

Učestalost alkoholom uzrokovanih poremećaja kod bolesnika liječenih u Dnevnoj bolnici odjela psihijatrije Opće bolnice Bjelovar

The frequency of alcohol induced disorders in patients treated at the Daily Hospital on the psychiatric ward of Bjelovar General Hospital

Đurđica Grabovac¹, Goranka Rafaj¹, Damir Lauš²

¹ Visoka tehnička škola u Bjelovaru, Stručni studij sestrinstva, Trg Eugena Kvaternika 4, 43000 Bjelovar

¹ Technical College in Bjelovar, Study Programme in Nursing, Eugena Kvaternika 4, 43000 Bjelovar

² Ministarstvo unutarnjih poslova, Policijska uprava Bjelovarsko-bilogorske županije, Vlahe Paljetka 2, 43000 Bjelovar

² The Republic of Croatia Ministry of the Interior, Police administration in Bjelovar-Bilogora County, Vlahe Paljetka 2, 43000 Bjelovar

² Student doktorskog studija Kineziološkog fakulteta, Horvaćanski zavoj 15, 10000 Zagreb

² Postgraduate student at doctoral study at the Faculty of Kinesiology, Horvaćanski zavoj 15, 10000 Zagreb

Sažetak

Alkoholizam nastaje zbog nekontroliranog i prekomjernog unosa alkoholnih pića. Poremećaj se opisuje kao kronična i neizlječiva bolest.

Alkoholizam utječe na međuljudske odnose, članove obitelji, negativno utječe na radnu sposobnost, uzrokuje prekomjerne izostanke s posla, neželjene nesreće na radu i u prometu.

Alkoholičari često bivaju odbačeni od svoje radne, socijalne i obiteljske sredine, što uzrokuje znatne socijalne i ekonomske probleme. Alkoholizam kao socijalno-medicinska bolest stalno raste, a dobna se granica ovisnosti stalno smanjuje.

Istraživanje je provedeno u Dnevnoj bolnici Odjela psihijatrije Opće bolnice Bjelovar. U istraživanje je uključeno četrdeset ispitanika kod kojih je verificirana ovisnost o alkoholu. Svi ispitanici ispunili su anonimni upitnik s ciljem detektiranja poremećaja koji nastaju kao posljedica prekomjerne konzumacije alkoholnih pića ili se javljaju kao simptomi apstinencijskog sindroma nakon ustezanja od alkohola. Mjerni instrument bio je AUDIT – upitnik. Ne postoje razlike između skupina ispitanika u pojavnosti alkoholom uzrokovanih poremećaja u odnosu na vrijeme početka pijenja, preferirane konzumacije vrsta alkoholnih pića te na učestalost konzumacije.

Glavne riječi: alkoholizam • apstinencijski poremećaji • AUDIT- upitnik

Kratki naslov: Poremećaji uzrokovani alkoholom i dnevna bolnica

Abstract

Alcoholism is caused by uncontrolled and excessive intake of alcoholic beverages. The disorder is described as a chronic and incurable disease.

Alcoholism affects interpersonal relationships, family members, negatively affects the ability to work, causing excessive absenteeism, unwanted accidents at work and traffic.

Alcoholics are often rejected by their work, social and family environment, resulting in significant social and economic problems. Alcoholism as a socio-medical disease has witnessed a steady increase in the incidence and the age limit dependency records constantly decreasing.

The research was conducted in the Day Hospital - Department of Psychiatry, General Hospital Bjelovar. The study included forty patients in who was verified alcohol dependence. All subjects filled out the anonymous questionnaire, with the aim of detecting disorders arising as a result of alcohol abuse and/or incidence of occurrence of symptoms of abuse syndrome after alcohol withdrawal. Instrument was AUDIT - questionnaire. There were no differences between groups in the incidence of alcohol related disorders in relation to the start of drinking, consumption of preferred types of alcoholic beverages, as well as the frequency of consumption.

Key words: alcoholism • abstinence disorders • AUDIT- questionnaire

Running head: disorders caused by alcohol abuse and day hospital

Received March 21st 2015;

Accepted April 18th 2015;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Đurđica Grabovac, dipl.med.techn. Visoka tehnička škola Bjelovar, Stručni studij sestrinstva, Trg Eugena Kvaternika 4, 43000 Bjelovar • Tel: +385 98 96 51 848 • E-mail: dgrabovac@vtsbj.hr

Uvod / Introduction

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, alkoholizam je socijalno-medicinska bolest koja nastaje zbog dugotrajnog konzumiranja alkoholnih pića [1].

Broj oboljelih ovisnika o alkoholu u Republici Hrvatskoj [RH] premašio je broj od 300 tisuća. Starosna dobna granica ovisnosti ima znatnu tendenciju spuštanja. Istraživanja verificiraju da se prva pijanstva kod dječaka bilježe u starosnoj dobi od 12 godini, a kod djevojčica od 13. godine [1,2].

