

Показатељи здравља породице и утицај породичног лекара на превенцију употребе психоактивних супстанци

Мирјана Лапчевић¹, Иван Димитријевић²

¹Дом здравља „Вождовац“, Београд, Србија;

²Клиника за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Породица, као основна социјална јединица, има одлучујућу улогу у здрављу и болести својих чланова. Она је примарна јединица у којој се здравствене потребе формирају и решавају. Породица самостално, сопственим ресурсима, решава око 75% укупних здравствених потреба. У раду аутори разматрају одлике породице које утичу на здравље и болест њених чланова, индикаторе здравља породице, као и скалу животних вредности. Разматрани су и социјални чиниоци, комуникација и утицај употребе психоактивних супстанци на здравље породице и квалитет породичног живота. За формирање личности детета најважнија су три фактора: љубав, осећај сигурности и хармонични односи између родитеља. Усклађеност живота у породици зависи и од квалитета структурних компонената личности и интеракције мотива њених чланова. Рано детињство одређује каква ће бити личност одрасле особе. У том периоду се стичу навике и делимично изграђују ставови. Важну улогу има став према потребама и захтевима деце. У хармоничним породичним односима родитељи су узор деци. Вербално и невербално комуницирање обогаћује односе међу људима и оплемењује напоре да се споразумевањем подстакну разумевање, саосећање и брига за друге. На скали животних вредности грађанима Србије здравље је на првом месту. Одмах иза здравља је добар однос у породици. Како брига о здрављу није само задатак здравствене службе већ сваког појединца, породице и друштва у целини, на здравственим радницима је да континуираним здравственоваспитним радом науче грађане како да сачувају и унапреде сопствено и здравље своје породице. То се, пре свега, односи на избегавање лоших навика, као што су пушење, неумерено конзумирање алкохола, злоупотреба дрога, физичка неактивност, хиперкалоријска исхрана и др. Такође је важно рано препознавање симптома болести и благовремено обраћање изабраном лекару за помоћ. Породична медицина и породични лекар могу на најбољи начин да свеобухватно и континуирано спрече и излече многе болести које настају као производ породичне дисфункционалности уз активно учешће појединца, породице, здравствене службе и заједнице.

Кључне речи: породица; здравље породице; психоактивне супстанце; пушење; алкохол; дрога

УВОД

После Другог светског рата, најпре постепено, а затим убрзано, дошло је до дезинтеграције здравствене заштите породице и појединца, што се објашњавало (и данас се то чини) развојем медицинске науке. Међутим, искуство деценијама после тога потврдило је да је неопходна реинтеграција здравствене заштите породице. Породица, као основна социјална јединица, има одлучујућу улогу у здрављу и болести својих чланова. Она је примарна јединица у којој се здравствене потребе формирају и решавају. Породица самостално, сопственим ресурсима, решава око 75% укупних здравствених потреба.

Породична дијагноза није прост збир дијагноза појединих њених чланова. Она подразумева препознавање оних одлика породице за које се зна да су значајне за здравље и болест. То су: породична структура и композиција, извршавање улоге у породици, међусобни односи, понашање у вези са здрављем, материјално стање породице и коришћење материјалних ресурса и њихова расподела. На аналитичком нивоу породична дијагноза подразумева начин на који

здравље члана породице може бити угрожено од стране осталих чланова и укупне породичне ситуације. Породична дијагноза се не може сазнати само на основу квалитета здравља сваког члана понаособ, већ се објашњење тражи помоћу специфичних индикатора здравља породице и интеракције на генетском, физичком, психосоцијалном и емоционалном нивоу.

ПОКАЗАТЕЉИ ЗДРАВЉА ПОРОДИЦЕ

Показатељи здравља породице се могу поделити у седам група:

1. одлике породице (величина и структура);
2. догађаји у породици (склапање брака, развод, смрт);
3. област функционисања (комуникације, подела посла, активности);
4. индикатори ризика (генетски, исхрана, становање, социјални, економски);
5. индикатори здравља (раст и развој деце, позитивни индикатори здравља, систематска контрола здравља);
6. индикатори болести (инциденција и преваленција појединих болести, коришћење

Correspondence to:

Mirjana LAPČEVIĆ
Dom zdravlja „Voždovac“
Krivolačka 4-6, 11000 Beograd
Srbija
m.lapcevic@sbb.rs

здравствене службе, одсуство с посла или из школе, инвалидитет);

7. индикатори планирања породице (број деце, размак између трудноћа).

Због напред наведеног, здравствена служба треба да усмери деловање и прилагоди организацију рада здравственој заштити породице као целине.

