

JAVNOZDRAVSTVENO ZNAČENJE ALKOHOLIZMA KAO RIZIČNOG ČIMBENIKA ZA POVEĆANJE SMRTNOSTI I DOPRINOS MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI NEZDRAVIH ŽIVOTNIH NAVIKA

Jurčević, Slavko

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:804683>

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

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

Repository / Repozitorij:



[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Slavko Jurčević

**JAVNOZDRAVSTVENO ZNAČENJE ALKOHOLIZMA KAO
RIZIČNOG ČIMBENIKA ZA POVEĆANJE SMRTNOSTI I
DOPRINOS MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI
NEZDRAVIH ŽIVOTNIH NAVIKA**

Završni rad

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Ivana Kolčić

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Slavko Jurčević

**JAVNOZDRAVSTVENO ZNAČENJE ALKOHOLIZMA KAO RIZIČNOG
ČIMBENIKA ZA POVEĆANJE SMRTNOSTI I DOPRINOS MEDICINSKE
SESTRE U PREVENCIJI NEZDRAVIH ŽIVOTNIH NAVIKA**

**PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE ON ALCOHOLISM AS A RISK
FACTOR FOR MORTALITY INCREASE AND NURSE'S
CONTRIBUTION TO PREVENTION OF THE UHEALTHY LIFESTYLE
HABITS**

Bachelor's Thesis

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ivana Kolčić

Split, 2018.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Podjela alkoholičara prema E. Morton Jellinek	1
1.2. Što se događa u organizmu kada konzumiramo alkohol?	1
1.2.1. Učinak alkohola na organizam	2
1.2.1.1. Biokemija etanola.....	2
1.2.1.2. Patološke promjene uzrokovane alkoholom	3
1.2.1.3. Patološke promjene na jetri.....	3
1.3. Etiologija alkoholizma	4
1.4. Povijest konzumacije alkohola	4
1.5. Marketing alkohola	6
1.5.1. Povezanost promocije i zlorabe alkohola	7
2. CILJ	8
3. MATERIJALI I METODE	9
4. REZULTATI	10
5. RASPRAVA	22
5.1. Sociološke odrednice alkoholizma	23
5.1.1. Razlike u zlorabi alkohola po spolu	24
5.2. Europski kulturološki obrasci pijenja	26
5.3. Sustavi liječenja alkoholizma u Republici Hrvatskoj	27
5.3.1. Institucionalna skrb	27

5.3.1.1. Potpuna hospitalizacija	27
5.3.1.2. Parcijalna hospitalizacija	28
5.3.2. Neinstitucionalna skrb	28
5.3.2.1. Ambulantno liječenje	28
5.3.2.2. Klubovi liječenih alkoholičara	28
5.4. Doprinos medicinske sestre u prevenciji nezdravih životnih navika.....	29
5.4.1. Uloga medicinske sestre/tehničara u prevenciji alkoholizma	29
5.4.1.1. Primarna prevencija alkoholizma	30
5.4.1.2. Sekundarna prevencija alkoholizma	30
5.4.1.3. Tercijarna prevencija alkoholizma	30
5.4.2. Uloga medicinske sestre/tehničara u rehabilitaciji i resocijalizaciji alkoholičara	31
5.4.3. Uloga medicinske sestre/tehničara u obiteljskoj terapiji	31
5.4.4. Uloga medicinske sestre/tehničara u klubu liječenih alkoholičara	32
5.4.5. Uloga medicinske sestre/tehničara u sprječavanju recidiva kod alkoholičara.....	32
6. ZAKLJUČAK	33
7. LITERATURA	34
8. SAŽETAK	37
9. SUMMARY	38
10. ŽIVOTOPIS	39

ZAHVALA

Prije svega zahvaljujem doc.dr.sc. Iris Jerončić Tomić na angažmanu, savjetima i svim idejama za oblikovanje rada te na dostupnosti i odazivu kroz cijeli tijek izrade rada.

Također, zahvaljujem izv. prof.dr.sc. Ivani Kolčić, koja je mentor ovog rada.

Posebno zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na pruženoj potpori tijekom studiranja.

1. UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija pojam alkoholizma definirala je na sljedeći način: „Kronična kontinuirana ili periodična primjena alkohola koja je obilježena umanjenom kontrolom nad pijenjem, učestalim epizodama intoksikacije i preokupacijom alkoholom te konzumacijom alkohola unatoč njegovim štetnim posljedicama.“ (1). Usprkos postojećoj definiciji i danas se nerijetko alkoholizam prezentira kao stil života, a ne kao patološko stanje (2).

1.1. Podjela alkoholičara prema E. Morton Jellinek

Elvis Morton Jellinek donosi jednu od ključnih klasifikacija alkoholičara koje temelji na tri osnovna kriterija: etiologija, motivacija i epilog ovisnosti (3).

- Alfa - alkoholičar: „Osoba koja pije alkohol kako bi se osjećala sigurnije u stresnim situacijama, ali ne gubi kontrolu nad pijenjem.“ (4).
- Beta - alkoholičar: „Osoba koja pije alkohol prigodno, uglavnom situacijski uvjetovano.“ (4).
- Gama - alkoholičar: „Osoba koja strastveno pije alkoholna pića i nema nikakav kritički odnos prema alkoholu.“ (4).
- Delta - alkoholičar: „Osoba koja je naučila piti u određenom sociokulturnom kontekstu i pije iz navike.“ (4).
- Epsilon - alkoholičar: „Osoba koja manifestira tzv. rekreacijski tip pijenja. Alkohol se pije povremeno, bez pravilnog i prepoznatljivog obrasca.“ (4).

1.2. Što se događa u organizmu kada konzumiramo alkohol?

Prilikom pijenja alkohola mala se količina trenutno apsorbira kroz sitne krvne žile sluznice usne šupljine i jezika. U želucu, 20% alkohola biva apsorbirano u krvotok ukoliko je želudac prazan, dok ostatak alkohola ubrzo prelazi u tanko crijevo. Ukoliko u želucu ima hrane alkohol se tu zadržava dulje pa se i veća količina apsorbira putem želuca, a i alkohol je tada izložen utjecaju enzimatskog sustava želuca koji ga djelomično razgrađuje. Preostalih 75% do

85% alkohola prelazi u tanko crijevo gdje se u potpunosti apsorbira i prelazi u vaskularni sustav. Nošen strujom krvi, alkohol se vrlo brzo distribuira prema svim dijelovima tijela te se zadržava u cirkulaciji sve dok ga jetra većinski ne razgradi. Alkohol iz krvi brzo probija krvno – moždanu barijeru te se njegovi učinci na središnji živčani sustav očituju od 5 do 10 minuta nakon početne konzumacije. Njegovi učinci na središnji živčani sustav zasnivaju se na depresiji moždane aktivnosti, oni uključuju: promjenu raspoloženja, umanjenu sposobnost prosuđivanja, umanjenu koordiniranost i usporavanje tjelesnih kretanja, smanjenje jasnoće vida te možebitno smanjenje pamćenja i sjećanja (blackout). Dio alkohola odlazi do pluća gdje isparava te se procesom disanja eliminira iz organizma, također se dio alkohola iz tijela odstranjuje putem kože, a moguća je i njegova apsorpcija istim putem. Jetra razgradi 80% do 90% unesenog alkohola na vodu, ugljikov dioksid i nusprodukte koji se koriste kao energetska sirovina tijela (kalorije). Prisutnost alkohola stimulira bubrege na dodatnu filtraciju i time povećava produkciju urina, čak se 10% alkohola iz organizma izluči neprerađeno, mokraćom (5).

1.2.1. Učinak alkohola na organizam

1.2.1.1. Biokemija etanola

Apsorpcija etanola najvećim dijelom odvija se u tankom crijevu (80% unesenog alkohola) (6). Čimbenik koji značajno utječe na brzinu apsorpcije alkohola je sitost, ukoliko osoba pije na prazan želudac, maksimalna razina alkohola u krvi ostvaruje se unutar 30 minuta (7). Drugi čimbenik o kojem ovisi apsorpcija alkohola je udio masnog tkiva, te time možemo zaključiti kako su osobe s manjim udjelom masnoga tkiva podložnije utjecaju alkohola (8). Razgradnja glavine unesenog etanola (90%) odvija se u jetri, ostalih 10% u nemetaboliziranom obliku izluči se putem pluća i mokraće. Pretvorbu etanola u acetaldehid kataliziraju alkoholna dehidrogenaza (ADH) i mikrosomski sustav za oksidaciju etanola (MEOS). Osnovni mehanizam metabolizma alkohola podrazumijeva aktivnost ADH pomoću koje nastaje nikotinamidadenin - dinukleotid fosfat (NADH). Upravo povećana koncentracija NADH dovodi do raznih metaboličkih oštećenja svojstvenih za kronični alkoholizam (9).

1.2.1.2. Patološke promjene uzrokovane alkoholom

Kontinuirana, kronična konzumacija alkohola izaziva patološke promjene vitalnih organa većine organskih sustava. Oštećenja nastaju, kako i izravnim djelovanjem etanola tako i njegovim metaboličkim nusproduktima. Najizraženije akutno djelovanje očituje se na središnjem živčanom sustavu, a praćeno je simptomima poput sedacije i umanjivanja anksioznosti, a kod većih količina pojavljuje se i smanjenje govornih sposobnosti te ataksija. Acetaldehid kao metabolički produkt razgradnje alkohola dovodi do relaksacije poprečno - prugastih mišića te vazodilatacije koja može dovesti do hipotermije ukoliko je alkoholizirana osoba izložena hladnoći. Kronična konzumacija alkohola može dovesti do smanjenja kontraktilnosti srca, a također može biti uzrok razvoja arterijske hipertenzije. Nadalje kronični alkoholizam je izravno povezan s različitim oboljenjima probavnog sustava, poput kroničnog pankreatitisa, gastritisa te pothranjenosti kao posljedice smanjenja apsorpcije u tankom crijevu. Alkohol izaziva i hematološka oboljenja jer izravno inhibira proliferaciju svih krvnih jedinica u koštanoj srži. Niz karcinomatoznih promjena povezane su s kroničnim alkoholizmom, sam etanol nema kancerogene učinke međutim ranije spomenuti acetaldehid štetno djeluje na stanični DNA, kancerogenost se također ostvaruje i interferencijom alkohola u metabolizam folata te kroničnim upalama koje njegova duža primjena izaziva. Trajna uporaba alkohola dovodi do psihičke i fizike ovisnosti. Nagli prestanak unosa izaziva sindrom sustezanja različitog intenziteta, ovisno o duljini trajanja kronične konzumacije te dozi na koju je osoba navikla (7).