Šest simptoma značajnih za alkoholizam kao kroničnu bolest jesu:

- (i) snažna želja i hitna potreba za pijenjem alkoholnih pića;
- (ii) gubitak kontrole, nemogućnost prestanka pijenja kad pijenje počne;
- (iii) fizička ovisnost. Nakon prestanka pijenja javlja se tremor, pojačano znojenje, tjeskoba, mučnina, povraćanje i sl.;
- (iv) tolerancija. Potreba za pijenjem sve većih količina alkohola da bi se postiglo određeno stanje u organizmu, koje se prije postizalo pijenjem manjih količina alkohola;
- (v) zanemarivanje članova obitelji, radnih i drugih obveza i interesa;
- (vi) nastavak pijenja unatoč spoznaji o njegovoj štetnosti [1,2,3,4,5,6].

Za razvoj bolesti ovisnosti o alkoholu potreban je vremenski period od deset do petnaest godina. U tom vremenskom periodu postoji nekoliko stupnjeva bolesti.

Jellinek opisuje tri stupnja razvoja alkoholizma, i to: stupanj društveno prihvatljive potrošnje (privikavanje na alkohol); stupanj baždara (postojanje ovisnosti o alkoholu) i stupanj pada tolerancije (alkoholom izazvana znatna oštećenja organizma) [1,2].

Prvi stupanj: razvoj alkoholizma označava privikavanje na alkohol, pijenje alkoholnih pića u prigodnim situacijama. Postupno se povećava količina popijenog alkohola, čime se raste stupanj tolerancije i potreba da se povećava količina popijenog alkohola tijekom dana. Javljaju se problemi uzrokovani prekomjernim pijenjem: problemi i svađe u obitelji, opomene i upozorenja poslodavca te početne zdravstvene teškoće. Ovaj stupanj naziva se stupanj zlouporabe alkohola. Bolesnik može kontrolirati kvantitetu unosa alkoholnih pića i prekid pijenja može se postići bez znatnih posljedica.

Drugi stupanj: stupanj baždara. To je količina alkohola koju čovjek mora popiti da bi mogao izvršavati svakodnevne potrebne radnje, ali uz znatno smanjenu funkcionalnost. U ovom stupnju nastaje ovisnost o unosu alkoholnih pića koji se očituje kroz dva pod-stupnja.

Rani pod-stupanj je psihička ovisnost, kada alkoholičar može apstinirati nekoliko dana, tjedana, mjeseci, ali svaka konzumacija alkoholnih pića završava opijanjem. Nastaje nemogućnost kontrole kvantitete unosa alkoholnih pića. Takva opijanja tijekom vremena postaju češća i produžuje se njihovo trajanje, a vremenski prekidi sve su kraći. Postupno bolest alkoholizma napreduje. Bolesnik ulazi u podstadij fizičke ovisnosti. Mora piti svakodnevno da bi mogao funkcionirati jer pri padu koncentracije alkohola u krvi osjeća apstinencijske tegobe, kao što su: nemir, žudnja za pijenjem, znojenje, tremor, nesanica, nesigurnost, mučnina i povraćanje.

Treći stupanj: tolerancija. Javlja se kod višegodišnje ovisnosti o konzumaciji alkoholnih pića. Unosom manjih količina alkoholnih pića, u odnosu na početak konzumiranja, dolazi do teških i nepovratnih tjelesnih oštećenja.

Alkoholičar najčešće dolazi na liječenje zbog problema u izvršavanju radnih zadataka, problema u obitelji, oštećenja zdravlja, pod prisilom suda ili policije. Kod bolesnika koji se prvi put odazivaju na liječenje u ovom pod-stupnju, već su nastale znatne promjene ponašanja, organski i moždani poremećaji [4,5,6,7,8,9].

Posljednjih dvadesetak godina bolesnici dolaze na liječenje u stadiju bolesti u kojem su znatno narušeni društveni odnosi - , osobito između članova obitelji, a bolesnik je napušten i sam.

Metode / Methods

Istraživanje je provedeno u Jedinici djelatnosti psihijatrije – odsjek Dnevne bolnice Opće bolnice Bjelovar. Za svrhe istraživanja uporabljen je trostupanjski anonimni upitnik. U istraživanje je uključeno četrdeset ispitanika (N =40) muškoga spola životne dobi od 22 do 77 godina [prosječna vrijednost 48]. Kod svih ispitanika verificirana je bolest ovisnosti o alkoholu.

