним тоном.

Сваки ученик извади један папир и бојице. Водитељ вежбе води фантазију: „Када отворимо очи ми смо окренути спољашњем свету, а када их затворимо окрећемо се оном унутрашњем, нашем свету. Ја ћу вас замолити да се, када вам дам знак, удобно сместите и затворите очи. Слушаћете моје речи и замишљати, па ћемо путовати до вашег срећног места.

Немојте се присиљавати да нешто замишљате, пустите слике да дођу саме. Ако вам постане непријатно увек можете отворити очи. Једино је важно да ништа не говорите док вежба траје. Спремни? Полећемо. Затворите очи и сместите се удобно. Замислите једно место на коме се осећате пријатно. Како оно изгледа? Добро га погледајте. Лево и десно. Горе и доле. Да ли је то унутра или напољу? Шта све тамо има? Да ли сте тамо сами или је неко са вама? Ко се ту налази? Да ли има животиња? Које све боје ту постоје? Да ли осећате неки мирис? Сада приђите у машти том месту. Шта сте урадили? Јесте ли сели, чучнули, прошетали њиме? Сада протрчите од једног краја на други. Како се осећате? Када сте све то замислили, полако ћемо се враћати у учионицу. Избројте до 5 и полако отворите очи “



Када су сви завршили, питати ученике да ли неко има нешто да каже или опише своје срећно место. Затим свако може да нацрта своје срећно место. Питати ученике да ли сматрају да могу и сами да понове ову вежбу и у којим би то ситуацијама било корисно.

#### 4.3.5 „Пантомима“

**Тема:** препознавање и именовање емоција

**Потребан материјал:** шешир или кутија, папирчићи са ситуацијама

**Ток радионице:** Ученике поделити у две групе. Представник групе излази пред све, извлачи из шешира/кутије папир са емоцијом и ситуацијом, па показује пред групом емоцију и ситуацију путем израза лица и мимике. Остали треба да погађају о којој се емоцији и ситуацији ради.

На картицама пише:

- срећа: добио/-ла си диван поклон за рођендан.
- туга: твој најбољи пријатељ се преселио у други град.
- гађење: појео/-ла си буђав хлеб
- изненађење: родитељи и пријатељи су ти направили журку изненађења
- љутња: родитељи те нису пустили да идеш у биоскоп
- страх: видео/-ла си велику црну сенку на зиду

#### 4.3.6 „Емоционално путовање“

**Тема:** разумевање порекла емоција

**Потребан материјал:** фломастери, стари магацини, 6 празних постер папира.

**Ток радионице:**

Поделити ученике у 6 група и свака група добије по један папир на коме је написана емоција и име једне особе. Њихов задатак је да осмисле причу о томе шта је могло да се деси, па да је та особа осетила дату емоцију.

**Списак емоција и особа:** Филип се уплашио. Ана је љута. Вељко се стиди. Милица је згрожена. Михаило је срећан. Кристина је изненађена.

Ученици прво разговарају о томе по групама и осмишљавају причу.

Додатна питања могу бити написана на табли како би помогла ученицима у развоју приче:

Колико особа има година?

Шта се тачно десило? Шта се десило пре него што се особа тако осетила, а шта после?

Ко је све био ту присутан? Родитељи? Пријатељи? Другари?

Зашто се особа тако осетила у датој ситуацији? О чему је размишљала у том моменту?

Шта је урадила? Шта су урадили остали присутни?

Како јој је изгледало лице?

Шта је рекла односно које је речи употребљавала?

Како се прича завршила?

Водитељи радионице круже по групама и помажу деци да дођу до приче.

У другом делу радионице, свака група добија по један постер папир и њихов задатак је да прикажу причу коју су смислили. Могу да користе фломастере како би направили цртеж, као и исечке из новина како би направили колаж.

Када су сви завршили један представник групе показује разреду постер и прича причу. Након сваке приче оставити простор деци да дају своје коментаре и утиске о причи.

#### 4.3.7 Ношење са непријатним емоцијама – љутња

**Тема:** емоционална регулација - љутња

**Ток радионице:**

Започети вежбу следећим питањима:

- „Шта мислите, шта је то љутња? Шта се дешава са нашим телом када смо љути? ”(срце нам куца брже, можемо осетити врућину, лице може да нам поцрвени).

- Замолити добровољца да демонстрира „љутито лице”.

- ”Када сте се последњи пут наљутили? Шта се десило па сте се наљутили?. Шта сте урадили или пожелели да урадите?” Вероватно ће ученици навести и неке врсте агресивног понашања: викање, ударање.

- Питати: ”Како бисте се ви осетили када би неко викао на вас или када би вас неко ударио?”

- „У реду је да се наљутимо око неких догађаја, али како не бисмо повредили друге, као што и не желимо да други повреду нас можемо нешто да урадимо са том љутњом, па да свађу или препирку решимо на добар начин.“

-„Када смо љути можемо нешто предузети, па да се смиримо и не реагујемо агресивно. Шта мислите шта је то што можемо учинити у таквим ситуацијама?