УТИЦАЈ ИЗАБРАНОГ И ПОРОДИЧНОГ ЛЕКАРА НА ЗДРАВЉЕ ПОРОДИЦЕ

Изабрани, односно породични лекар не мора да лечи све чланове породице, али грађане који се одреде да се лече код њега посматра у контексту њихове породице. Он о честим проблемима зна више, нарочито хроничним незаразним болестима: зна о развоју ових обољења у преклиничкој фази, оцењује болест и „болесност” болесника, зна где да добије савремене податке и критички их процени. Изабрани, односно породични лекар мисли на породицу, схвата утицај великих промена (рађање, смрт, болест, развод итд.), осети неизговорене породичне стресове, више времена посвети породици у „стресу”, препознаје породичне трауме, разуме односе међу члановима породице, планира рад како би помогао породици [1].

Грађани Републике Србије овако рангирају 12 попуњених животних вредности (резултати анкете 14.801 случајно изабраног грађанина 1996. године): 1. здравље; 2. добар однос у породици; 3. добар материјални положај; 4. живот у миру; 5. пријатељство; 6. срећа у љубави; 7. слобода; 8. занимљив посао; 9. успех у друштву; 10. добра забава; 11. лако богаћење; и 12. бављење политиком.

Грађани имају позитиван став о здрављу као највећој људској вредности. Како брига о здрављу није само задатак здравствене службе већ сваког појединца, породице и друштва у целини, на здравственим радницима је да континуираним здравственоваспитним радом науче грађане како да сачувају и унапреде сопствено и здравље своје породице. На другом месту је добар однос између чланова породице. Хармоничан однос у породици предуслов је за несметан развој свих њених чланова. Људске вредности нису само генетски одређене, већ су под утицајем социјализације личности. На квалитет формирања људских вредности утиче, пре свега, породица, али и школа. У каснијем периоду на систем вредности значајно утиче социјална средина. Усклађеност хтења и могућности појединца с општим вредностима је основа за здрав живот [2].

Изабрани, односно породични лекар може на најбољи начин да свеобухватно и континуирано спречи и излечи многе болести које настају као производ породичне дисфункционалности. Специјалисти опште медицине се, без обзира на дужину стажа, у односу на лекаре опште медицине, високо статистички значајно изјашњавају да би се бавили породичном медицином. Породични лекар брине како о појединцу, тако и о члановима његове породице и локалној и ши-

рој заједници, чувајући и унапређујући њихово здравље, спречавајући настанак болести и лечећи их квалитетно, ефикасно и економично. Породични лекар у оквиру свога рада интегрише физичке, психолошке, социјалне, културолошке и егзистенцијалне одлике болесника, користећи своје знање и указано поверење условљено непрестаном бригом о здрављу и болести грађана који су га изабрали [3].

Студенти медицине у Словенији су током десетогодишњег периода (1997-2007. године) постепено схватили значај породичног лекара у неговању здравих стилова живота и функционисању породице, тако да се интересовање за предмет „Породична медицина” значајно повећало [4].

СОЦИЈАЛНИ ЧИНИОЦИ РАЗВОЈА ЛИЧНОСТИ

Не занемарујући значај и утицај наслеђа и биолошких фактора указује се на деловање социјалних чинилаца на развој и промене личности. Поједине врсте потреба, од биолошких до културних, јављају се у широком распону, те се, у том погледу, људи међусобно знатно разликују. Разноврсност потреба и њихов различити интензитет не ограничавају се само на неко од усмерења личности (наука, културни живот, егзистенција, професија), јер је људско биће сложен систем који је изграђен од биолошких, психичких, друштвених, културних и других потреба.

Човек се не рађа с потребама које су типичне за његово друштвено и културно биће, јер у раном детињству постоје само биолошке потребе, а развојем личности у заједници формирају се и друге. У обликовању потреба вишег ранга посебну улогу има породица, а исход утицаја породице зависи и од личних особина детета, односно адолесцента. Значајан утицај имају ментална структура чланова породице, врста и интензитет општих потреба у њој. Усклађеност живота у породици зависи и од квалитета структурних компонента личности и интеракције мотива њених чланова. Рано детињство одређује каква ће бити личност одрасле особе. У том периоду се стичу навике и делимично изграђују ставови. Важну улогу има став према потребама и захтевима деце. Дете формира потребу различите снаге коју родитељи оцењују и често супримирају, те долази до поремећаја равнотеже између мотива и немогућности задовољења. Настала фрустрација (осујећење) може да остави трага у психи детета. Строга дисциплина ствара непријатељски став према родитељима и средини. Негативне последице има и супротан став родитеља с недовољном и недоследном дисциплином, када се развију особине попут колебљивости, несигурности и слабе самоконтроле. Наглашена брига и „мажење” могу створити себичност, осетљивост и лоше подношење неуспеха. Посесивност родитеља, нарочито мајке, која се испољава претераном бригом и наметањем атмосфере типа „дозвољено-забрањено”, ствара код детета недостатак иницијативе и зависност од других.