Uporabom upitnika dobiveni su demografski podatci: spol, dob, bračni status, stručna sprema, zaposlenje. Odgovori iz općeg dijela upitnika omogućili su bilježenje, i to: „kada ste prvi put pili“, „koju vrstu alkohola najčešće konzumirate“, „koliko ste najduže svakodnevno konzumirali alkoholna pića“ i „koliko ste najduže apstinirali od konzumiranja alkoholnih pića“; znakovi apstinencijskih smetnji nakon prestanka pijenja alkoholnih pića, „nesanica“, „tremor“, „pojačano znojenje“, „nervoza“, „pojačano lupanje srca“, „jeste li imali epileptičke napade, gubitak svijesti?“, „jeste li patili od depresije (potištenosti) prije početka pijenja alkoholnih pića?“, „jeste li imali halucinacije, slušne, vidne, pod utjecajem alkohola ili bez njega?“, „jeste li se liječili od ovisnosti o alkoholu?“, „razlozi vaše apstinencije“.

Identifikacija poremećaja zbog prekomjernog unosa alkoholnih pića dobivena su uporabom AUDIT – upitnika koji se sastoji od deset pitanja.

Na prvih osam pitanja ponuđeno je pet odgovora, na deveto i deseto pitanje ponuđena su tri odgovora. Upitnik se ocjenjuje: pitanja od 1 do 8 ocjenjuju se s 0, 1, 2, 3 ili 4 boda; pitanja 9 i 10 ocjenjuju se samo s 0, 2, 4 boda. Najmanji rezultat (ispitanici koji ne piju) je 0, a najveći rezultat iznosi 40. Rezultat od 8 ili više bodova indicira postojanje riskantnog i škodljivog unosa alkoholnih pića.

Posljednji dio upitnika odnosi se na opća pitanja koja opisuju način na koji osoba pije, i identifikaciju apstinencijskih tegoba. Ovako izrađen upitnik u uporabi je za prikupljanja podataka za potrebe ispunjavanja sestrinske anamneze.

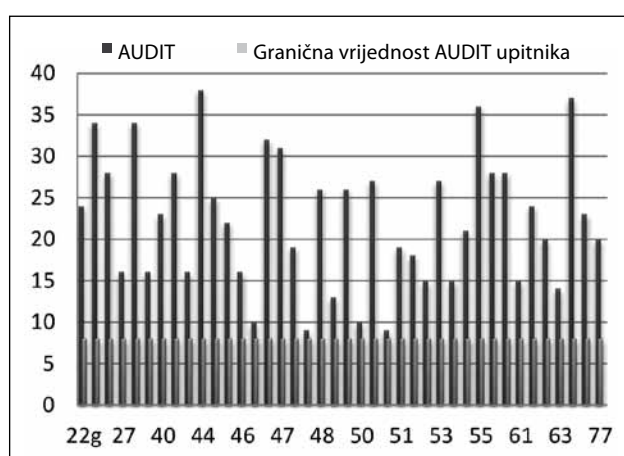
Korištena je deskriptivna statistika.

Podaci su analizirani programima statističkog paketa SPSS [Frequencies, Correlate Bivariate, K Independent Samples, 2 Independent Samples, Chichago, Illinois, USA]. Izračunate su frekvencije, postotci prema ispitivanim varijablama. Korelacije između varijabli i razina značajnosti prikazani su Spearmanovim testom. U slučajevima razlikovanja tri i više parametara korišten je neparametrijski Kruskal-Wallisov test, te Hi kvadrat test.

Rezultati / Results

Podijeljena su četrdeset tri (43) upitnika. Nisu vraćena 3 upitnika [12,9%]. Popunjeno je 87,1% upitnika, tj. četrdeset upitnika te je definiran ukupan broj ispitanika (N=40).

Ispitanici su nakon dobivenih uputa od voditelja istraživanja samostalno ispunjavali upitnike. Ispunili su upitnik AUDIT radi identificiranja alkoholom uzrokovanih poremećaja. Rezultat od 8 i više bodova označavao je prisutnost ovisnosti o unosu alkoholnih pića kod ispitanika. Zbirni rezultati prema AUDIT-ovu upitniku [Slika 1]: najmanji rezultat iznosi 9, a najveći rezultat 38 bodova. Rezultati pokazuju da je kod svih ispitanika verificirano postojanje ovisnosti o unosu alkoholnih pića.



SLIKA [1] Rezultati dobiveni uporabom upitnika AUDIT te starosna dob ispitanika.

Iz Tablice [Tablica 1] vidljivo je da je najveći broj ispitanika (45%) prvi put konzumirao alkohol između 15. i 20. godine života. Najveći broj ispitanika najčešće je konzumirao pivo (55%), a najviše ispitanika odgovorilo je (32,5%) da alkoholna pića konzumira 2 do 3 puta tjedno.

Nesanicu kao poremećaj u trajanju od 1 do 7 dana opisuju najviše ispitanika (45%). Najveći postotak ispitanika nije imao tremor (47,5%) niti znojenje (47,5%). Najveći postotak ispitanika (60%) osjećao je nervozu u trajanju od 1 do 7 dana, pojačano lupanje srca u trajanju od 1 do 7 dana (52,5%). Postojanje epileptičkih napada negira 80% ispitanika. Znaatan postotak ispitanika (57,5%) navodi postojanje depresije prije početka unosa alkoholnih pića, a 77% ispitanika negira postojanje vidnih i slušnih halucinacija [Tablica 2].