1.2.1.3. Patološke promjene na jetri

Kronična zloraba alkohola često dovodi do oštećenja jetre i kroničnih jetrenih bolesti. Spekter jetrenih bolesti kreće se od „masne jetre“, preko akutnog alkoholnog hepatitisa do ciroze i karcinoma jetre. „Masna jetra“ je stanje vrlo uobičajeno za kronične alkoholičare, a označava nakupljanje masti u hepatocitima, govorimo o reverzibilnoj promjeni koju je moguće sanirati ukoliko se unos alkohola reducira. Ozbiljnije oboljenje uzrokovano dugotrajnim pijenjem je alkoholni hepatitis koji zahvaća 10 do 35 posto kroničnih alkoholičara, alkoholni hepatitis, ukoliko je neliječen, može značajno progredirati sve do jetrene insuficijencije te izazvati smrt. Ciroza jetre kao komplikacija kroničnog alkoholizma razvija se kod 5 do 15 posto alkoholičara

(10). U slučaju ciroze jetra je permanentno oštećena, a hepatociti bivaju zamijenjeni nefunkcionalnim ožiljkastim tkivom. Cirozom zahvaćena jetra ne obavlja uobičajene jetrene funkcije te može također dovesti do smrtnog ishoda uzrokovanog zatajenjem jetre. U krajnjim slučajevima alkohol uzrokuje karcinom jetre, ukoliko su karcinomatozne promjene široko rasprostranjene kurativne opcije su ograničene te ovo stanje najčešće završava smrtno (10).

1.3. Etiologija alkoholizma

Etiološki alkoholizam možemo promatrati putem triju teorija: biološke, psihološke i sociološke. Biološka teorija alkoholizam najčešće prezentira iz aspekta genetike te govori o tome kako je alkoholizam nasljedna bolest unutar koje genetski faktori utječu na individualne reakcije na alkohol, različito ponašanje prilikom pijenja, stjecanje tolerancije, različitu osjetljivost organskih sustava te različitu brzinu eliminacije iz organizma. Psihološka teorija alkoholizam procjenjuje kao psihološki problem pojedinca kao individue, ali također smatra kako određeni sociološki uvjeti poput društvenog okruženja također imaju utjecaj na pojavu alkoholizma (2). Sociološke teorije zadržavaju se isključivo na utjecaju socioloških determinanti, poput utjecaja okoline, socioekonomskog statusa, vjerskih utjecaja kulturološkog miljea i drugih te govore o njihovoj ulozi u formiranju pojedinca kao alkoholičara (11).

1.4. Povijest konzumacije alkohola

Povijest konzumacije alkohola duga je približno koliko i povijest ljudske civilizacije. Rani čovjek počinje brzo shvaćati da određene količine alkohola djeluju na čovjekovo duševno stanje i društveno ophođenje. Arheološki nalasci dokazuju kako je uporaba alkohola stara između 30 i 40 tisuća godina, ondašnji ljudi alkohol su proizvodili iz različitih resursa poput meda, žitarica, mlijeka, voća i povrća. Početak uzgoja vinove loze i vinogradarstva uopće, označava prvu organiziranu proizvodnju alkohola. Povijesni dokazi upućuju na saznanje kako se sa vinogradarstvom započelo između 6 i 4 tisuće godina pr.Kr. uz obale Crnog i Kaspijskog mora (12).

Različite civilizacije pokazivale su afinitete prema različitim vrstama alkohola. Tako su Egipćani bili poznati po proizvodnji prvog piva. Štoviše, u egipatskoj kulturi pivo i kruh bili su među najvažnijim valutama robne razmjene, za antički Rim i Grčku znakovita je velika potrošnja vina, dok su zemlje na Istoku alkohol dobivale iz riže kao njihove značajne sirovine. Mnogi povjesničari kroz svoje teorije o povijesnoj konzumaciji alkohola pretpostavljaju kako su različite civilizacije bile sklone potrošnji alkohola jer je navedeno osiguravalo primarni cilj svake velike civilizacije, a to je moćna kultura koju je jedino moguće ostvariti kada je ljudstvo zdravo i snažno. Iako nisu imali spoznaje o patogenim mikroorganizmima, empirijski su zaključili kako je za zdravlje naroda opasna onečišćena voda - te vodu miješaju s alkoholom ili umjesto vode piju alkohol te time sprječavaju razvoj i širenje velikog broja zaraznih bolesti (13).

Unatoč širokoj primjeni i masivnoj potrošnji alkohola, organizirane društvene zajednice rano su počele uviđati probleme koje nosi nekontrolirana konzumacija alkohola. Već se najpoznatiji antički grčki liječnik Hipokrat kritički odnosi prema pretjeranom uživanju alkohola te pijanstvo proziva umišljenim i samovoljnim izazivanjem ludila. Stari Egipćani smatrali su kako je za faraone uporaba alkohola u potpunosti neprimjerena te je i zakonom zabranjuju, ostavljajući takve primitivne tipove užitaka običnom puku. Poznati babilonski Hamurabijev zakonik regulira prodaju i proizvodnju vina i ostalih alkoholnih pića, zakon također stavlja odgovornost nad proizvođačima i konzumentima alkohola i propisuje kazne onima koji navedene zakone prekrše. Sparta je imala najstrože kazne za prekršitelje te su njihovi zakoni propisivali odsijecanje nogu pijancima. Velike monoteističke religije također se snažno referiraju na uporabu alkohola, to je vidljivo u Kur'anu koji navodi kako nijedan istinski pripadnik islamske vjere ne smije konzumirati alkohol. Kršćani vjeruju u mističnu pretvorbu kruha i vina u tijelo i krv Isusa Krista te time vino postaje način šovanja Boga i ima znakovito veću ulogu od puke konzumacije u svrhu opijanja. Novija povijest bilježi zakon o sprječavanju opijanja koji 1606. godine donosi Engleski parlament. Jedina zabilježena kultura unutar koje se konzumacija alkohola kroz povijest nije razvila jesu domorodački narodi Sjeverne Amerike koji do spoznaje o alkoholu dolaze tek kolonizacijom tog područja od strane Europljana. Nasuprot navedenome, zanimljiva je povijesna činjenica kako je 1917. godine upravo u SAD-u uvedena prohibicija koja u potpunosti zabranjuje industriju i uporabu alkohola (12).

1.5. Marketing alkohola

Europska unija i Svjetska zdravstvena organizacija specificiraju kako marketing alkohola mora biti kontroliran. U rujnu 2005. na snagu je stupilo pet etičkih modela oglašavanja, oni obvezuju oglašivače da iz promocije isključe djecu i mlade. Posebni zakoni kreirani su za oglašavanje putem televizija te su oni po snazi iznad nacionalnih zakona. Navedeni zakoni propisuju kako se alkoholna pića ne smiju povezivati s povećanjem društvenog ili seksualnog uspjeha, višom razinom fizičke spremne ili boljim vozačkim vještinama. Također je zabranjena implikacija na terapijski, stimulativni ili relaksacijski učinak ovih sredstava. Zabranjuje se negativan stav prema apstinenciji, te prikazivanje visokih udjela alkohola kao pozitivnu karakteristiku proizvoda (14).

Primjer primjene europskog zakona je Švedska, u kojoj je prije stupanja navedenog zakona dozvoljavala oglašavanje isključivo „laganog piva“ što je doprinosilo prodaji i ostalih kategorija piva promoviranog branda. Suprotno tome Norveška u cijelosti zabranjuje bilo kakvo oglašavanje alkohola na televiziji i jumbo-plakatima. Nadalje, donose odluku o prodaji alkoholnih pića isključivo u specijaliziranim trgovinama, dok se nastavlja prodaja piva kao prehrambenog artikla u trgovinama prehrambenih proizvoda, ali se trgovci obvezuju da police s pivom nakon određenog sata prekrivaju kako bi se proizvod zaklonio od pogleda kupaca (14).

U Republici Hrvatskoj postoji zakon o oglašavanju kao i zakon o zabrani prodaje alkoholnih pića maloljetnicima i osobama koje su pod utjecajem alkohola (14). Zakonskim odredbama prodaja i usluživanje, odnosno konzumiranje alkohola i drugih alkoholnih pića zabranjuje se osoba mlađim od 18. godina (Zakon o trgovini, NN br. 87/08, 96/08, 116/08, Zakon o ugostiteljskoj djelatnosti, NN br. 138/06, Zakon o prekršajima protiv javnog reda i mira, NN br. 5/90, 30/90, 47/90. Također je zakonskim odredbama zabranjeno reklamiranje alkoholnih pića (Zakon o hrani, NN br. 46/07, 55/08) (15).

U ovom slučaju zakoni nisu manjkavi ili nepotpuni ali osnovni problem leži u nedosljednosti provođenja istih. S druge strane, zakoni koji se odnose na proizvodnju alkoholnih pića pokazuju manjkavost u tome što su vinari izgubili bitku s pivarskom industrijom zbog zakona koji tretira pivo kao prehrambeni proizvod, a vino ne. Pivo, najprodavaniji alkoholni

proizvod tim zakonom ima dozvolu za širu promociju od bilo kojeg drugog alkoholnog pića i time jača svoju poziciju u alkoholnoj industriji (14).

1.5.1. Povezanost promocije i zloporabe alkohola

Više studija koje su proučavale promociju alkohola i povećanje potrošnje alkoholnih pića, kao dvije povezane varijable, nisu pronašle nikakav dokaz da pojačano oglašavanje dovodi do veće potrošnje. Zaključak navedenih istraživanja govori kako unaprjeđenjem promocije ne raste potrošnja, nego se mijenjaju afiniteti potrošača u odnosu na različite brandove. Nadalje, istraživanja zaključuju kako nema povezanosti ni između zabrane oglašavanja i smanjenja potrošnje, niti se pojačavanje promocije može povezati s povećanim brojem nesreća pod utjecajem alkohola (14,16).

2. CILJ

Cilj ovog rada bio je prikazati promjene unutar stanovništva zemalja Europe i Republike Hrvatske s naglaskom na kulturološkim razlikama, te mogućim utjecajima na zdravlje pojedinaca. Isto tako cilj nam je bio prikazati kako pijenje može kao čimbenik rizika i nezdrava životna navika utjecati na pobol i smrtnost unutar pojedinih sredina, posebno na stanovništvo Republike Hrvatske. Temeljem epidemioloških podataka naglasili bismo potrebu primarne prevencije posebno u mladoj populaciji.

3. MATERIJALI I METODE

Prilikom izrade rada korišteni su statistički podaci objavljeni u Hrvatskom zdravstveno - statističkom ljetopisu za 2017. godinu, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te podaci EUROSTATA za ostale zemlje Europe i članice Europske unije. Temeljem objavljenih podataka izrađene su tablice kako bi prikazali jasnu sliku trenutnih zbivanja u zemljama Europe i Europske unije kao i Republici Hrvatskoj povezanih sa zadanim predmetom istraživanja.

4. REZULTATI

U ovom radu prikupili smo podatke za Republiku Hrvatsku i zemlje Europske unije te ih prikazali unutar tablica.