Већина психолога је сагласна да су за формирање личности детета најважнија три фактора: љубав, осећај сигурности и хармонични односи између родитеља. Односи међу родитељима имају главну улогу, јер конфликте међу њима дете доживљава као конфликте у себи, нема довољно љубави и развија се осећај несигурности. У развоју личности детета важну улогу има осећај сигурности, као и осећање да постоје љубав и брига родитеља. Постоји велика вероватноћа да ће будући брачни живот деце зависити од квалитета брака њихових родитеља. Позитивни породични односи проткани љубављу, пажњом, уважавањем и поверењем основ су у формирању личности детета: позитивна обележја, емотивна уравнотеженост, сигурност и адаптивност. У хармоничним породичним односима родитељи су узор деци. Уколико односи нису складни и прожети позитивном енергијом, дете не жели да следи такав узор и не идентификује се с родитељима [5].

УТИЦАЈ УПОТРЕБЕ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ НА ЗДРАВЉЕ ПОРОДИЦЕ

Употреба психоактивних супстанци је велики проблем појединца, породице и друштва. Млади људи почињу да користе ове супстанце у све ранијем узрасту, а често и сама породица стимулише конзумирање алкохола, пушење цигарета, па чак и коришћење дрога. Европски школски пројекат о алкохолу и другим дрогама (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD*) указује на озбиљност проблема примене психоактивних супстанци међу младима. Најновија, четврта по реду, студија *ESPAD* изведена је 2007. године у 35 земаља Европе. Њени резултати су показали да је у просеку 58% ученика изјавило да је бар једном у животу пушило цигарете, а 29% испитаника је пушило у последњих месец дана. Земље с високом преваленцијом (40-45%) употребе цигарета у последњих месец дана биле су Аустрија, Бугарска, Чешка и Летонија, док су Јерменија, Исланд, Норвешка и Португал земље с ниском преваленцијом (7-19%). Велику употребу дувана прати и све ранији почетак пушења. У просеку, 7% ученика је изјавило да је већ са 13 година свакодневно пушило цигарете, а највећа преваленција била је у Чешкој, Естонији, Летонији и Словачкој (13%), док је најмања забележена у Грчкој и Румунији (3%). Гледано у целини, разлике међу половима су занемарљиве, али међу појединим земљама јасно уочљиве. Тако су нпр. у Јерменији дечаки за 16% више пушили од девојчица, док је у Монаку ситуација супротна, и то за 19% у корист девојчица [6].

Просечно 90% свих ученика пробало је алкохол макар једном у животу, и то у свакој земљи најмање две трећине популације ученика. Током једногодишњег периода (до почетка истраживања) алкохолна пића је конзумирало 82% ученика, а током последњих месец дана 61% ученика. Подаци о годишњој употреби алкохола нису се много променили од 1995. године, када је урађена прва студија *ESPAD*, али је на месечном

нивоу примећен тренд повећања од 1995. до 2003. године, а затим благо смањење до последњег истраживања 2007. године, нарочито међу дечакима који су пили пиво и вино.

Пијанства (опијања) у последњих месец дана била су најчешћа у Данској, Великој Британији, Аустрији и на острву Ман (31-49%). Посматрано у целини, разлике међу половима није било, мада су се у већини земаља чешће опијали дечаки. У просеку, 43% ученика је изјавило да су се повремено опијали у протеклих месец дана; учесталост пијанства је била 47% код дечака, док је код девојчица била 39%. У Норвешкој, међутим, учесталост пијанства међу девојкама била је 42%, а код дечака 35%. Број повремених опијања се у просеку повећао од 1995. до 1999. године, али се и наставио у периоду 2003-2007. године, нарочито међу девојчицама (са 35% на 42%). Ово повећање је забележено у више од половине земаља, али је било најизраженије у Португалу, где је забележен скок за 31% (са 25% на 56%) опијања у последњих месец дана. Остале земље са значајним повећањем учесталости опијања младих су: Пољска (16%), Француска (15%), Хрватска (14%) и Бугарска (12%).