Znaatan postotak ispitanika (52,5%) najduže je apstinirao od konzumiranja alkoholnih pića, i to od 1 do 5 godina, kao što je prikazano na tablici [Tablica 3]. Osamdeset posto ispitanika odgovorilo je da su se već liječili od ovisnosti o alkoholu. Razlozi za apstinenciju podjednako su zastupljeni, osim broja navedenih razloga za „posao“, kojih je bilo najmanje (7,5%).

Rezultati prikazani u tablici [Tablica 4] pokazuju da se skupine ispitanika odabrane po kriterijima: prvi put se opio

Tablica [1] Frekvencija varijabli kriterija s obzirom na pojavnost alkoholom uzrokovanih poremećaja.

Varijable	Frekvencija (N)	Postotak (%)
Kada ste se prvi puta opili?	40	100
Prije svoje 15 godine	11	27,5
15-20 godine	18	45
20-25 godine	11	27,5
Koju vrstu alkohola najčešće konzumirate?	40	100
Vino	11	27,5
Pivo	22	55
Žestoko piće	7	17,5
Koliko često pijete alkoholna pića?	40	100
Mjesečno ili manje	6	15
2 do 4 puta mjesečno	10	25
2 do 3 puta tjedno	13	32,5
4 ili više puta tjedno	11	27,5

TABLICA [2] Frekvencija varijabli ispitivanih poremećaja.

Varijable	Frekvencija (N)	Postotak (%)
Nesanica	40	100
Ne	14	35
1-7 dana	18	45
7-30 dana	7	17,5
Više od 30 dana	1	2,5
Tremor	40	100
Ne	19	47,5
1-7 dana	15	37,5
7-30 dana	5	12,5
Više od 30 dana	1	2,5
Znojenje	40	100
Ne	19	47,5
1-7 dana	14	35
7-30 dana	4	10
Više od 30 dana	3	7,5
Nervozna	40	100
Ne	7	17,5
1-7 dana	24	60
7-30 dana	6	15
Više od 30 dana	3	7,5
Pojačano lupanje srca	40	100
Ne	0	0
1-7 dana	21	52,5
7-30 dana	14	35
Više od 30 dana	5	12,5

TABLICA [2] Nastavak.

Varijable	Frekvencija (N)	Postotak (%)
Jeste li imali epileptične napade?	40	100
Da	8	20
Ne	32	80
Jeste li patili od depresije prije početka pijenja?	40	100
Da	23	57,5
Ne	17	42,5
Jeste li imali halucinacije, vidne, slušne, pod utjecajem alkohola?	40	100
Da	9	22,5
Ne	31	77,5

„prije svoje 15 godine“, „15-20 godine“ i „20-25 godine“ na razini pogreške $p < ,05$ međusobno znatno ne razlikuju. Ne postoje razlike između skupina ispitanika u pojavnosti u svezi s alkoholom uzrokovanih poremećaja u odnosu na vrijeme početka pijenja.

Prikazani rezultati u tablici [tablica 5] pokazuju da se skupine ispitanika odabrane po kriterijima: koju vrstu alkohola najčešće konzumirate? „vino“, „pivo“ i „žestoko piće“, na razini pogreške $p < ,05$ međusobno znatno ne razlikuju. Ne postoje razlike između skupina ispitanika u pojavnosti alkoholom uzrokovanih poremećaja u odnosu na preferirane vrste alkoholnih pića.

TABLICA [3] Frekvencija varijabli liječenja i apstinencije.

Varijable	Frekvencija (N)	Postotak (%)
Koliko ste najduže apstinirali od konzumiranja alkoholnih pića?	40	100
1-3 i više mjeseci	10	25
6-12 mjeseci	9	22,5
1-5 godina	21	52,5
Jeste li se liječili od ovisnosti o alkoholu?	40	100
Da	32	80
Ne	8	20
Opišite razloge svoje apstinencije	40	100
Obitelj	13	32,5
Posao	3	7,5
Zdravlje	11	27,5
Sudska mjera	13	32,5

Opisani rezultati u tablici [Tablica 6] pokazuju da se skupine ispitanika formirane po kriterijima: Koliko često pijete alkoholna pića? - „mjesečno ili manje“, „2 do 4 puta mjesečno“ i „2 do 3 puta tjedno“, „4 ili više puta tjedno“ na razini pogreške $p < ,05$ međusobno znatno ne razlikuju.

Ne postoje razlike između skupina ispitanika u pojavnosti alkoholom uzrokovanih poremećaja u odnosu na učestalost pijenja.

TABLICA [4] Rezultati Kruskal-Wallis testa za varijablu „Kada ste se prvi puta opili?“ i varijabli poremećaja u uzorku alkoholičara.