U Tablici 1. prikazane su stope mortaliteta zbog kronične jetrene bolesti, za oba spola, u različitim zemljama Europe u razdoblju između 2011. godine i 2015. godine (17). Najviše stope su u Rumunjskoj dok su stope u svim tranzicijskim zemljama veće nego u ostalim zemljama Europske unije. Jedino Češka ima stope nalik zemljama Europske unije ranijeg vremena priključenja, a ne tranzicijskim zemljama.

Tablica 1. Prikaz smrtnih ishoda zbog kronične jetrene bolesti u oba spola izraženo standardiziranom stopom na 100.000 stanovnika (17)

Zemlja	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
EU (28)	15,68	15,35	14,71	1,43	14,18
Belgija	11,23	1,23	11,37	11,77	12,27
Bugarska	19,26	21,97	20,98	20,69	22,62
Češka	18,47	18,12	18,29	17,51	17,78
Danska	14,75	14,35	12,54	12,93	11,23
Njemačka	16,3	15,91	16,03	15,37	15,67
Estonija	18,67	1,77	18,88	20,05	23,47
Irska	7,84	9,13	8,08	7,09	7,06
Grčka	7,24	6,85	7,24	6,64	6,37
Španjolska	10,97	10,23	9,93	9,56	9,64
Francuska	12,03	11,88	11,28	10,88	10,98
<u>Hrvatska</u>	<u>26,07</u>	<u>25,52</u>	<u>22,83</u>	<u>23,51</u>	<u>21,44</u>
Italija	1,04	9,82	9,05	8,81	8,46
Cipar	6,74	5,61	8,43	7,01	5,85
Latvija	18,19	17,11	17,59	18,21	17,77
Litva	31,33	28,97	30,92	27,22	25,91
Luksemburg	1,21	15,62	13,41	14,22	11,76
Mađarska	39,88	35,03	31,57	32,36	30,71
Malta	8,42	7,49	5,51	5,37	4,05
Nizozemska	5,13	5,13	4,73	4,9	5,04
Austrija	17,11	18,32	16,99	16,07	16,6
Poljska	17,66	17,96	16,91	15,8	15,82
Portugal	12,55	11,61	11,11	10,86	9,66
Rumunjska	51,05	50,47	46,73	47,77	45,66
Slovenija	29,56	30,77	27,19	24,11	20,44
Slovačka	31,05	33,07	27,43	27,25	29,03
Finska	2,08	2,18	21,82	21,07	18,94
Švedska	6,5	7,17	6,3	7,31	6,68
Ujedinjeno Kraljevstvo	12,73	12,14	11,97	12,1	12,34
Island	1,09	2,85	3,66	2,82	4,17
Norveška	4,5	4,39	4,79	3,77	6,36
Švicarska	8,24	8,95	8,02	8,08	8,02
Srbija	10,31	9,87	9,42	9,54	9,47
Turska	5,04	5,05	5,22	5,71	5,63

U tablici 2. prikazali smo broj smrtnih ishoda izražen u stopama zbog kronične jetrene bolesti, za muški spol, u različitim zemljama Europe. Najviše stope su u Rumunjskoj dok su stope u svim tranzicijskim zemljama veće nego u ostalim zemljama Europske zajednice. Češka ima stope nalik zemljama Europske zajednice ranijeg vremena priključenja, a ne tranzicijskim zemljama. Stope za muški spol su znatno više nego stope izražene za oba spola, a najniže su na Islandu (17).

Tablica 2. Prikaz smrtnih ishoda zbog kronične jetrene bolesti u muškog spola izraženo standardiziranom stopom na 100.000 stanovnika (17)

Zemlja	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
EU (28)	22,82	22,42	21,44	20,92	20,71
Belgija	15,12	17,12	15,43	16,51	16,95
Bugarska	33,34	37,12	35,35	35,74	39,01
Češka	27,01	26,78	26,88	25,29	26,04
Danska	19,93	19,51	17,11	17,89	16,3
Njemačka	23,26	23,01	22,83	21,95	22,53
Estonija	27,83	24,73	29,51	32,89	34,88
Irska	9,73	11,36	11,36	10,12	9,53
Grčka	11,77	10,75	11,49	10,84	10,28
Španjolska	17,28	16,24	15,85	15,13	15,14
Francuska	18,44	18,27	17,31	17,18	17,17
<u>Hrvatska</u>	<u>45,65</u>	<u>43,02</u>	<u>41,43</u>	<u>40,69</u>	<u>36,56</u>
Italija	14,51	13,51	12,53	12,38	11,88
Cipar	9,7	9,53	13,46	10,32	10,03
Latvija	27,61	25,85	25,16	26,62	26,08
Litva	47,47	43,04	45,03	39,81	37,01
Luksemburg	17,09	21,31	18,88	22,89	15,13
Mađarska	64,85	57,81	53,11	53,76	50,57
Malta	12,54	11,41	9,11	10,14	6,64
Nizozemska	6,99	6,84	6,03	6,72	6,65
Austrija	26,39	28,54	26,69	25,45	25,91
Poljska	27,17	27,65	25,47	24,11	24,22
Portugal	21,82	20,29	18,78	19,21	16,57
Rumunjska	70,17	70,21	65,83	66,01	63,89
Slovenija	45,82	47,75	43,38	38,47	32,84
Slovačka	49,78	52,76	44,02	43,69	46,29
Finska	30,37	32,77	33,31	32,51	27,72
Švedska	8,78	10,18	8,61	10,29	9,36
Ujedinjeno Kraljevstvo	16,89	15,92	15,85	15,92	16,12
Island	1,29	1,57	4,92	3,99	3,83
Norveška	6,61	5,59	6,1	5,04	5,95
Švicarska	12,18	12,92	11,93	11,65	11,61
Srbija	17,28	16,79	16,68	16,77	16,58
Turska	6,55	6,37	6,65	7,01	6,93

U tablici 3. prikazali smo broj smrtnih ishoda izražen u stopama zbog kronične jetrene bolesti, za ženski spol, u različitim zemljama Europe. Najviše stope su u Rumunjskoj dok su stope u svim tranzicijskim zemljama veće nego u ostalim zemljama Europske zajednice. Stope za ženski spol su znatno niže nego stope za muški spol. Najniže stope za ženski spol ima Grčka (17).

Tablica 3. Prikaz smrtnih ishoda zbog kronične jetrene bolesti u ženskog spola izraženo standardiziranom stopom na 100.000 stanovnika (17)

Zemlja	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
EU (28)	9,43	9,13	8,81	8,49	8,42
Belgija	7,75	7,96	7,76	7,56	8,01
Bugarska	7,14	8,88	8,75	7,63	8,56
Češka	10,96	10,61	10,91	10,67	10,58
Danska	9,87	9,44	8,14	8,29	6,46
Njemačka	10,12	9,61	9,99	9,57	9,62
Estonija	11,57	12,45	10,53	9,99	14,48
Irska	6,15	6,89	5,23	4,21	5,00
Grčka	3,24	3,41	3,51	3,05	2,93
Španjolska	5,34	4,91	4,76	4,66	4,75
Francuska	6,53	6,37	6,09	5,48	5,63
<u>Hrvatska</u>	<u>10,44</u>	<u>11,44</u>	<u>8,41</u>	<u>9,67</u>	<u>9,27</u>
Italija	7,03	6,66	6,17	5,81	5,61
Cipar	4,41	2,39	4,21	4,12	2,16
Latvija	11,63	10,89	7,91	6,38	11,7
Litva	18,88	17,88	19,99	17,58	17,03
Luksemburg	7,01	11,08	7,91	6,38	8,92
Mađarska	20,17	17,13	15,13	15,75	15,12
Malta	4,69	3,77	2,31	1,32	1,8
Nizozemska	3,54	3,56	3,55	3,23	3,51
Austrija	9,11	9,68	8,59	7,93	8,52
Poljska	9,57	9,65	9,61	8,82	8,54
Portugal	4,91	4,41	4,75	3,96	3,92
Rumunjska	35,21	33,94	31,08	32,57	30,42
Slovenija	16,13	15,75	12,91	11,64	9,92
Slovačka	15,81	16,89	13,85	13,38	14,75
Finska	11,71	11,63	11,03	10,41	10,67
Švedska	4,34	4,34	4,19	4,45	4,16
Ujedinjeno Kraljevstvo	8,85	8,64	8,35	8,53	8,83
Island	1,01	4,09	2,71	1,68	4,21
Norveška	2,51	3,27	3,59	2,53	2,81
Švicarska	4,86	5,59	4,49	4,95	4,92
Srbija	4,41	4,11	3,23	3,23	3,39
Turska	3,81	3,89	3,95	4,55	4,46

U tablici 4. prikazali smo broj smrtnih ishoda izražen u stopama uzrokovan akutnom intoksikacijom alkoholom, kod oba spola u različitim zemljama Europe. Najviše stope su u Danskoj i Sloveniji dok su stope u svim tranzicijskim zemljama nalik onima u ostalim zemljama Europske zajednice (18).

Tablica 4. Prikaz smrtnih ishoda uzrokovanih akutnom intoksikacijom alkoholom izraženo standardiziranom stopom na 100.000 stanovnika (18)

Zemlja	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
EU (28)	2,95	2,91	2,92	2,82	3,07
Belgija	3,37	3,98	4,08	3,52	3,76
Bugarska	0,23	0,29	0,17	0,34	0,41
Češka	1,35	1,34	1,28	1,15	1,27
Danska	12,61	12,95	12,58	11,49	12,24
Njemačka	5,68	5,69	6,26	5,83	6,32
Estonija	7,28	7,81	4,92	4,51	4,95
Irska	0,19	0,19	0,15	0,32	0,67
Grčka	0,27	0,2	0,12	0,12	0,3
Španjolska	0,66	0,67	0,57	0,59	0,6
Francuska	4,81	4,67	4,41	4,06	4,01
<u>Hrvatska</u>	<u>5,67</u>	<u>5,98</u>	<u>4,98</u>	<u>5,29</u>	<u>5,12</u>
Italija	0,36	0,35	0,33	0,32	0,33
Cipar	0,34	0,49	0,78	0,73	0,65
Latvija	8,87	7,96	6,92	6,79	9,07
Litva	0,89	0,95	0,71	0,91	0,64
Luksemburg	2,09	3,88	5,78	4,89	4,63
Mađarska	3,61	3,22	3,23	3,72	3,28
Malta	0,51	0,27	0,59	0,39	0,27
Nizozemska	1,31	1,28	2,72	2,61	2,93
Austrija	5,31	5,56	5,53	5,39	6,04
Poljska	4,62	4,24	3,66	3,55	5,28
Portugal	1,07	0,93	0,76	0,83	0,76
Rumunjska	0,72	0,56	0,61	1,44	1,17
Slovenija	6,34	7,88	9,64	9,67	12,83
Slovačka	2,11	1,91	1,42	2,97	2,53
Finska	3,13	1,91	1,42	2,97	3,68
Švedska	2,66	2,01	2,01	2,38	2,28
Ujedinjeno Kraljevstvo	1,32	1,24	1,13	1,31	1,35
Island	2,29	2,63	3,04	0,35	3,15
Norveška	4,51	3,51	3,41	3,31	3,02
Švicarska	3,01	2,56	2,83	2,78	2,66
Srbija	3,17	3,14	3,39	3,79	3,34
Turska	0,11	0,12	0,11	0,05	0,04

U tablici 5. prikazali smo broj smrtnih ishoda izražen u stopama zbog akutne intoksikacije alkoholom u muškaraca u različitim zemljama Europe. Najviše stope su u Danskoj i Sloveniji dok su stope u tranzicijskim zemljama nalik onima u ostalim zemljama Europske zajednice (18).