Због употребе алкохола, озбиљних проблема с родитељима имало је у просеку 15% ученика; 13% испитаника је попустило у школи или имало проблема с пријатељима, односно улазило у физичке обрачуне. Ови проблеми су посебно наглашени у Бугарској, на острву Ман, у Великој Британији и Летонији, а највише проблема имали су дечаки, нарочито када су у питању физички сукоби и проблеми с полицијом [6].

Као и у претходним студијама *ESPAD*, и у овој је испитивано коришћење недозвољених дрога међу младима: марихуана, амфетамини, кокаин, екстази, ЛСД, хероин и крек. У просеку, 23% дечака и 17% девојчица пробало је дрогу макар једном у животу, са значајним појединачним разликама међу земљама. Мале преваленције су чешће у нордијским земљама и Источној Европи, док је у Чешкој скоро половина, а у Француској, Словачкој, Швајцарској и на острву Ман трећина ученика пријавила да повремено користи опојне дроге. Најчешће се користи марихуана (19%), која је, како сматра трећина испитаника, врло доступна, за разлику од амфетамини и екстазија. На другом месту су екстази, кокаин и амфетамини (по 3%), док се најређе употребљавају ЛСД, хероин и крек (1-2%). Коришћење марихуане на годишњем нивоу пријавило је 14%, а на месечном нивоу 9% ученика. Углавном је у Западној Европи висока преваленција употребе марихуане, а највиша је у Чешкој и на острву Ман, где је од шест ученика један изјавио да је користио марихуану током протеклог месеца. Када је у питању екстази, највиша преваленција употребе ове дроге (6-7%) је у Бугарској, Естонији, на острву Ман, у Летонији и Словачкој.

Стопа злоупотребе лекова, као што су седативи који нису добијени на рецепт, није се повећавала од 1995. до 2007. године, али је у просеку више девојчица (8%) него дечака (5%) користило ове супстанце. Земље с највећом преваленцијом биле су Пољска, Литванија,

Француска и Монако (15%), а с најмањом Јерменија, Аустрија, Русија и Велика Британија (0-2%).

Највећа преваленција конзумирања алкохола с таблетама (седативи, аналгетици, транквилизери,...) забележена је у Чешкој (18%), а најмања у Јерменији и Украјини (1%).

Најновији подаци о употреби цигарета, алкохола и других супстанци међу младима Србије добијени су 2008. године у оквиру четврте студије *ESPAD*, када је Србија заједно с још четири земље (Република Српска, Федерација Босне и Херцеговине, Македонија и Молдавија) била додатно обухваћена истраживањем [6]. Према методологији *ESPAD*, прикупили су се подаци од 6.553 ученика првог разреда средњих школа (гимназије, средње стручне и средње занатске школе) у градским и сеоским насељима Републике Србије [7].

Резултати студије у Србији показују да је 46% испитаника попушило бар једну цигарету у животу, с тим да је гимназијалаца било у мањем проценту у односу на ученике осталих средњих школа. Тако се изјаснило највише младих из Војводине (50,4%), затим ученици из Београда (48,2%) и на крају ученици из централних делова Србије (43,5%). Значајно више младића него девојака је пушило 40 или више пута (14,6% према 11,8%), у просеку 13,1% ученика. Према подацима студије, сваки пети ученик тренутно пуши, тј. попушио је бар једну цигарету у протеклих месец дана, и то нешто више девојака (21,4%) него младића (20,6%). Свакодневно најмање једну цигарету дневно пушило је 13,9% ученика. Младићи почињу да пуше нешто раније од девојака, а 26,6% њих запали прву цигарету с навршених 14 година или раније, док 16,8% проба да пуши са 13 година или мање (19,5% младића и 14,5% девојака) [7].

Резултати студије такође показују да је девет од десет ученика бар једном током живота попило неко алкохолно пиће (89,9% младића и 88,3% девојака). Око 25% испитаника редовно конзумира алкохол (40 или више пута), али младићи то значајно чешће чине него девојке (36,7% према 14,7%). Ученици који живе у градовима чешће пробају алкохол од ученика из сеоских средина [26]. Према подацима, 42,2% ученика се бар једном у животу напило, и то значајно више младића (51,8%) него девојака (33,8%) [7].

Када је у питању употреба психоактивних супстанци и дрога (марихуана, амфетамини, ЛСД, кокаин, хероин, екстази), алкохола у комбинацији с лековима и седатива без лекарског рецепта, чак 15,1% ученика наводи да је имало бар један контакт током живота с овим супстанцама, и то нешто више девојака (15,3%) него младића (14,8%). Ученици из урбаних средина, а посебно Београда, у већини су навели да су бар једном пробали марихуану. Екстази је пробало 1,6% ученика, алкохол с лековима је конзумирало 2,7% испитаника, 2,9% је користило инхалансе (лепак, бензин, плин, бронза, лакови), док је седативе без лекарског рецепта узимало чак 7,6% младих (10,0% девојака и 4,8% младића) [7].