	NES	TRE	ZNO	NER	LUS	EPI	DEP	HAL
Hi-kvadrat	3,505	5,593	5,172	2,286	1,605	2,714	3,072	2,628
df	2	2	2	2	2	2	2	2
p	,173	,061	,075	,319	,448	,257	,215	,269

Skraćenice: NES – nesanica; TRE – tremor; ZNO – znojenje; NER – nervoza; LUS – Pojačano lupanje srca; EPI - Jeste li imali epileptične napade?; DEP – Jeste li patili od depresije prije početka pijenja?; HAL - Jeste li imali halucinacije (vidne, slušne) pod utjecajem alkohola?; Hi-kvadrat test; df – stupnjevi slobode; p – asimptotska vrijednost pogreške zaključivanja.

TABLICA [5] Rezultati Kruskal-Wallis testa za varijablu „Koju vrstu alkohola najčešće konzumirate?“ i varijabli poremećaja u uzorku alkoholičara.

	NES	TRE	ZNO	NER	LUS	EPI	DEP	HAL
Hi-kvadrat	0,057	1,056	3,206	1,624	0,791	0,261	2,937	1,676
df	2	2	2	2	2	2	2	2
p	,972	,590	,201	,444	,673	,878	,230	,433

Skraćenice: NES – nesanica; TRE – tremor; ZNO – znojenje; NER – nervoza; LUS – Pojačano lupanje srca; EPI - Jeste li imali epileptične napade?; DEP – Jeste li patili od depresije prije početka pijenja?; HAL - Jeste li imali halucinacije (vidne, slušne) pod utjecajem alkohola?; Hi-kvadrat test; df – stupnjevi slobode; p – asimptotska vrijednost pogreške zaključivanja.

TABLICA [6]. Rezultati za varijablu „Koliko često pijete alkoholna pića?“ i varijabli poremećaja u uzorku alkoholičara [Kruskal-Wallis].

	NES	TRE	ZNO	NER	LUS	EPI	DEP	HAL
Hi-kvadrat	1,824	5,669	5,419	2,381	0,861	4,960	0,660	2,172
df	3	3	3	3	3	3	3	3
p	,610	,129	144	497	835	,175	,883	,537

Skraćenice: NES – nesanica, TRE – tremor, ZNO – znojenje, NER – nervoza, LUS – Pojačano lupanje srca, EPI - Jeste li imali epileptične napade?, DEP – Jeste li patili od depresije prije početka pijenja?, HAL - Jeste li imali halucinacije (vidne, slušne) pod utjecajem alkohola?, Hi-kvadrat test, df – stupnjevi slobode, p – asimptotska vrijednost pogreške zaključivanja.

Rasprava / Discussion

Alkoholičari se razlikuju prema mnogobrojnim karakteristikama, kao što su: način pijenja, tip ovisnosti, genetska sklonost, crte ličnosti, tjelesne posljedice pijenja i psihopatologija.

Sredinom dvadesetog stoljeća Kanadčanin Elvin Morton Jellinek [34,35] podijelio je alkoholičare prema skupinama: alfa, beta, gama i delta, a Hudolin dodaje i zeta skupinu [1,2,3].

Alfa skupina alkoholičara razvila je psihičku ovisnost o alkoholu. Alkohol im služi za otklanjanje psihičkih i fizičkih tegoba. Za alfa alkoholičare nije karakterističan gubitak kontrole niti nemogućnost apstinencije. Javljuju se teškoće na razini poremećenih međuljudskih odnosa, a tijekom vremena mogu prijeći u teže oblike alkoholizma [1].

Alkoholičari iz beta skupine razvijaju komplikacije uzrokovane alkoholizmom u obliku polineuropatije, gastritisa i ciroze jetara. Ova skupina alkoholičara umire u mladoj životnoj dobi. Nisu razvili psihičku i fizičku ovisnost o alkoholu. Zdravstvene smetnje uzrokovane su metaboličkim poremećajima, karakterističnim za jednoličnu i lošu prehranu. Prisutni su poremećaji u obiteljskim odnosima, na radnom mjestu i u društvu općenito, ali ne javljaju se smetnje apstinencijskog sindroma. Beta alkoholičar može prijeći u gama ili delta skupinu alkoholičara [1].

Gama skupina alkoholičara pripada težem obliku alkoholizma. Kod bolesnika se razvija porast tolerancije na alkohol te pojačana adaptacija organizma na alkohol. Karakterističan je simptom gubitka kontrole: kad popije prvu čašu, bolesnik se ne može kontrolirati, ali još može apstinirati kako ne bi nastao apstinencijski sindrom. Prema ponašanju, gama alkoholičari su vrlo agresivni [1].

Delta skupina alkoholičara ima povećanu toleranciju na alkohol, adaptaciju metabolizma na alkohol i simptome psihičke i fizičke ovisnosti o alkoholu. Razvija se apstinencijski sindrom ako naglo prestanu piti alkoholna pića. Kod bolesnika se javlja nemogućnost apstiniranja. Delta alkoholičari prema ponašanju su mirniji [1].