- Допунити одговоре ученика и провежбати следеће стратегије:

1. „Формула смирења: 3+10. Дишемо и бројимо”

Започети причу: „Рекли смо да када смо бесни, нешто се дешава и са нашим телом (проћи поново симптоме). Такође смо рекли да у тим моментима, а како не бисмо себи и другима направили проблем и штету, важно је да се прво смиримо па бистре главе да одлучимо како да поступимо. Сада ћемо научити један добар начин да се смиримо када смо љути. Чим приметимо да почињемо да се љутимо, потребно је да удахнемо дубоко и издахнемо три пута, а онда да избројимо у себи до десет па тек онда размишљамо како да реагујемо. Хајде да пробамо. Прво ћемо увежбати да дишемо правилно, то се зове стомачно дисање. Удахнемо дубоко на нос и пазимо да нам се стомак у том моменту надува, задржимо мало ваздух и онда полако издишемо ваздух кроз уста. Полако, покушамо неколико пута. Е сад кад смо увежбали замислите да сте нешто љути, на пример, неко није хтео са вама да подели чоколаду, а вама се баш много јела тад. Прво ћете удахнути и издахнути три пута, а онда ћете бројати у себи до десет. Крећемо!” Водити ученике кроз та три удисаја уз објашњење, и кроз бројање.

2. Бумеранг - а да је неко према мени тако поступио?

Наставити са другим делом вежбе где ученици разматрају своје поступке када су бесни: „Када смо успели да се смиримо дубоким дисањем почињемо да разматрамо ситуацију и размишљамо о нашим поступцима. Једно од корисних питања које себи можемо да поставимо у тој ситуацији јесте како би наши поступци могли да утичу на друге. Можемо да направимо поређење са бумерангом (објаснити шта је бумеранг). Исто као што се бумеранг враћа нама када га бацимо, тако можемо да размислимо како би начин на који се понашамо према другима могао да се „врати нама” (када би се неко други према нама тако понашао) како би се ми тад осећали. Рекли смо већ да људи када су љути понекад пожелеле да подигну глас (викну) на некога или га чак и ударе. Шта мислите зашто није добро да се тако понашамо? Како бисте се ви осећали да неко тако поступа са вама? Да ли ипак можемо да искажемо нашу љутњу а да нисмо агресивни, да не вичемо и не ударамо? Како можемо?” Причати са децом о изражавању неслагања из личног угла као корисном изражавању љутње (Ја се не слажем са тим што си урадио, То што говориш чини да се ја осећам лоше, итд).

3. Оаза мира

„Шта би за вас била оаза мира?” - очекивати одговоре који се тичу места које је опуштајуће. „Оаза мира је место које може да вам помогне да се смирите у ситуацији и да размислите о свему што се догодило. То може бити забачени део собе, учионице, парк, кућица на дрвету, обала мора односно било које место на коме се осећате пријатно и угодно. Да ли можете да смислите које је то место на коме се баш осећате угодно? Када сте љути пре него што било шта кажете или урадите можете отићи на то место. Такво место можете и да замислите. Какво би оно било?” Ученици могу да нацртају своју стварну/или замишљену оазу мира. Уколико постоје услови такав кутак може и да се направи у просторији.

Ову вежбу је могуће прилагодити и применити и на остале непријатне емоције, као што су страх, стид и туга.

#### 4.3.8 ”Стоп/крени”

Исписати или нацртати знак ”стоп” на једном папиру, а на другом ”крени”. Један папир ставити на један крај просторије (на столицу на пример), а други на други део просторије. Ученици на почетку стоје између та два знака. Водитељ радионице чита списак реакција на љутњу, а ученици треба да стану или код знака „стоп“ или код знака „крени“ у зависности од тога да ли сматрају да је реакција ”добра” односно ”лоша”. Водитељ радионице пита децу зашто је неко понашање добро или лоше, и даје додатне коментаре.

Када смо љути ми (списак реакција):

- вичемо
- дишемо дубоко
- урламо
- ударимо неког
- одемо на неко пријатно место да се смиримо
- размишљамо о томе да не урадимо неке оно што не бисмо желели да неко нама уради
- опалимо мацолу неком
- кажемо особи да се не слажемо са нечим што је урадила
- гурнемо неког
- причамо са одраслом особом или пријатељем о томе како се осећамо

#### 4.3.9 „Ходање у туђим ципелама“

**Тема:** емпатија, сагледавање ситуације из туђе перспективе.

**Потребан материјал:** папирићи са исписаним социјалним категоријама (сиромашан, богат, дечак, девојчица, бескућник, особа са физичким инвалидитетом, стара особа, млада особа, странац, јако мршава особа, пунија особа). Неке категорије поновити како би било онолико папирића колико има ученика; шешир или кутија за извлачење.

**Ток радионице:**

Питати ученике да ли знају шта је емпатија, па допунити њихове одговоре.

Ученици треба да замисле да је 31. децембар и дочек Нове године. Сваки ученик извуче папир и ходајући по учионици размишља о томе како би било „ходати у ципелама“ особе коју су извукли. Како би се она осећала, о чему би размишљала уочи новогодишње вечери? Након неколико минута ученици мењају своју „ципелу“ са неким другим и понављају поступак.

Поновити ово три пута како би свако прошао криз три улоге.

Ученици прво у паровима разговарају о утисцима и закључцима до којих су дошли у току вежбе, а касније покренути дискусију у целом разреду:

- Шта су закључили током вежбе и кроз разговор у паровима?
- Заште је корисно да сагледамо ствари из перспективе других особа?
- У којим ситуацијама може да буде корисно да емпатишемо са другима (осећамо оно што други осећају)?
- Шта можемо да урадимо па да будемо сигурни да знамо како се други осећају?