Tablica 5. Prikaz smrtnih ishoda zbog akutne intoksikacije alkoholom u muškaraca, izraženo standardiziranom stopom na 100.000 stanovnika (18)

Zemlja	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
EU (28)	4,96	4,91	4,92	4,74	5,18
Belgija	5,41	6,11	6,31	5,47	5,62
Bugarska	0,46	0,58	0,35	0,69	0,7
Češka	2,45	2,41	2,21	1,85	2,14
Danska	19,72	20,69	19,47	18,42	19,76
Njemačka	9,13	9,31	10,03	9,37	10,02
Estonija	12,43	13,83	9,33	8,66	9,82
Irska	0,34	0,31	0,31	0,37	1,07
Grčka	0,47	0,42	0,23	0,23	0,56
Španjolska	1,21	1,18	1,11	1,11	1,16
Francuska	8,14	1,91	1,64	7,08	6,86
<u>Hrvatska</u>	<u>11,41</u>	<u>11,65</u>	<u>9,56</u>	<u>9,92</u>	<u>9,96</u>
Italija	0,64	0,61	0,54	0,58	0,57
Cipar	0,76	0,67	1,82	1,56	0,86
Latvija	16,01	13,93	12,56	12,37	16,62
Litva	1,72	1,96	1,27	1,88	1,33
Luksemburg	3,79	5,94	10,21	6,51	6,32
Mađarska	7,01	6,16	6,45	7,16	6,32
Malta	0,45	0,53	1,24	0,38	0,62
Nizozemska	2,07	0,26	4,39	4,28	4,43
Austrija	9,21	10,11	9,93	9,28	10,77
Poljska	8,56	7,73	6,62	6,42	9,78
Portugal	1,99	1,65	1,43	1,76	1,51
Rumunjska	1,26	1,11	1,13	2,67	2,2
Slovenija	11,64	14,44	16,57	17,91	22,93
Slovačka	4,16	3,59	2,59	5,41	4,77
Finska	5,25	6,39	6,34	7,43	6,59
Švedska	4,47	3,25	3,23	3,91	3,74
Ujedinjeno Kraljevstvo	1,96	1,81	1,74	1,87	2,03
Island	3,47	3,98	6,31	0,68	5,35
Norveška	7,98	5,81	5,26	5,56	5,1
Švicarska	5,11	4,04	4,25	4,04	4,08
Srbija	6,51	6,2	6,91	7,77	6,67
Turska	0,23	0,23	0,19	0,11	0,09

U tablici 6. prikazali smo broj smrtnih ishoda izražen u stopama zbog akutne intoksikacije alkoholom u žena u različitim zemljama Europe. Najviše stope su u Danskoj, Sloveniji i Latviji, zatim slijede Austrija, Njemačka i Estonija. Najniže stope su u Turskoj, ali su niske i u nekim drugim zemljama kao Bugarskoj i Grčkoj (18).

Tablica 6. Prikaz smrtnih ishoda zbog akutne intoksikacije alkoholom u žena izraženo standardiziranom stopom na 100.000 stanovnika (18)

Zemlja	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.
EU (28)	1,15	1,12	1,13	1,10	1,18
Belgija	1,51	2,11	2,01	1,73	2,06
Bugarska	0,03	0,05	0	0,03	0,14
Češka	0,39	0,38	0,46	0,52	0,48
Danska	5,96	5,58	5,95	5,01	5,23
Njemačka	2,49	2,34	2,74	2,57	2,72
Estonija	3,17	2,96	1,41	1,13	1,02
Irska	0,05	0,08	0	0,27	0,34
Grčka	0,08	0	0,02	0,01	0,07
Španjolska	0,19	0,22	0,13	0,14	0,13
Francuska	1,85	1,78	1,51	1,41	1,47
<u>Hrvatska</u>	<u>1,13</u>	<u>1,48</u>	<u>1,33</u>	<u>1,51</u>	<u>1,26</u>
Italija	0,11	0,13	0,14	0,11	0,13
Cipar	0	0,32	0	0	0,44
Latvija	3,33	3,87	2,57	2,57	3,46
Litva	0,25	0,18	0,31	0,16	0,12
Luksemburg	0,42	1,93	1,72	3,12	3,56
Mađarska	1,01	0,98	0,84	1,01	0,88
Malta	0,57	0	0	0,41	0
Nizozemska	0,61	0,57	1,17	1,07	1,51
Austrija	1,98	1,68	1,88	2,12	2,11
Poljska	1,16	1,15	1,05	1,01	1,33
Portugal	0,31	0,33	0,18	0,09	0,18
Rumunjska	0,25	0,11	0,14	0,41	0,3
Slovenija	2,13	2,04	3,66	2,93	4,2
Slovačka	0,35	0,52	0,41	0,91	0,57
Finska	1,31	1,35	1,51	1,47	1,18
Švedska	1,01	0,88	0,93	0,96	0,92
Ujedinjeno Kraljevstvo	0,74	0,71	0,56	0,78	0,73
Island	1,11	1,42	0	0	0,99
Norveška	1,32	1,32	1,61	1,69	1,12
Švicarska	1,21	1,21	1,61	1,69	1,37
Srbija	0,31	0,54	0,45	0,42	0,46
Turska	0,01	0,02	0,01	0	0

U tablici 7. prikazali smo brojčane vrijednosti učestalosti konzumacije alkohola izražene u postocima, kod oba spola. Ispitanici su se mogli izraziti kako piju svaki dan, jednom tjedno, svaki mjesec, jednom mjesečno i nikada / nijednom u posljednjih dvanaest mjeseci. Uočljiv je nerazmjer u pojedinim podacima npr. za Portugal u kojem se više ljudi izjasnilo kako pije svaki dan nego tjedno što je posebno izraženo kod Švedana i Finaca (19).

Tablica 7. Učestalost konzumacije alkohola izražena u postocima (19)

Zemlja	Svaki dan	Svaki tjedan	Svaki mjesec	Manje od jednom mjesečno	Nikada / Nijednom u posljednjih 12 mjeseci
EU (28)	9,2	29,6	23,1	14,2	23,9
Belgija	14,2	37,8	20,6	9,2	18,2
Bugarska	8,9	19,6	25,3	12,3	33,9
Češka	9,5	34,6	26,4	15,3	14,1
Danska	11,3	40	27,1	12,9	8,7
Njemačka	9,3	39,6	25,2	12,8	13,1
Estonija	2	18,1	28,8	31,6	19,5
Irska	2	41,4	27	10,9	18,8
Grčka	6,9	23,7	25,8	11,5	32,1
Španjolska	15,3	22,3	18,8	12,4	31,3
<u>Hrvatska</u>	<u>9,1</u>	<u>14,9</u>	<u>19,9</u>	<u>12,3</u>	<u>43,9</u>
Italija	14,1	24,4	20	8,7	32,8
Cipar	4,2	16,9	23,6	8,9	46,4
Latvija	1,4	13,4	32,8	29,2	23,1
Litva	0,6	12,9	37,6	24,3	24,6
Luksemburg	9,6	40,6	23,5	8,7	17,7
Mađarska	7,3	16,4	22,4	24,1	29,8
Malta	7,4	28,8	25,5	14,3	24,1
Austrija	6,2	31,5	31,8	13	17,4
Poljska	1,8	16	28,5	25,9	27,8
Portugal	24,2	19,1	14,8	12	30
Rumunjska	3,8	15,2	27	11,9	42,1
Slovenija	7,7	26,5	25,7	16,5	23,6
Slovačka	3,1	15,9	29,6	22,9	28,4
Finska	2,7	36,6	29,7	16	15
Švedska	2,7	36,9	27,1	15,3	17,9
Ujedinjeno Kraljevstvo	7,5	45	16,5	14,5	16,4
Island	0,6	19,5	39,2	21,6	19
Norveška	2,1	29,8	49,3	0	18,8
Turska	0,5	2,8	5,1	6,6	85,1

U tablici 8. prikazali smo brojčane vrijednosti učestalosti konzumacije alkohola izražene u postocima, za muški spol. Ispitanici su se mogli izraziti kako piju svaki dan, jednom tjedno, svaki mjesec, jednom mjesečno i nikada / nijednom u posljednjih dvanaest mjeseci. Najviše ljudi koji piju svaki dan bilo je u Portugalu, Španjolskoj i Italiji dok je tjedna konzumacija izražena u zemljama centralne i sjeverne Europe. Najviše muškaraca koji su se izjasnili kako ne konzumiraju alkohol nijednom u godini ili nikada bilo je u Turskoj (19).

Tablica 8. Učestalost konzumacije alkohola izražena u postocima (muškarci) (19)

Zemlja	Svaki dan	Svaki tjedan	Svaki mjesec	Manje od jednom mjesečno	Nikada / Nijednom u posljednjih 12 mjeseci
EU (28)	13,9	37,3	22,6	10,1	16,0
Belgija	19,0	45,0	16,2	6,3	13,5
Bugarska	14,9	29,2	26,3	8,1	21,4
Češka	16,4	46,1	20,2	8,5	8,9
Danska	14,9	45,4	24,0	9,0	6,7
Njemačka	13,3	46,7	21,3	8,5	10,2
Estonija	4,2	28,3	31,3	22,8	13,3
Irska	2,8	45,9	25,5	8,9	16,9
Grčka	11,7	32,2	27,0	8,8	20,2
Španjolska	23,6	27,7	18,2	9,3	21,2
<u>Hrvatska</u>	<u>15,0</u>	<u>22,4</u>	<u>24,2</u>	<u>9,4</u>	<u>29,1</u>
Italija	20,3	33,3	20,2	6,6	19,5
Cipar	7,8	26,6	29,0	9,6	27,0
Latvija	2,6	20,8	38,6	21,9	16,2
Litva	1,2	22,3	43,2	15,8	17,5
Luksemburg	13,7	47,2	21,7	6,1	11,4
Mađarska	12,7	25,8	26,0	17,2	18,3
Malta	11,3	36,7	25,9	11,1	15,0
Austrija	10,0	42,0	28,1	7,4	12,5
Poljska	3,6	24,9	34,3	20,1	17,1
Portugal	38,3	25,5	13,7	7,5	15,0
Rumunjska	7,2	26,3	31,6	8,7	26,2
Slovenija	12,1	36,8	23,8	9,8	17,4
Slovačka	5,7	25,1	33,2	17,4	18,6
Finska	4,2	45,5	27,5	9,6	13,2
Švedska	3,8	41,1	27,7	12,1	15,2
Ujedinjeno Kraljevstvo	10,1	51,1	15,3	10,7	12,8
Island	1,0	24,9	39,2	16,4	18,5
Norveška	2,9	35,0	46,6	0	15,6
Turska	1,0	5,2	8,4	9,7	75,7

U tablici 9. prikazali smo brojčane vrijednosti učestalosti konzumacije alkohola izražene u postocima, za ženski spol. Ispitanice su se mogle izraziti kako piju svaki dan, jednom tjedno, svaki mjesec, jednom mjesečno i nikada / nijednom u posljednjih dvanaest mjeseci. Najviše žena koje su se izjasnile kako nisu konzumirale alkohol u zadnjih godinu dana ili nikada bilo je u mediteranskim zemljama, uključujući Tursku i Rumunjsku. U svim zemljama su izuzetno niski postoci onih koji konzumiraju alkohol svaki dan, ali je u pojedinim zemljama izražena tjedna konzumacija kao u zemljama centralne i sjeverne Europe, uključujući Irsku i Ujedinjeno Kraljevstvo (19).