Заједничко истраживање енглеских и француских аутора које је обухватило 5.192 ученика узраста 15-16

година упоређивало је групе испитаника у Енглеској и Француској и њихово коришћење алкохола, дувана и дрога повезано с различитим структурама породице и односима међу њеним члановима [8]. Независно од земље у којој је вршено, истраживање је показало да су деца која нису била задовољна односима с родитељима, као и деца којима није било посвећено довољно пажње, чешће користила психоактивне супстанце и тешке дроге од деце којој се посвећивало више љубави и пажње. Методом логистичке регресије је показано да је највећи утицај на овакав тренд имало незнање родитеља о томе где се њихова деца налазе и где излазе током слободног времена, при чему је установљено да је највећи утицај на оваква дешавања имао излазак викендима.

Резултати студије изведене у Мађарској 2000. године на 1.039 ученика средњих школа ради процене утицаја социодемографских и психолошких фактора, породице и друштва на почетак пушења, конзумирање алкохолних пића и употребе дрога у адолесценцији показали су да је за злоупотребу супстанци кључан социодемографски утицај, при чему није доказан велики утицај мајке и друштва, док је отац имао мањи утицај на будућу злоупотребу свих супстанци код своје деце [9].

Доказано је и да многи биолошки фактори и начин понашања особе који су повезани с неуролошким и полним сазревањем имају утицаја на развој злоупотребе супстанци код појединаца. Студије су показале и да је код деце код које се испољава поремећај инхибиције повећана вероватноћа за каснији развој злоупотребе супстанци [10]. Сматра се да је најчешћи предиспозициони фактор код младих за каснију злоупотребу супстанци заступљеност антисоцијалног, импулсивног и агресивног понашања [11]. Многа истраживања су такође показала да је за почетак злоупотребе супстанци одговорна у великој мери интеракција између појединца и околине [12].

Сазнање о заступљености фактора ризика и хроничних незаразних обољења у Србији био је разлог извођења неколико проспективних интервентних мултицентричних студија у организацији Секције опште медицине Српског лекарског друштва ради отклањања или сузбијања фактора ризика за ова обољења [13, 14, 15]. Циљ ових истраживања је био да стил рада у студијама прерасте у уобичајени рад лекара опште медицине, јер промене у правцу формирања породичног лекара подразумевају континуитет здравствене заштите кроз знатно више превентивних активности, како индивидуално, тако и на нивоу породице, као и обавезну оцену постигнутих резултата. Резултати студије из 2004. године [14] потврђују да највиши укрштени однос (*odds ratio*) с осталим факторима ризика за појаву ангине пекторис, дијабетес мелитуса тип 2, а нарочито инфаркта миокарда и цереброваскуларног инсульта, има пушење цигарета. Још једна проспективна интервентна студија у Србији потврдила је да највиши ризик укрштеног односа за инфаркт миокарда и цереброваскуларног инсульта има пушење цигарета, а високо статистички значајни су хипертензија и позитив-

на породична анамнеза. Многи аутори сматрају да је престанак пушења одлучујући у превенцији цереброваскуларних и кардиоваскуларних обољења. Пушење је водећи фактор ризика за коронарну болест, нарочито код особа оболелих од дијабетеса, јер убрзава оксидацију *LDL*-холестерола, повећава адхезију тромбоцита, изазива коронарну вазоконстрикцију узроковану никотином и доводи до хипоксемије услед удињања угљен-мооксида. Стога је придобити болесника да прекине с пушењем бар пре 65. године вероватно најефикаснији начин за лекара да спречи клиничке последице атеросклерозе [15].

ЗНАЧАЈ КОМУНИКАЦИЈЕ ЗА ЗДРАВЉЕ ПОРОДИЦЕ

Живот људи се не може замислити без разговора. Вербално и невербално комуницирање обогаћује односе међу људима и оплемењује напоре да се споразумевањем подстакну разумевање, саосећање и брига за друге. Посебно је важно уважавање личности саговорника и његовог мишљења без обзира на године, ниво образовања и друге разлике. Многи неуспеси и неочекивано лоши резултати настају због површности и грешака у комуницирању, изостанка емпатичког става и непостојања партнерског односа. Вештина комуницирања није генетски условљена, већ се стиче кроз дуготрајан процес социјализације детета и одрасле особе. Уколико се свакодневно придржавамо одређених правила комуникације, сигурно ћемо побољшати квалитет породичног живота. Да бисмо успели у успостављању бољих односа и с одраслима и са децом, треба да савладамо девет вештина комуницирања: 1. бити ефикасан; 2. препознати препреке; 3. бити јасан; 4. изабрати метод; 5. брига о деци, разумевање и пажња; 6. разумети говор тела; 7. ефикасно слушати; 8. поставити питања; 9. знати комуницирати с „тешким” саговорником. Од свих набројаних вештина комуницирања најважнија је она која се односи на ефикасно слушање [16].