Epsilon skupinu alkoholičara nazivaju periodičnim alkoholičarima. To je klinički oblik alkoholizma u kojem bolesnik povremeno, u kraćim ili dužim vremenskim razmacima dobiva neodoljivu želju za konzumacijom alkoholnih pića. Takav oblik alkoholizma u Europi i Latinskoj Americi naziva se dipsomanijom.

Zeta skupinu alkoholičara obilježava korištenje zamjene za alkohol u slučaju nedostatka alkoholnih pića. Nakon određenog tijeka vremena, poslije unosa većih i manjih količina alkoholnih pića, javljaju se teške promjene u ponašanju uz agresiju i krvne delikte [1,2,3].

Alkoholičar se teško suočava s činjenicom da baš on ne može piti alkoholna pića iako subjekti u njegovoj okolini konzumiraju alkoholna pića. U većini slučajeva, kao što verificiraju rezultati provedenog istraživanja, 80% ispitanika navodi da su bili na liječenju. Bez obzira na verbalni pristanak na liječenje i obećanja koja daje članovima obitelji, poslodavcu ili terapeutu, alkoholičar u sebi donosi odluku da tijekom određenog vremena neće konzumirati alkoholna pića, ali kada se tegobe zbog kojih je došao na liječenje smanje, opet će početi konzumirati znatne količine alkoholnih pića. Ako se želi izmijeniti ovakav stav, treba bolesnika podučiti što se može dogoditi ako opet počne konzumirati alkoholna pića [8,9,10,11].

Traženjem uzroka alkoholizma, mnogobrojna istraživanja koja su proveli psihoanalitičari zaključuju da su uzroci alkoholizma specifični neuspjesi u emocionalnom razvoju i odnosima u obitelji [12,13,14].

Što ranije počne zaustavljanje psihobiološkog razvoja, nezrelije je ponašanje osobe, poremećaji ličnosti, smanjeni su obrambeni mehanizmi, teža je simptomatologija konzumiranja alkohola te je slabija prognoza liječenja [8,9,10,15,16,17].

Osnovni je cilj liječenja ovisnosti o unosu alkoholnih pića uspostava i održavanje doživotne apstinencije, potpuna trijeznost i mijenjanje sustava vrijednosti pojedinaca koji su alkoholizmom bitno narušeni u odnosu na članove obitelji i društva u cijelini. Tijekom liječenja mogući su recidivi, ali potrebno je napomenuti da su oni sastavni dio liječenja. Ne treba ih promatrati u negativnom kontekstu, posebno u početku apstinencije, a o recidivima se mora razgovarati i terapijski ih analizirati [12,13,14,18,19].

Psihičke teškoće često se javljaju na početku liječenja, no njih je potrebno tretirati nakon uspostave apstinencije. Simptom depresije u provedenom istraživanju iznosi 57,5%, kao razlog početka konzumiranja alkoholnih pića [12,13,19].

Stav društva prema alkoholizmu kao bolesti marginalnih skupina ljudi i alkoholičaru kao socijalno oštećenoj osobi promijenjen je. Danas je alkoholičar prihvaćen kao bolesnik te je prihvaćena etiologija alkoholizma kao bolesti svih članova obitelji. Suvremeni pristup liječenju alkoholizma po-

drazumijeva sveobuhvatne programe: prevencije, ranu dijagnostiku, metode liječenja i rehabilitacije [1,2,3,19,20,21].

U metodama liječenja prednost se daje izvanbolničkim metodama liječenja i dugotrajnim metodama koje su u uporabi u klubovima liječenih alkoholičara. Liječenje u psihijatrijskim bolnicama indicirano je kod teških poremećaja ponašanja, u psihotičnim stanjima i onda kad su prisutna teška tjelesna oštećenja [1,20,21,22].

Nema specifičnog medikamentoznog liječenja koji je u uporabi radi liječenja alkoholizma. U uporabi su vitamini (B skupina), simptomatski lijekovi (preparati za regeneraciju parenhima jetre), medikamenti za izazivanje uvjetnog refleksa gađenja ili odbojnosti, lijekovi koji onemogućuju pijenje alkohola, sredstva koja smanjuju žudnju za alkoholom i lijekovi za smirenje [20,21,22,23].

Terapijska zajednica kao model liječenja važna je i nezaobilazna metoda u liječenju ovisnosti o uzimanju alkoholnih pića. Ona daje mogućnost zaštite bolesnikove osobnosti, aktivira bolesnika u terapijskom postupku radi samostalnog preuzimanja odgovornosti za osobno ponašanje i uspješnost liječenja. Osnova je metode mogućnost promjene ponašanja putem socijalnog učenja [1,2,3,24,25,26,27].

Grupna obiteljska terapija omogućuje uvid članovima obitelji u teškoće te se iznalaze metode pomoći za članove obitelji pri rješavanju individualnih i obiteljskih poremećaja, educira članove obitelji o potrebi promjena odnosa između članova obitelji i motivira članove obitelji da ustraju u stvaranju i održavanju novih, uspješnijih i kvalitetnijih odnosa u obitelji [28].