Tablica 9. Učestalost konzumacije alkohola izražena u postocima (žene) (19)

Zemlja	Svaki dan	Svaki tjedan	Svaki mjesec	Manje od jednom mjesečno	Nikada / Nijednom u posljednjih 12 mjeseci
EU (28)	4,9	22,5	23,4	17,9	31,2
Belgija	9,8	31,2	24,6	11,9	22,4
Bugarska	3,6	11,1	24,4	15,9	44,9
Češka	3,2	24,0	32,2	21,7	18,9
Danska	7,8	34,8	30,1	16,8	10,6
Njemačka	5,3	32,8	28,9	17,0	15,9
Estonija	0,2	9,4	26,7	39,0	24,7
Irski	1,2	37,0	28,4	12,9	20,5
Grčka	2,5	16,0	24,7	14,0	42,9
Španjolska	7,3	17,2	19,3	15,3	40,9
<u>Hrvatska</u>	<u>3,8</u>	<u>8,1</u>	<u>16,1</u>	<u>14,8</u>	<u>57,2</u>
Italija	8,4	16,4	19,9	10,5	44,8
Cipar	1,0	8,1	18,6	8,3	64,0
Latvija	0,5	7,7	28,4	34,9	28,6
Litva	0,1	5,2	32,9	31,3	30,5
Luksemburg	5,5	34,1	25,2	11,4	23,9
Mađarska	2,6	8,1	19,1	30,2	40,0
Malta	3,4	20,9	25,1	17,5	33,1
Austrija	2,7	21,5	35,4	18,3	22,1
Poljska	0,4	8,4	23,6	30,8	36,8
Portugal	11,8	13,5	15,8	15,8	43,1
Rumunjska	0,6	4,9	22,8	14,8	56,8
Slovenija	3,4	16,6	27,5	23,0	29,6
Slovačka	0,7	7,4	26,3	28,0	37,5
Finska	1,4	28,5	31,6	21,8	16,6
Švedska	1,6	32,7	26,6	18,5	20,6
Ujedinjeno Kraljevstvo	5,4	39,7	17,6	17,8	19,6
Island	0,3	14,0	39,2	27,0	19,5
Norveška	1,3	24,7	52,0	0	22,0
Turska	0,1	0,4	1,8	3,5	94,2

U tablici 10. prikazali smo rang ljestvicu deset vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2017. godini za oba spola. Kronične bolesti jetre i ciroza nalaze se na devetom mjestu, s udjelom od 1,8% (20).

Tablica 10. Rang ljestvica te udio 10 vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2017. godini – oba spola (20)

RANG	MKB-10 ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	%
1.	I20-I25	Ishemijska bolest srca	11.069	20,7
2.	I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	6.147	11,5
3.	C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika i pluća	2.994	5,6
4.	E10-E14	Dijabetes melitus	2.331	4,4
5.	C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva	2.037	3,8
6.	J40-J47	Bronhitis, emfizem i astma	1.966	3,7
7.	I50	Insuficijencija srca	1.683	3,1
8.	J12-J18	Pneumonija	992	1,9
9.	K70;K73-K74	Kronične bolesti jetre i ciroza	943	1,8
10.	I10-I15	Hipertenzivna bolest	924	1,7
Ukupno 10 uzroka			31.086	58,1
Ukupno umrli			53.477	100,0

U tablici 11. prikazali smo rang ljestvicu deset vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2017. godini za muški spol. Kronične bolesti jetre i ciroza nalaze se na osmom mjestu, s udjelom od 2,8% (20).

Tablica 11. Rang ljestvica te udio 10 vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2017. godini - muškarci (20)

RANG	MKB-10 ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	%
1.	I20-I25	Ishemijska bolest srca	4.963	19,2
2.	I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	2.561	9,9
3.	C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika i pluća	2.142	8,3
4.	C18-C21	Zloćudna novotvorina debelog crijeva	1.174	4,5
5.	J40-J47	Bronhitis, emfizem i astma	1.107	4,3
6.	E10-E14	Dijabetes melitus	927	3,6
7.	C61	Zloćudna novotvorina prostate	785	3,0
8.	K70;K73-K74	Kronične bolesti jetre i ciroza	730	2,8
9.	I50	Insuficijencija srca	564	2,2
10.	J12-J18	Pneumonija	473	1,8
Ukupno 10 uzroka			15.426	59,6
Ukupno umrli			25.861	100,0

U tablici 12. prikazali smo rang ljestvicu deset vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2017. godini za ženski spol. Kronične bolesti jetre i ciroza ne nalaze se među prvih deset uzroka smrti kod žena u Hrvatskoj (20).

Tablica 12. Rang ljestvica te udio 10 vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2017. godini - žene (20)

RANG	MKB-10 ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	%
1.	I20-I25	Ishemijska bolest srca	6.106	22,1
2.	I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	3.586	13,0
3.	E10-E14	Dijabetes melitus	1.404	5,1
4.	I50	Insuficijencija srca	1.119	4,1
5.	C18-C21	Zloćudna novotvorina debelog crijeva	863	3,1
6.	J40-J47	Bronhitis, emfizem i astma	859	3,1
7.	C50	Zloćudna novotvorina dojke	853	3,1
8.	C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika i pluća	852	3,1
9.	I10-I15	Hipertenzivna bolest	628	2,3
10.	J12-J18	Pneumonija	519	1,9
Ukupno 10 uzroka			16.789	60,8
Ukupno umrli			27.616	100,0

5. RASPRAVA

U radu smo prikupili podatke o konzumaciji alkohola u građana zemalja Europe. Nastojali smo prikupljenim podacima i njihovom obradom prikazati razlike u kulturološkim obrascima konzumacije alkohola i kako je pijenje rizični čimbenik koji utječe na pobol i smrtnost.

Kronične učinke pijenja alkohola prikazali smo koristeći stope mortaliteta zbog kronične jetrene bolesti za oba spola u različitim zemljama Europe te odvojeno za muškarce i žene. Najviše stope za oba spola zabilježene su u Rumunjskoj, dok su stope u svim tranzicijskim zemljama bile više nego u ostalim zemljama Europske unije. Jedino Češka ima stope nalik zemljama Europske unije ranijeg vremena priključenja, a ne tranzicijskim zemljama. Podatci za muški spol proporcionalni su podacima za oba spola dok su za ženski spol najviše stope zabilježene u Rumunjskoj, a stope u svim tranzicijskim zemljama bile su veće nego u ostalim zemljama Europske unije. Stope za ženski spol su znatno niže nego stope za muški spol. Najniže stope za ženski spol zabilježene su za Grčku.

Podatke za smrtni ishod zbog akutne intoksikacije također smo prikazali stopama smrtnosti. Ako promatramo oba spola u različitim zemljama Europe najviše stope su u Danskoj, Sloveniji i Latviji dok su stope u svim tranzicijskim zemljama nalik onima u ostalim zemljama Europske unije. Podatci za muški spol su proporcionalni podacima za oba spola. Kod ženskog spola najviše stope su zabilježene u Danskoj, Sloveniji i Latviji, zatim slijede Austrija, Njemačka i Estonija. Najniže stope su u Turskoj, ali su niske i u nekim drugim zemljama, kao na primjer Bugarskoj i Grčkoj.

U istraživanju navike pijenja po učestalosti konzumacije alkohola ispitanici su se mogli izraziti kako piju svaki dan, jednom tjedno, svaki mjesec, jednom mjesečno i nijednom u posljednjih dvanaest mjeseci. Najviše muškaraca koji piju svaki dan bilo je u Portugalu, Španjolskoj i Italiji dok je tjedna konzumacija bila najizraženija u zemljama centralne i sjeverne Europe. Najviše muškaraca koji su se izjasnili kako uopće nisu konzumirali alkohol u poslednjih godinu dana je bilo u Turskoj.

Podatci za žene ukazuju da je najviše žena koje su se izjasnile kako nisu konzumirale alkohol u zadnjih godinu bilo u mediteranskim zemljama uključujući Tursku, ali i u Rumunjskoj. U svim zemljama je bio izuzetno niski postotak onih žena koje su konzumirale alkohol svaki

dan, ali je u pojedinim zemljama bila izražena tjedna konzumacija, kao u zemljama centralne i sjeverne Europe uključujući Irsku i Ujedinjeno Kraljevstvo.

Iz do sada navedenog uočljive su razlike u načinu konzumacije i učincima alkohola na stanovnike Europe. Stanovnici mediteranskog okružja skloniji su svakodnevnoj konzumaciji s relativno manjim stopama smrti uzrokovanih akutnim i kroničnim učinkom alkohola na organizam. Veliki problem među Europskim zemljama s obzirom na zdravstvene ishode imaju tranzicijske zemlje, a u nekim od njih i kod ženskog spola. U akutnim intoksikacijama i tjednom pijenju vikendom najizraženiji je problem u zemljama centralne i sjeverne Europe.

Vjerski i kulturološki utjecaji na konzumaciju alkohola vidljivi su u najmanjim stopama smrti zbog kroničnog i akutnog pijenja nađenim za Tursku, kao i najmanje izraženom navikom konzumacije alkohola izraženom tvrdnjom da nisu konzumirali alkohol nikada ili nijednom u posljednjih dvanaest mjeseci za oba spola.

Rezultati koje smo prikazali, a koji se odnose na građane Republike Hrvatske, očitovali su se izravno kroz ljestvicu prvih deset uzroka smrti u Republici Hrvatskoj. Na ljestvici se kronične bolesti jetra i ciroza nalaze na devetom mjestu, s udjelom od 1,8% za oba spola, na osmom mjestu s udjelom od 2,8% kod muškog spola, a kod žena ih nema među prvih deset uzroka smrtnosti. Ovim smo htjeli prikazati kako stil života kroz čimbenike rizika utječe na pobol i smrtnost, te da se preventivnim mjerama mora utjecati na građane u cilju produljenja broja godina života, ali i poboljšanja kvalitete života.