Сваки родитељ стрепи од тога да му дете не прихвати неке од ризичних стилова понашања, као нпр. да не постане наркоман. Та брига је нарочито изражена у периоду адолесценције, када дете повремено, а потом све чешће напушта родитељски дом у потрази за новим контактима и задовољствима. Вршњаци су тзв. секундарно уточиште с потенцијалним ризичним понашањем. Алкохол, цигарете и дрога чак и као први експеримент младих могу бити уводни корак у зависност. Родитељи најчешће оптужују децу због конзумирања психоактивних супстанци, не прихватајући чињеницу да је њихова незаинтересованост за отворену комуникацију и сталан рад на превенцији болести зависности у основи проблема. Родитељи, дакле, нису довољно упознали своју децу, нити су разговарали о дрогама и њиховом штетном деловању [17].

Постоји повезаност између настанка злоупотребе супстанци код младих људи и постојања неуробихејвиоралне инхибиције, употребе психоактивних супстан-

ци од стране родитеља и утицаја демографских одлика. Веома је значајно пратити социјални развој детета током преласка из ране у каснију фазу детињства, како би се на време открили потенцијални фактори и промене понашања који би могли утицати на развој злоупотребе супстанци код њих у каснијем животу [18].

Од најранијег детињства родитељи треба да усмеравају децу на здраве облике живљења и указују на изазове с којима ће се млада особа сresti током живота. Ако желе да обезбеде добар развој своје деце, родитељи би требало да следе следеће:

1. Не употребљавају цигарете, алкохол и дроге, јер се деца уче на примеру, а не речима;
2. Не дају деци алкохол, цигарете или друге супстанце и не истичу „мушкост”, „снагу”, „породичну традицију” и сличне системе вредности;
3. Не препуштају децу улици или другим неорганизованим активностима, већ да настоје да их упуте да своје слободно време искористе кроз спортске, културне, рекреативне, радне и друге активности, кроз које ће моћи да сагледају и измере њихов напредак;
4. Не замењују своје присуство и посвећеност деци усмеравајући их да сатима играју на компјутеру видео-игрице, то је штетно и може довести до зависности;
5. Не избегавају приче о породичним проблемима и њиховом решавању, као ни теме значајне за младе, као што су заљубљивање, љубав, сексуални односи итд.;
6. Не спречавају децу да износе своја мишљења и предлоге о свим породичним питањима с објашњењем да су још мали, недорасли и сл.;
7. Не траже да деца решавају њихове проблеме или буду предмет манипулације у решавању неких брачно-породичних питања;
8. Не фаворизују једно дете на штету другог детета (друге деце);
9. Не кажњавају децу физички;
10. Не намећу интересовања и професионална усмеравања деце према својим неоствареним амбицијама [17].

Код деце чији родитељи користе недозвољене супстанце већа је вероватноћа за развој поремећаја инхибиција, што у каснијем животу може да буде разлог почетка злоупотребе супстанци. Истраживања су показала да је остваривање великог скор на тесту који открива постојање поремећаја контроле понашања код деце узраста 10-12 година велики индикатор развоја потенцијалне употребе дрога у узрасту од 19 година [19]. У узрасту од 16 година неуробихејвиорална дезинхибиција је већи показатељ каснијег повећавања инциденције злоупотребе супстанци него постојање доказа за индивидуално повремено коришћење психоактивних супстанци у том узрасту. Когнитивне дисторзије побољшавају повезаност између неуробихејвиоралне дезинхибиције током детињства и коришћења марихуане у периоду адолесценције, што предиспонира младу особу за коришћење и тежих дрога у даљем животу. Неуробихејвиорална дезинхиби-

ција такође повећава вероватноћу тешкоће за уклапање у друштво у старијем узрасту, што заједно повећава вероватноћу за развој поремећаја злоупотребе супстанци [20].

Фактори у вези с алкохолизмом у породици обухватају однос родитеља или старатеља према алкохолу и конзумирање алкохола од стране родитеља који деца запајају и могу да усвоје. Религиозни ставови породице могу да утичу на будућу конзумацију алкохола код деце. Елементи породичних активности који могу да доведу до повећања инциденције менталних проблема и алкохолизма код деце обухватају: психопатологију родитеља, породични социоекономски статус и општу породичну психопатологију. Односи чланова породице и породично окружење у великој мери доприносе да се код деце из оваквих средина развију проблеми у вези са злоупотребом алкохола, као и разни проблеми менталног здравља [21]. Истраживачи и лекари клиничари су потврдили да деца у чијој породици постоји алкохолизам показују повећане нивое психопатологије. Код ове деце је од четири до шест пута већа вероватноћа да ће се развити зависност од алкохола у односу на општу популацију [22].

Нека истраживања су показала да су анксиозност, депресија и поремећаји понашања појаве с већом учесталошћу у породицама у којима постоји алкохолизам него у другим породицама опште популације [23, 24].

И у лечењу зависности породица је од изузетне важности. То је сложен процес и укључује различите биолошке, психолошке и социјалне факторе. Тзв. терапија четири ослонаца издваја као посебно важне зависника, фармакотерапију, породицу и социјалну мрежу, као и терапијски тим са структурираним програмом лечења, који су у непрекидној интеракцији и имају променљив значај у зависности од појединих

фаза лечења. Зависник је основни ослонац у лечењу. Он нема мотивацију или је она веома мала и недовољна за остварење основног циља – одржавање апстиненције, као и побољшања породичног, професионалног и социјалног функционисања. Успех у лечењу и код најтеже зависности представља непрестано јачање воље болесника, која је доживотни ослонац у лечењу. Поред зависника, његове воље и мотивације, породична и социјална мрежа су такође доживотни ослонац у лечењу. Постоје специфичне терапијске методе рада с породичном и социјалном мрежом која је веома важна, нарочито у превенцији рецидива зависности [25].

ЗАКЉУЧАК

Породица, као основна социјална јединица, има одлучујућу улогу у здрављу и болести својих чланова. Она је примарна јединица у којој се здравствене потребе формирају и решавају. Породица самостално, сопственим ресурсима, решава око 75% укупних здравствених потреба. За формирање личности детета најважнија су три фактора: љубав, осећај сигурности и хармонични односи између родитеља. У хармоничним породичним односима родитељи су узор деци. Вербално и невербално комуницирање обогаћује односе међу људима и оплемењује напоре да се споразумевањем подстичу разумевање, саосећање и брига за друге. Изабрани, односно породични лекар може на најбољи начин да свеобухватно и континуирано спречи и излечи многе болести које настају као производ породичне дисфункционалности, као што су болести зависности, уз активно учешће појединца, породице, здравствене службе и читаве заједнице.

ЛИТЕРАТУРА

- Lapčević M, Bešević D, Harhai M, Palić G, Žigic D. Pородична medicina – porodični lekar. Opšta medicina. 1998; 4(2-3):125-49.
- Lapčević M, Dimitrijević I, Ristić J, Vuković M. Rangiranje po skali životnih vrednosti. Srp Arh Celok Lek. 2006; 134(9-10):432-8.
- Lapčević M, Dimitrijević I, Ristić J. Faktori koji utiču na to da se lekari i specijalisti opšte medicine afirmativno izjasne o prihvatanju da postanu porodični lekari. Srp Arh Celok Lek. 2006; 134(Suppl 2):128-35.
- Švab I, Petek-Šter M. Long-term evaluation of undergraduate family medicine curriculum in Slovenia. Srp Arh Celok Lek. 2008; 136(5-6):274-9.
- Lapčević M, Ivanković D, Žigic D. Ličnost, zdravlje i zdravstveno vaspitanje. Beograd: Sekcija opšte medicine Srpskog lekarskog društva; 2001.
- The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, February 2009.
- Četvrta ESPAD studija – dodatno istraživanje 2008. godine: Rezultati istraživanja o upotrebi cigareta, alkohola i drugih droga među mladima u Srbiji. Beograd, 2008. Available from: www.batut.org.rs.
- Ledoux S, Miller P, Choquet M, Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. Alcohol Alcohol. 2002; 37:52-60.
- Piko B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? Subst Use Misuse. 2000; 35:617-30.
- Spear L. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. Neurosci Biobehav Rev. 2000; 24:417-63.
- Blackson T. Temperament: a salient correlate of risk factors for drug abuse. Drug Alcohol Depend. 1994; 36:205-14.
- Wills TA, Stoolmiller M. The role of self-control in early escalation of substance use: a time-varying analysis. J Consult Clin Psychol. 2002; 70:986-97.
- Konstantinović D, Žigic D. Multicentrična studija prevalence faktora rizika i hroničnih oboljenja (MCS). Opšta medicina. 1996; 2(2-3):83-127.
- Lapčević M, Vuković M. Faktori rizika za hronična nezazna oboljenja: dvanaestonedeljna prospektivna studija. Srp Arh Celok Lek. 2004; 132(11-12):415-21.
- Lapčević M, Vuković M, Dimitrijević I, Kalezić N, Ristić J. Uticaj medikamentnog i nemedikamentnog lečenja na smanjenje faktora rizika za kardiovaskularne i cerebrovaskularne događaje u interventnoj studiji. Srp Arh Celok Lek. 2007; 135(9-10):554-62.
- Lapčević M, Žigic D, Kovačeva K, Šukrijev Lj, Ivanković D. Veština komuniciranja. Beograd: Sekcija opšte medicine Srpskog lekarskog društva i Združenje lekara po opšta medicina MLD; 2005.
- Dimitrijević I. U veku droge: priručnik za porodicu i školu. Petrovac na Mlavi: Stojadinović; 2007.
- Kirisci L, Vanyukov M, Tarter R. Detection of youth at high risk for substance use disorders: a longitudinal study. Psychol Addict Behav. 2005; 3:243-52.
- Tarter R, Kirisci L, Mezzich A, Cornelius J, Pajer K, Vanyukov M, et al. Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at