Klubovi liječenih alkoholičara sinonim su za rehabilitaciju u alkoholičara. Recentna istraživanja pokazuju da tijekom prve godine liječenja 65% (2/3) bolesnika odlazi iz Kluba liječenih alkoholičara (KLA) te da je vrijeme od 3 do 6 mjeseci najkritičnije za napuštanje KLA i rada u njemu [28,29,30,31,32].

Alkoholičar kod kojeg je verificiran recidiv uzrokuje nezadovoljstvo subjekata svakodnevnog okoline [supružnik, djeca, roditelji, prijatelji, poslodavac, članovi matičnoga KLA, terapeut]. Terapeuti navode postojanje osjećaja ljutnje jer pacijenatov recidiv smatraju osobnim neuspjehom. Zdravstveni djelatnik mora prepoznati i kontrolirati svoju ljutnju spram alkoholičara kod kojeg je verificiran recidiv, stoga se terapeuti moraju kontinuirano educirati [1,2,3,4,7,9].

Samo prestanak konzumiranja alkoholnih pića nije dovoljan za uspješnu apstinenciju, već je potrebno promijeniti životne navike koje su uzrokovale razvoj ovisnosti o konzumiranju alkoholnih pića. Iz grupe alkoholičara koji misle da je dovoljno prestati piti, a ne žele se promijeniti jer svaki pozitivan pomak zahtijeva mnogobrojnu edukaciju, regrutira se najveći broj recidivista. Rehabilitacija i resocijalizacija bolesnika-alkoholičara traje najmanje 5 godina. U alkoholološkoj literaturi postoji termin "mokroga recidiva", koji označava povratak uzimanju alkoholnih pića te "suhi recidiv", koji označava povratak starim, napuštenim oblicima ponašanja.

Klubovi liječenih alkoholičara postoje zbog sklonosti alkoholičara opetovanom konzumiranju alkoholnih pića.

O recidivu se može govoriti onda kada alkoholičar prestane kontinuirano posjećivati matični klub liječenih alkoholičara, odlaziti na kontrolne preglede i obiteljsku terapiju u nadležnu zdravstvenu ustanovu [1,2,3,9,28,29,33,34,35].

Zaključak / Conclusion

Starosna dob bolesnika alkoholičara kada je započeo piti alkoholna pića ne utječe na kvantitetu i kvalitetu psihičkih i fizičkih poremećaja. Rezultati provedenog istraživanja verificiraju da je najveći postotak ispitanika (45%) prvi put konzumirao alkoholna pića između 15 i 20 godine starosti. Najveći postotak ispitanika konzumirao je pivo (55%), a najviše ispitanika odgovorilo je (32,5%) da alkoholna pića konzumiraju 2 do 3 puta tjedno.

Za razvoj alkoholizama kao kronične bolesti potreban je dulji vremenski period [1-5 godina], uz dodatno djelovanje rizičnih čimbenika.

Način konzumiranja alkoholnih pića, učestalost, duljina vremenskog tijeka konzumiranja alkoholnih pića i apstinencije čimbenici za uporabu Jelinekov-e podjele alkoholizma prema etiologiji.

Prema rezultatima istraživanja, zaključuje se da ne postoje razlike između skupina ispitanika u pojavnosti alkoholom uzrokovanih poremećaja u odnosu na preferirane vrste alkoholnih pića, kao ni razlike između skupina ispitanika u pojavnosti alkoholom uzrokovanih poremećaja u odnosu na učestalost pijenja.

Literatura / References

- [1] Hudolin V, Gasparini P, Guidoni G. Klub liječenih alkoholičara. Priručnik za rad u Klubovima liječenih alkoholičara (ekološko socijalni pristup) s radovima Vladimira Hudolina. Trst: Europska škola alkoholologije i socijalne psihijatrije; 2000, str. 134-5.
- [2] Nenadić-Šviglić K, Uzun S, Ljubin T, Jelić S, Folnegović-Šmalc V. Demografsko-sociološke i alkoholološke karakteristike alkoholičara Dnevne bolnice. Alkoholološki Glasnik 1999;11:57-10.
- [3] Conger J. Alcoholism: theory, problem and challenge II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 1956;17:296-305.
- [4] Abas MA, Punpung S, Jirapramukpitak T, Guest P, Tabgchonlatip K, Leese M. Rural-urban migration and depression in ageing family members left behind. British Journal of Psychiatry 2009;195:54-60.
- [5] Monnig MA, Thayer RE, Caprihan A, Claus ED, Yeo RA, Calhoun VD, Hutchison KE. White matter integrity is associated with alcohol cue reactivity in heavy drinkers. Brain Behav 2014;4:158-70.
- [6] Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health. 1997;87:1491-1498.
- [7] Lopez Arrmona G, Lucendo AJ, Gonzales Delgado L. Alcoholic liver disease and change of bone mineral density. Rev Esp Enferm Dig 2013;105:609-621.
- [8] McGlinchey RE, Fortier CB, Venne JR, Maksimovsky AL, Milberg WP. Effects of OEF/OIF-related physical and emotional co-morbidities an associative learning: concurrent deary and trace eyeblink classical conditioning. Int J Environ Res Public Health 2014;11:3046-73.
- [9] Guy J, Peters MG. Liver disease in women: the influence of gender on epidemiology, natural history, and patient outcomes. Gastroenterology Hepatol 2013;9:633-9
- [10] Rhodes KV, Rodgers M, Sommers M, Hanion A, Crits Christoph P. The Social Health Intervention Project (SHIP): Protocol for randomized controlled clinical trial assessing the effectiveness of brief motivational intervention for problem drinking and intimate partner violence in an urban emergency department. BMC Emerg Med 2014;18:1-10
- [11] Kupers MA, Van Poppel MN, Van den Brink W, Wingen M, Kunst AE. The association between neighborhood disorder, social cohesion