5.1. Sociološke odrednice alkoholizma

Brojne definicije alkoholizma prezentiraju alkoholizam na različite načine, pa se tako alkoholizam teoretizira kao patološko stanje, devijacija u ponašanju ili kao nezdrava navika nad kojom alkoholičar ima varijabilnu razinu kontrole (21).

„Alkoholičar je osoba koja je dugotrajnim, prekomjernim pijenjem postala ovisna o alkoholu (psihički, fizički ili na oba načina) i u nje su se zbog toga razvila zdravstvena (psihička ili fizička) oštećenja i socijalne teškoće, pristupačne klasičnim medicinskim i socijalnim dijagnostičkim postupcima. Spomenuti simptomi moraju biti utvrđeni, a ne smiju se samo

pretpostavljati ili na osnovi anamnestičkih podataka o prekomjernom pijenju zaključivati da bolesnik boluje od alkoholizma.“ (22).

Navedena Hudolinova teorija govori u prilog činjenici kako je alkohol problem kojim se bavi niz znanosti poput sociologije, socijalnog rada, defektologije, psihologije, defektologije, medicine i sestrištva, te je alkoholizam kao sveukupni problem pojedinca i društva općenito potrebno tretirati multidisciplinarno (23).

5.1.1. Razlike u zloporabi alkohola po spolu

Podaci različitih istraživanja pokazuju kako je alkoholizam u žena u sve većem porastu. Šezdesetih godina prošlog stoljeća omjer muškaraca alkoholičara u odnosu na žene alkoholičarke bio je 7:1, do 2006 godine taj se omjer smanjuje na značajnih 4:1 (23, 24). Istraživanja nadalje govore kako je 1965. godine u Hrvatskoj na 7,8 bolnički liječenih muškaraca dolazila jedna žena, a 1985. omjer se uvelike smanjuje na 5,4 muškaraca na jednu ženu (22).

Kako je vidljivo iz prethodnih podataka, razlike u zloporabi alkohola u odnosu na spol se smanjuju. Osnovna pretpostavka u svezi s ovim problemom je to što je moderno društvo došlo do značajne razine liberalizacije i ostvarivanja ženskih prava koja su uz sve pozitivne karakteristike i blagodati donijele i ovaj negativan ishod. Naime, žene danas sve češće preuzimaju uloge koje su u prošlosti bile rezervirane isključivo za muškarce, time ruše stereotipe, razvijaju emancipaciju, a emancipacija usputno otvara vrata boljem društvenom prihvaćanju konzumacije alkohola od strane žena. Nadalje, tradicionalne uloge žena se mijenjaju te žene preuzimaju odgovornosti koje sa sobom nose više opterećenja (23).

Važnost diferencijacije spolova u odnosu na konzumaciju alkohola leži u tome što pogrešan stav o muškoj i ženskoj alkoholiziranosti može imati utjecaj na rješavanje problema alkoholizma unutar različitih društava. Ako društvena zajednica prezentira zloporabu alkohola kao znak muškosti to može biti značajna podrška muškoj populaciji u prekomjernom pijenju. Također, može dovesti do toga da se alkoholizam percipira kao prihvatljiv stil života muškarca. U odnosu na navedeno, društveni stereotip kako alkoholizam nije problem koji je značajan za žene može bitno dovesti do toga da se alkoholizam kod žena u potpunosti banalizira. Ipak ukoliko

problem alkoholizma kod žene postane toliko značajan da ga društvo prepozna, uzrokuje tešku osudu i društveni linč. Snažnije razumijevanje spolnih stereotipa od integralne je važnosti u problematici alkoholizma, jer isključivo rušenje stereotipa može dovesti do svrsishodnosti preventivnih i kurativnih mjera u vidu ovoga problema kod oba spola (23).

Svjetska zdravstvena organizacija nakon provedenih istraživanja o povezanosti zlorabe alkohola i spola postavlja četiri obilježja sociokulturalnih uzroka koji razlikuju pijenje kod žena i muškaraca. Ta četiri obilježja su: moć, seksualno ponašanje, sklonost riskiranju te odgovornost (23).

1. *Moć*: Najučestalija hipoteza koja objašnjava zašto se muškarci i žene razlikuju u konzumaciji alkohola tvrdi kako pijenje alkohola simbolizira i ističe muškarčevu moć nad ženom. Uživanje alkohola dugo kroz povijest bilo je znak muške superiornosti nad ženama i privilegija koju su muškarci prisvojili za sebe, a ženama uskratili (25).
2. *Seksualno ophođenje*: I muškarce i žene na pijenje može potaknuti očekivanje kako će alkohol povećati razinu njihove seksualne sposobnosti i užitka. Navedena očekivanja češće utječu na mušku populaciju, suprotno od toga kod žena se češće javlja strah kako će pod utjecajem alkohola biti više seksualno aktivne i otvorene, što društvo percipira kao neprihvatljivo žensko ponašanje te ova karakteristika alkoholiziranosti najčešće sprječava žene u prekomjernoj konzumaciji. Hipotetski rečeno, društvo, koje i dalje oštrije osuđuje žensku seksualnu slobodu, utječe na žene da piju manje nego muškarci kako bi svoje seksualno ponašanje imale pod većom kontrolom (25).
3. *Rizik*: Ovo obilježje tvrdi da muškarci zloupotrebljavaju alkohol češće od žena jer su skloniji rizičnom ponašanju. Razlike među spolovima u sklonosti riziku mogu rezultirati iz više mogućih uzroka: muškarci doživljavaju rizik primamljivijim (uzbudljivijim) nego žene, a izlaganje riziku također može označavati jedan oblik demonstracije muškosti (ali ne i ženstvenosti). Sama konzumacija alkohola ne mora značiti izlaganje riziku, ali su ljudi općenito skloniji izlaganju rizičnim situacijama pod njegovim utjecajem (25).
4. *Odgovornost*: Četvrta teorija počiva na spoznaji kako društveno uvjetovane odgovornosti različito djeluju na muškarce i žene. S jedne strane imamo muškarce koji su skloniji opijanju kako bi što uspješnije ignorirali obveze i odgovornosti ili opijanje koriste kao sredstvo izražavanja imunosti prema društvenim obvezama. Dok s druge strane, važnija

uloga u obavljanju obveza, posebice obiteljskih, žene može potaknuti na inhibiciju zloupotrebe alkohola, moguće zbog toga što će alkohol smanjiti njihovu učinkovitost u obavljanju istih ili zbog toga što su značajnije izložene kritiziranju od strane društva. Međutim treba napomenuti kako su žene unutar različitih kultura varijabilno podložne odgovornosti kao sredstvu inhibicije od zlorabe alkohola (25).

5.2. Europski kulturološki obrasci pijenja

S obzirom na geografski položaj i sličnost u obrascima konzumacije alkohola većinu europskih naroda svrstava se u tri skupine nazvane alkoholnim pojasevima Europe.

Obrazac pijenja alkohola na Mediteranu svojstven je za sveukupno europsko Sredozemlje, a okarakteriziran je društveno neupadljivim alkoholiziranjem i društvenom tolerancijom nad prekomjernim pijenjem. Najzastupljeniji alkohol u ovom području je vino, što ovu skupinu naroda svrstava u tzv. vinski pojas (Portugal, Španjolska, Francuska, Italija, Hrvatska, Crna Gora i druge). Uživanje alkohola kod Mediteranaca svojstveno je po tome što postoji česta konzumacija, ali uz zadržavanje kontrole nad pijenjem. Nadalje, alkohol se konzumira u kontinuitetu kroz cijeli dan, najčešće poslije obroka, u manjim količinama i razrijeđen vodom (bevanda). Na ovom području tolerancija prema konzumaciji alkohola je velika ali se teško pijanstvo osuđuje (26).

U srednjoeuropskim zemljama poput Irske, Ujedinjenog Kraljevstva, Belgije, Nizozemske, Danske, Austrije, Češke, Slovačke, Njemačke i dr. najradije se konzumira pivo te samim time ova skupina čini pivski pojas. Narodi ove skupine imaju dvojak stav prema korištenju alkohola, neke situacije smatraju primjerenima za konzumaciju alkohola te ju zagovaraju dok u drugim situacijama takvo ponašanje oštro osuđuju (26).

Sjevernoeuropski narodi (nordijski i baltički) te slavenski narodi (ponajprije Rusi) spadaju u votkin pojas, spomenuti narodi imaju izrazito tolerantan stav prema pijenju, konzumaciju alkohola toleriraju u svakoj društvenoj situaciji, a liberalni su i prema teškoj alkoholiziranosti. Kao što i samo ime ove skupine navodi, na ovom području najčešće se konzumira votka i ostala žestoka pića. Ovdje valja izdvojiti Rusiju, unutar koje postoji izniman i konstantan trend rasta

potrošnje alkohola od devedesetih godina prošlog stoljeća. To potvrđuje i Svjetska zdravstvena organizacija, koja donosi podatke kako je u Rusiji 2012. godine čak 30 posto smrti bilo izravno uzrokovano alkoholnom intoksikacijom. Za Rusiju je, osim prekomjerne konzumacije votke, karakteristična i potrošnja alkoholnih pića kućne radinosti (26).

5.3. Sustavi liječenja alkoholizma u Republici Hrvatskoj

Kako je alkoholizam višeslojni i složeni problem pojedinca i njegove okoline terapijski oblici su jednako tako višeslojni, te se osobi pristupa farmakoterapijski, psihoterapijski i socioterapijski.

Osnovni sustavi liječenja kroničnih alkoholičara su institucionalno i neinstitucionalno liječenje. Nadalje, institucionalno liječenje dijeli se na potpunu i parcijalnu hospitalizaciju, a neinstitucionalno liječenje podrazumijeva ambulantnu skrb i djelovanje klubova liječenih alkoholičara. Nakon završetka hospitalizacije pojavljuje se najveći problem na putu do apstinencije gotovo svakog alkoholičara, a to je kreiranje socijalnog okruženja suportivne naravi kojeg čine drugi apstinenti, upravo je stvaranje takvog okruženja osnovni cilj rada klubova liječenih alkoholičara (23).

5.3.1. Institucionalna skrb

5.3.1.1. Potpuna hospitalizacija

Bolničko liječenje indicirano je kod razvoja alkoholne intoksikacije, komplikacija alkoholizma različitog tipa te kada svojim ponašanjem osoba predstavlja ugrozu za sebe i druge. Smjernice govore kako bi hospitalizacija trebala trajati što je kraće moguće, a obvezni nastavak terapije je uključivanje pacijenta u sustav neinstitucionalnog liječenja (22).