- onset of substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1078-85.
20. Kirisci L, Tarter R, Vanyukov M, Reynolds M, Habeych M. Relation between cognitive distortions and neurobehaviour disinhibition on the development of substance use during adolescence and substance use disorder by young adulthood: a prospective study. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 76:125-33.
 21. Ellis DA, Zucker RA, Fitzgerald HE. The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health Res World*. 1997; 21:218-26.
 22. Russell M. Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. In: Windle M, Searles J, editors. *Children of Alcoholics: Critical Perspectives*. New York: Guilford Press; 1990. p.9-38.
 23. West M, Prinz R. Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychol Bull*. 1987; 102:204-18.
 24. Seilhamer RA, Jacob T. Family factors and adjustment of children of alcoholics. In: Windle M, Searles J, editors. *Children of Alcoholics: Critical Perspectives*. New York: Guilford Press; 1990. p.168-186.
 25. Dimitrijević I. Bolesti zavisnosti – dijagnostika, lečenje, prevencija. Beograd: KIZ Centar; 2004.

Family Health and Family Physician's Influence on Prevention of Psychoactive Substances Abuse

Mirjana Lapčević¹, Ivan Dimitrijević²

¹Healthcare Centre "Voždovac", Belgrade, Serbia;

²Hospital of Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

SUMMARY

The family, as the basic social unit, has a decisive role in the health and disease of its members. It is the primary unit where health needs are formed and solved. By its own resources the family independently resolves about 75% of the total health requirements. In the paper the authors study family characteristics which influence family health and diseases, indicators of family health and the scale of life values. Also, the study evaluates social factors, communication and the influence of the usage of psychoactive substances on family health and the quality of family life. To form the personality of a child three factors are most significant: love, the feeling of safety and the presence of harmonious relationship between the parents. Life harmony in a family also depends on the quality of structural components of the personality and the interaction of motivation of its members. Early childhood determines the future personality of the adult person. At that period, habits and partially attitudes are formed. In harmonious family relationships the parents are the role model to children. Verbal and non-verbal communication enrich the relationship among

people and enable efforts in supporting understanding, compassion and care for others by mutual agreement. On the scale of life values of Serbian citizens health holds the first position. Immediately following the health issue is good relationship in the family. As healthcare is not only the task of healthcare services, but also of each individual, family and the society as a whole, it is on healthcare personnel to educate the citizens how to preserve and improve their own health and the health of their family by a continual healthcare and education. Above all, this concerns avoidance of bad habits, such as smoking, immoderate alcohol consumption, narcotic abuse, physical inactivity, hypercaloric nutrition, etc. Also, it is significant to make an early recognition of disease symptoms and to turn for help to the chosen doctor on time. Family medicine and family doctors can in the best way, entirely and continually, prevent and treat numerous diseases occurring as the result of family dysfunction, with active participation of each individual, family, healthcare services and the community.

Keywords: family; family health; psychoactive substances; smoking; alcohol; narcotics

Примљен • Received: 10/11/2009

Прихваћен • Accepted: 01/04/2010