- and hazardous alcohol use: a national multilevel study. *Drug and Alcohol Dependence* 2012;126:27-34.
- [12] Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood indeks in the United States. *BMJ*.1996;312:1004-1007.
- [13] Kinra S, Bowen LJ, Lyngdoh T, Prabhakaran D, Reddy KS, Ramakrishnan L. Sociodemographic patterning of non-communicable disease risk factors in rural India: a cross sectional study. *BMJ*. 2010;341:974.
- [14] Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, Van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ*.2009;339-447.
- [15] Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakron A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. *Alcohol and Alcoholism* 2010; 45:278-285.
- [16] Diez Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health* 2001;91:1783-1789.
- [17] Elgar FJ, Roberts C, Party-Langdon N, Boyce W. Income inequality and alcohol use:a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescent in34 countries. *European Journal of Public Health* 2005;15:245-250.
- [18] Henderson C, Liu X, Diez Roux AV, Link BG, Hasin D. The effects of US state income inequality and alcohol policies on symptoms of depression and alcohol dependence, *Social Science & Medicine* 2004;58:565-575.
- [19] Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Problem drinking and associated disorders in older adults in South Africa. *African Journal of Psychiatry* 2013;16:104-109.
- [20] Ross NA, Wolfson IC, Dunn JR, Berthelot JM, Kaplan GA, Lynch JW. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics *BMJ*. 2000;320:898-902.
- [21] Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing „neighborhood effects“: social processes and new direction in research. *Annual Review of Sociology* 2002;28:443-478.
- [22] Livch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. Systematic review. *Milbank Quarterly* 2004;82:5-99.
- [23] McKenzie DJ. Measuring inequality with asset indicators. *Journal of Population Economics* 2005;18:229-260.
- [24] Nilchaikovit T, Lortrakul M, Paisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital and Depression Scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1998;41:183.
- [25] Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and social disfunction. *Annual Review of Sociology* 2009;35:493-511.
- [26] Sturua L, Baramidze L, Gamakrelidze A, GaMaya G. Alcohol use in Georgian students; pilot study rigorously following criteria of European school project on alcohol and other drug. *Georgian Medical News* 2010;17:52-61.
- [27] Shimane T, Wada K. Substance use among night high school student in Japan. *Nihon Arukoru Yekubutsu Igakkai Zasshi* 2007;42:152-164.
- [28] Marinić Ž. Neka razmišljanja o recidivu. *Alkohološki Glasnik* 2000;66:3-5.
- [29] *Alcoholics Anonymous* 3.izd. New York: AA world services;1976,uvod.
- [30] Bjorklund A. Unemployment and income distribution: time-series evidence from Sweden. *The Scandinavian Journal of Economics* 1991; 93:457-465.
- [31] Rose JS, Campbell M, Skipper I. Prognosis for Emergency Physician with Substance Abuse Recovery:5-year Outcome Study. *West J Emerg Med* 2014;15:20-25.
- [32] Chaput Y, Lebel MJ, Beaulieu L, Paradis M, Labonte E. Substance misuse in the psychiatric emergency service: a descriptive study. *Subst Abuse* 2014;8:7-15.
- [33] Lim WY, Subramaniam M, Abdin E, He Vy Vaingankar J, Chong SA. Lifetime and twelve month prevalence of heavy-drinking in Singapore: results from a representative cross sectional study. *BMC Public Health* 2013;21:13-99.
- [34] Jiramukpitak T, Abas M, Tangchonlatip K, Punpuing S. The effect of asset-based wealth inequality on problem drinking among rural Thai elders: a prospective population-based cohort study. *Soc Sci Med* 2014;100:107-114.
- [35] Perez Flores D, Noguera JA, Pereniguez JE, Madrigal M, Luna A. Screaming for hazardous drinking in immigrant workers in southeastern Spain. *J occup* 2014;6:49-48.