5.3.1.2. Parcijalna hospitalizacija

Parcijalna hospitalizacija predstavlja most između bolničkog i ambulantnog liječenja. Pogodna je isključivo za pacijente koji nisu akutno ugroženi i ne zahtijevaju stalni medicinski nadzor. Ovaj tip liječenja široko je prihvaćen od strane liječenih jer im uz liječenje pruža i reintegraciju u njihovo svakodnevno okruženje. Parcijalna hospitalizacija može se odvijati kroz dnevne bolnice, vikend i noćne bolnice te kroz obiteljsko i grupno liječenje. Unutar dnevnih bolnica alkoholičari provode onaj dio dana koji bi inače provodili na radnom mjestu. Nadalje, vikend bolnice otvorene su prema dolasku i pružanju raznih terapijskih tretmana svim članovima obitelji alkoholičara, ovaj tip skrbi omogućava pacijentu da za vrijeme rehabilitacije ostane radno aktivan (23).

5.3.2. Neinstitucionalna skrb

5.3.2.1. Ambulantno liječenje

Ambulantno liječenje predstavlja nastavak skrbi nad ovisnikom nakon završetka njegove stacionarne skrbi ili je integrirano unutar sustava parcijalne hospitalizacije (23).

5.3.2.2. Klubovi liječenih alkoholičara

Klubovi liječenih alkoholičara nastaju iz spoznaje kako je alkoholičaru na putu oporavka prijeko potrebna podrška onih koji su doživjeli isto iskustvo. Klubovi nisu osmišljeni kao mjesta rezervirana isključivo za razbibrigu i zabavu, nego kao mjesta unutar kojih će alkoholičari pronaći potporu za izmjenu njihovog dosadašnjeg ponašanja. Također, klub nije zamjena za društvenu sredinu u kojoj alkoholičar obitava, već je spona koja služi kao priprema alkoholičara za cjelovitu socijalnu rehabilitaciju, što se postiže beskompromisnim uvažavanjem individualnosti svakog štićenika i razumijevanjem ukoliko osoba posrne u apstinenciji. Alkoholičari u klubovima izloženi su bezuvjetnom prihvaćanju te se također uče socijalnoj solidarnosti te osobnoj i društvenoj odgovornosti (27).

5.4. Doprinos medicinske sestre u prevenciji nezdravih životnih navika

Prema teoriji Virginije Henderson uloga medicinske sestre je pružiti pomoć zdravom ili bolesnom pojedincu u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac samostalno obavljao kada bi za to imao potrebnu snagu, volju i znanje. Treba pružiti pomoć koja će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti (28). Cilj zdravstvene njege općenito jest pružanje sigurne i učinkovite zdravstvene njege, zasnovane na etičkim načelima, a koja se bazira na kliničkoj procjeni potreba pojedinca, njegove obitelji ili zajednice ukupno (29).

Medicinska sestra/tehničar je punopravni član tima unutar kompletnog institucionalnog i neinstitucionalnog procesa liječenja alkoholičara. Od integralne je važnosti u ovom procesu stvoriti plodno tlo za promjenu negativnih stavova, ponašanja i uloga liječenog pojedinca, te pružiti pomoć obitelji da postane adekvatna podrška pojedincu u postizanju i održavanju apstinencije (30).

5.4.1. Uloga medicinske sestre/tehničara u prevenciji alkoholizma

Primarna svrha prevencije u kontekstu sestrinstva je smanjiti mogućnost nastanka problema eliminirajući rizične čimbenike za njihovo nastajanje ili ukoliko se problem razvio rano, prepoznavanje njegove prisutnosti i pravovremeno rješavanje istog (31).

Kada pričamo o prevenciji alkoholizma, ponajprije mislimo na suzbijanje zlorabe alkohola. Zakonske odredbe koje propisuju ograničenja o dostupnosti alkohola pružaju osnovu za prevenciju, no možda nemaju značajan preventivan učinak, potrebno je preventivno djelovati na ponašanje i odnos društva ukupno prema potrošnji alkoholnih pića. Glavnu podršku kulturi pijenja u Hrvatskoj predstavlja obitelj unutar koje se običaji i navike o pijenju generacijski nasljeđuju. Upravo iz spomenutog razloga preventivne mjere moraju uvelike biti usmjerene na obitelj, putem različitih društvenih službi i organizacija kao što su odgojno-obrazovne ustanove, masovni mediji, vjerske i sportske organizacije (32).

5.4.1.1. Primarna prevencija alkoholizma

Uloga medicinske sestre/tehničara u primarnoj prevenciji alkoholizma je ponajprije edukacija koja je usmjerena na potpuno zdravu populaciju, s naglaskom na djecu predškolskog i osnovnoškolskog uzrasta te adolescente. Kod spomenutih populacijskih skupina, osim provođenja edukacije, također je potrebno identificirati pojedince pod povećanim rizikom. To su najčešće djeca iz disfunkcionalnih obitelji i s pozitivnom obiteljskom anamnezom alkoholizma. Ova problematika pripada u djelokrug rada zdravstvenih voditelja u vrtićima, školskih medicinskih sestara/tehničara i patronažne službe (33).

5.4.1.2. Sekundarna prevencija alkoholizma

Ukoliko je osoba već započela sa zlorabom alkohola, tada se provodi sekundarna prevencija. Njen cilj je pravovremeno prepoznavanje i liječenje prije nego što nastupi razvoj psihičke i fizičke ovisnosti. Ova vrsta prevencije provodi se kroz sustave primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Unutar sekundarne prevencije od iznimne važnosti za medicinsku sestru/tehničara je stjecanje i održavanje odnosa povjerenja s klijentom. Takav odnos dalje otvara vrata za povoljnu suradnju na razini pacijent-medicinska sestra/tehničar što, na kraju rezultira uspješnim oporavkom (33).

5.4.1.3. Tercijarna prevencija alkoholizma

Tercijarna prevencija obuhvaća liječenje i rehabilitaciju osobe koja je već razvila psihičku i/ili fizičku ovisnost o alkoholu. Sustav tercijarne prevencije alkoholizma očituje se kroz tretmane u klubovima liječenih alkoholičara, a njen osnovni cilj je uspostava i održavanje apstinencije (33).

5.4.2. Uloga medicinske sestre/tehničara u rehabilitaciji i resocijalizaciji alkoholičara

Resocijalizacija ovisnika o alkoholu zahtjeva primarno rad na sebi, ponovnu uspostavu zdrave komunikacije i povoljnih obiteljskih odnosa te formiranje kruga prijatelja – trijeznih prijatelja. Kako je već ranije spomenuto, alkoholizam je višeslojan problem koji predstavlja patološke promjene na biološkoj i psihološkoj osnovi te zbog toga zahtjeva holistički pristup rješavanju problema iz područja zdravstvene njege (34).

Uloga medicinske sestre/tehničara je pružiti stručnu podršku i stimulirati alkoholičara da postojeće resurse usmjeri prema što boljem rješavanju prisutnih problema. Medicinska sestra/tehničar ima ulogu motivatora koji potiče pacijenta na postizanje više kvalitete obiteljskih i društvenih odnosa. Osnovni preduvjet za ozdravljenje od alkoholizma je razvijanje samosvijesti o postojanju alkoholizma kao problema, a u tome značajno pridonosi odnos povjerenja i uzajamnog poštovanja na razini medicinska sestra/tehničar – pacijent (34).

5.4.3. Uloga medicinske sestre/tehničara u obiteljskoj terapiji

Kroz kompletan proces rehabilitacije alkoholičara potrebno je rehabilitacijski djelovati i na obitelj. Svrha obiteljske terapije je stvaranje obiteljskih uvjeta unutar kojih će vladati atmosfera pozitivnog razmišljanja, oporavka i zajedničke snage. Nerijetko je u taj proces nemoguće uključiti sve članove obitelji, uglavnom zbog narušenih odnosa. Ponekad postoji i averzija te osjećaj srama kod članova obitelji alkoholičara. Važno je unutar obiteljske terapije uspostaviti zdravu komunikaciju među članovima obitelji te stvoriti skladan i čvrst obiteljski krug. Od velike važnosti je educirati obitelj o alkoholizmu kao bolesti, bitno je također članovima predočiti kako alkoholičar ima iskrivljenu sliku spram zlorabe alkohola (34).

Rad u sustavu obiteljske terapije, osim stručnog znanja i kliničkog iskustva, iziskuje i visoku razinu motivacije. Veliki naponi od strane medicinske sestre/tehničara trebaju biti uloženi u uspostavu terapijskog odnosa i terapijske komunikacije, kako prema pacijentu, tako i prema obitelji (34).

5.4.4. Uloga medicinske sestre/tehničara u klubu liječenih alkoholičara

Unutar klubova liječenih alkoholičara primarna zadaća medicinske sestre/tehničara je edukacija alkoholičara i članova njegove obitelji. Često se u suradnji sa štićenicima provode i aktivnosti usmjerene na senzibilizaciju javnosti o problematici alkoholizma i njegovih pratećih problema. Medicinska sestra/tehničar u klubovima liječenih alkoholičara može obavljati funkciju stručnog djelatnika. Stručni djelatnik izravno suočava štićenika s njegovim negativnim ponašanjem dok mu ostali članovi i dostručni djelatnici pružaju podršku. Također, stručni djelatnik mora raditi na motivaciji za liječenje koja će ojačati kada pacijent postigne bolji uvid u svoje stanje. Istovremeno je od neobične važnosti kroz cijeli proces štićeniku pružati osjećaj poštovanja i individualnosti (27, 34, 35).

5.4.5. Uloga medicinske sestre/tehničara u sprječavanju recidiva kod alkoholičara

Najvažniji čimbenik održavanja apstinencije je samopoštovanje jer djeluje kao dugoročni motivator, a dugoročna motivacija ključ je svake značajne životne odluke pa tako i apstinencije od alkohola. Upravo u jačanju samopoštovanja i poticanju pacijenta na preuzimanje odgovornosti za sebe leži uloga medicinske sestre/tehničara. U ovom procesu potrebno je ponuditi bezuvjetno razumijevanje i solidarnost. Preduvjet pružanju solidarnosti jest razriješen odnos medicinske sestre/tehničara prema vlastitom pijenju. Recidiv izaziva snažne negativne emocije te osobnu i obiteljsku krizu alkoholičara, stoga je u trenutku posrnuća važno pravilno reagirati kako bi se situacija mogla transformirati iz poraza u novu priliku za promjenu (35).

6. ZAKLJUČAK

Alkoholizam je kronična kontinuirana ili periodična primjena alkohola koja je obilježena umanjenom kontrolom nad pijenjem, učestalim epizodama intoksikacije i preokupacijom alkoholom te konzumacijom alkohola unatoč njegovim štetnim posljedicama. Nerijetko se alkoholizam prezentira kao stil života, a ne kao patološko stanje. Konzumacija alkohola kao rizičan čimbenik za razvoj kroničnih nezaraznih bolesti uzrok je devetog, a u muškaraca osmog uzroka smrtnosti u Republici Hrvatskoj.

Pregledom podataka o učestalosti i načinu konzumacije alkohola uočena je razlika među europskim državama. Najveći problem dugotrajne konzumacije među oba spola imaju stanovnici Rumunjske. Problem je izraženiji u svim tranzicijskim zemljama i kod muškaraca. Najmanji problem konzumacije alkohola je u Turskoj zbog kulturoloških i vjerskih obrazaca ponašanja. Velike razlike u načinu konzumacije uočavaju se između juga i sjevera Europe. Dok stanovnici zemalja mediteranskog kruga konzumiraju alkohol češće, ali u manjim količinama, stanovnike sjevernih zemalja karakterizira ekscesivna konzumacija u različito dugim vremenskim periodima. Smrtnost zbog alkoholne intoksikacije je učestalija kod takvog načina pijenja.

Republika Hrvatska, iako s dvije trećine svog teritorija pripada mediteranskom okružju, navikama svojih građana nalikuje tranzicijskim zemljama. Problem je izražen kod muškog spola gdje su posljedice pijenja i bolesti koje zbog toga nastaju među najčešćim uzrocima smrtnosti. Kako stil i način života utječu na pobol i smrtnost može se očitati u primjeru konzumacije alkohola i razlikama za muški i ženski spol.

Utjecaj medicinske sestre/tehničara na problematiku alkoholizma i nezdravog stila života općenito je od velike važnosti. Medicinske sestre/tehničari unutar svoje djelatnosti usmjereni su kako na pojedinca tako i na širu populaciju. Sestrinski rad i pružanje zdravstvene njege može imati edukativnu, preventivnu, kurativnu i rehabilitacijsku dimenziju. S obzirom na to koju od navedenih uloga obavlja, sestrinska djelatnost, djelatnost medicinskog tehničara, može biti integrirana u sustav primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, kao i u sustav odgoja i obrazovanja te rada nevladinih udruga i provođenje humanitarnih akcija.

7. LITERATURA

1. World health organization. Lexicon of alcohol and drug terms [Internet]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 1994. [cited 2018 Nov 12]. Dostupno na: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
2. Hotujac Lj. i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
3. Hudolin V. Alkoholizam. Zagreb: Stvarnost; 1984.
4. Brlas S. Terminološki opisni rječnik ovisnosti. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“; 2011.
5. Alcohol.org.nz [Internet]. Wellington: The Health Promotion Agency; 2018. [cited 2018 Nov 28]. Dostupno na: <https://www.alcohol.org.nz/alcohol-its-effects/about-alcohol/what-happens-when-you-drink-alcohol>
6. Sutlović D. i sur. Osnove forenzičke toksikologije. 2. izd. Split: Redak; 2011.
7. Katzung BG, Susan B. Masters AJT. Temeljna i klinička farmakologija. 11. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
8. Damjanov I, Jukić S, Nola M. Patologija. 3. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
9. Stvorić I. Mjerenje razine etanola u uzorcima pacijenata sa šećernom bolesti. Split: Sveučilište u Splitu, Kemijsko-tehnološki fakultet i Medicinski fakultet, 2017. Diplomski rad.
10. Alcohol.org.nz [Internet]. Wellington: The Health Promotion Agency; 2016. [cited 2018 Nov 19]. Dostupno na: https://www.alcohol.org.nz/resources-research/alcohol-resources/resource-publications?field_audience=All&search_api_views_fulltext=Alcohol%20%E2%80%93%20The%20Body%20and%20Health%20Effects%20Book
11. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
12. Uvodić-Đurić. Mladi i alkohol. Čakovec: Autonomni Centar – ACT; 2007.
13. Puharić I. Utjecaj konzumacije alkohola na zdravlje i kvalitetu života. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, 2012. Završni rad.
14. Bulajić M. Marketing alkohola i alkoholizam mladih. Medix-Specijalizirani medicinski dvomjesečnik [Internet]. 2016. [cited 2018 Nov 15];89/90. Dostupno na: <https://www.medix.hr/marketing-alkohola-i-alkoholizam-mladih>
15. Prodaja alkohola maloljetnicima [Internet]. 2016. [cited 2018 Nov 15];89/90. Dostupno na: <http://splitsko-dalmatinska.policija.hr/MainPu.aspx?id=138463>

16. Lee B, Trembley VJ. Advertising and the US market demand for beer. *Applied Economics* 1992;24(1): 69-76.
17. EUROSTAT [Internet]. 2018. [cited 2018 Nov 15];89/90. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00131&plugin=1>
18. EUROSTAT [Internet]. 2018. [cited 2018 Nov 15];89/90. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00140&plugin=1>
19. EUROSTAT [Internet]. 2018. [cited 2018 Nov 15];89/90. Dostupno na: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_allu&lang=en
20. Zdravstveno-statistički ljetopis za 2017. godinu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo [Internet]. 2018. [cited 2018 Nov 15];89/90. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2017-tablicni-podaci/>
21. Vaillant, G. *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press; 1995.
22. Hudolin, V. *Alkohološki priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada; 1991.
23. Prekrtić S. *Sociološka analiza alkoholizma – sociografski pristup*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, 2016. Diplomski rad.
24. Zoričić, Z. Alkohol i mladi. *Alkohološki glasnik*. 2006. Br 10: 3-5.
25. Obot I. S. Room R; editors. *Alcohol, Gender and Drinking Problems: perspectives from low and middle income countries*. [Internet]. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2005. [cited 2018 Nov 17]. Dostupno na: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf
26. Dragišić Labaš S. *Čovek i alkohol u društvu*. Beograd: Čigoja štampa; 2013.
27. Bajo A. *Značaj klubova liječenih alkoholičara u terapiji alkoholizma*. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2014. Završni rad.
28. Henderson V. *Osnovna načela zdravstvene njege*. Zagreb: HUSE i HUMS; 1994.
29. De Lai Lj. *Uloga medicinske sestre u radu s obiteljima ovisnika o opijatima*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2017. Diplomski rad.
30. Štefić N. *Zdravstvena njega ovisnika o alkoholu*. Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru, 2017. Završni rad.

31. Breček A, NPB „dr. Ivan Barbot“. Govorimo li samo o prevenciji ili je uistinu provodimo?. Plavi fokus. 2017;2 Suppl:29-30.
32. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestrinstva, Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
33. Luketin I. Identificiranje rizičnih faktora za razvoj kroničnog alkoholizma i preventivno djelovanje sestrinske profesije. Split: Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, 2014. Završni rad.
34. Cvančić J. Getoš R. Alkoholizam kao problem u obitelji i društvu. Sestrinski glasnik. 2017; 22(1): 23-26.
35. Jovanović I. Mjesto i uloga stručnog djelatnika u klubu liječenih alkoholičara. Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika [Internet]. 2003 [cited 2018 Nov 24]. Dostupno na: <http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/08%20KLUBOVI%20LIJECENIH%20ALKOHO LICARA/02%20DJELATNICI%20U%20KLUBOVIMA/080202%20MJESTO%20I%20UL OGA%20STRUCNOG%20DJELATNIKA.htm>
36. Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko - podravske županije [Internet]. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko - podravske županije; 2014. [cited 2018 Nov 27]. Dostupno na: <http://www.zzjzvpz.hr/hr/sadrzaj/djelatnost/1/publikacije/alkoholizamletak2014.pdf>

8. SAŽETAK

Alkoholizam je problem koji pogađa pojedinca – konzumenta, njegovu obitelj, ali predstavlja i širi društveni problem. Tijek razvoja alkoholizma kreće od banalne društvene potrošnje, preko zlorabe alkohola do alkoholizma i pratećih oštećenja. Osoba može biti ovisna o alkoholu po tipu psihičke, fizičke ili kombinirane ovisnosti (36).

U ovom radu sažete su osnovne teorijske značajke alkoholizma, utjecaj alkohola na organizam iz kliničke perspektive, društvene razlike i specifičnosti u pijenju različitih populacijskih skupina, sustavi liječenja alkoholičara u Hrvatskoj te utjecaj sestrinske prakse na problem alkoholizma uopće.

Podatci koji su korišteni u ovom radu preuzeti su sa stranica Eurostata i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Prikupljeni podatci upućuju na povezanost učestalosti konzumacije alkohola sa socioekonomskom razvijenošću, društvenim normama i kulturološkim specifičnostima različitih naroda te na različitost učestalosti konzumacije alkohola kod muškaraca i žena. Razvidno je također kako su neke nacije sklone trendu smanjenja konzumacije alkohola, dok druge pokazuju trend rasta. Nadalje podatci govore o značajnoj povezanosti zlorabe alkohola i pojave trajnih tjelesnih oštećenja, poput kronične bolesti jetre, ciroze i dr. Iz navedenih razloga jasno je kako postoji potreba za dodatnim istraživanjem alkoholizma kao problema, provođenjem edukacijskih programa i snažnijim društvenim zalaganjem za eradikacijom alkoholizma i njegovih posljedica.

Ključne riječi: alkoholizam, obrasci pijenja, liječenje, medicinska sestra, zdravstvena njega.

9. SUMMARY

Alcoholism is a problem that affects an individual - a consumer, his family, but also represents a wider social problem. The course of alcoholic disease goes from benign social consumption, through abuse of alcohol to alcoholism and alcohol related damages. There are several alcohol addiction types: psychical, psychological or combined addiction (36).

This paper summarizes the basic theoretical features of alcoholism, the influence of alcohol on the body - clinical perspective, social differences and specific drinking patterns of different population groups, alcohol treatment process in Croatia and the effect of nursing practice on alcoholism generally.

The data used in this paper are downloaded from Eurostat and the Croatian institute of public health web pages. The collected data suggest the correlation between the frequency of alcohol consumption with socioeconomic development, social norms and cultural varieties of different nations, including the diversity of alcohol consumption rates in men and women. It is also clear that some nations show the reducing trend of alcohol consumption, while others show a trend of growth. Furthermore, data suggest a significant association between alcohol abuse and the appearance of permanent health damage, such as chronic liver disease, cirrhosis, etc. For these reasons, it is obvious that there is a need for further research on alcoholism, also better educational programs and stronger social impact on eradication of alcoholism and its repercussions.

Keywords: alcoholism, drinking patterns, treatment, nurse, health care.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Slavko Jurčević

Datum i mjesto rođenja: 11.06.1994; Split, Hrvatska

Državljanstvo: Hrvatsko

Adresa stanovanja: M. Marušića 10, Omiš, Hrvatska

E-mail: slavkoju@gmail.com

Kontakt broj: +385 92 163 51 28

Obrazovanje:

2001. – 2009. god.: Osnovna škola Josipa Pupačića, Omiš

2009. – 2013. god.: Zdravstvena škola, Medicinski tehničar, Split

Od 2015. god.: Preddiplomski studij Sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija,
Split

Dodatne informacije:

Aktivno korištenje računala, poznavanje rada u MS Office paketu

Poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu