

Sociodemografske osobitosti liječenih ovisnika o alkoholu u okviru sudskih mjera

Klepić, Brankica

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:834298>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-26**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Brankica Klepić

**SOCIODEMOGRAFSKE OSOBITOSTI
LIJEČENIH OVISNIKA O ALKOHOLU
U OKVIRU SUDSKIH MJERA**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2022.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Brankica Klepić

**SOCIODEMOGRAFSKE OSOBITOSTI
LIJEČENIH OVISNIKA O ALKOHOLU
U OKVIRU SUDSKIH MJERA**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2022.

Rad je ostvaren u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“ na Klinici za psihijatriju.

Mentor rada: doc. prim. dr. sc. Sandra Vuk Pisk, dr. med.

Komentor rada: izv. prof. dr. sc. Ana Matošić, dr. med.

Rad sadrži 35 listova i 5 tablica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Psihijatrija

ZAHVALA

Veliku zahvalu u prvom redu dugujem svojoj mentorici doc. prim. dr. sc. Sandri Vuk Pisk, dr. med., na prihvaćanju mentorstva, stručnom usmjeravanju, savjetima, susretljivosti te praćenju cjelokupnog procesa izrade diplomskog rada.

Također, veliko hvala i mojoj komentorici izv. prof. dr. sc. Ani Matošić, dr. med., na pomoći prilikom prikupljanja podataka za izradu diplomskog rada.

Posebnu zahvalnost iskazujem svojoj djeci, Antoniu i Dori, na bezuvjetnoj pomoći i razumijevanju tijekom studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Alkohol.....	1
1.2. Porijeklo i povijest alkohola.....	2
1.3. Alkoholizam	2
1.3.1. Definiranje ovisnosti i čimbenici rizika	3
1.3.2. Definiranje alkoholizma	4
1.3.3. Klinička slika alkoholizma	5
1.4. Liječenje alkoholizma	6
1.5. Povezanost alkoholizma s nasiljem.....	7
1.5.1. Alkohol i zlostavljanje u obitelji	8
1.5.2. Alkohol i kriminal	8
1.6. Sudske mjere	9
2. CILJEVI	11
3. ISPITANICI I METODE	12
3.1. Ustroj studije	12
3.2. Ispitanici	12
3.3. Metode.....	12
3.4. Statističke metode	12
3.5. Etičko odobrenje	13
4. REZULTATI.....	14
5. RASPRAVA.....	19
6. ZAKLJUČAK	22
7. SAŽETAK.....	23
8. SUMMARY	24
9. LITERATURA.....	25
10. ŽIVOTOPIS	28
11. PRILOZI.....	29

1. UVOD

Od samih početaka čovječanstva konzumirao se alkohol, zbog čega je gotovo nemoguće da se neka osoba tijekom svog života nije susrela s alkoholom. Problem nastaje u onom trenutku kada konzumacija alkoholnih pića postane prekomjerna, odnosno kada dođe do same ovisnosti o alkoholu. Iako je društvo u današnje vrijeme svjesno posljedica koje konzumacija alkoholnih pića ostavlja na pojedinca, ali i na društvo u cjelini, problematika se alkoholizma i dalje javlja. U svijetu sve više ljudi pati od posljedica alkoholizma. Alkoholizam se smatra jednim od vodećih uzroka bolesti, ozljeda te naposljetku i smrtnosti. Procjenjuje se da u Hrvatskoj postoji oko 250 000 ovisnika o alkoholu, a liječi ih se samo 3 % (1).

Na razinu i obrasce prekomjernog pijenja alkoholnih pića te veličinu problema povezanih s prekomjernim pijenjem utječu različiti čimbenici identificirani na društvenoj i individualnoj razini. Društveni čimbenici uključuju razinu gospodarskog razvoja, društvene norme, dostupnost alkohola, kulturu, dok su individualni čimbenici dob, spol, obiteljske okolnosti te socioekonomski status (2). Istraživanja su pokazala da postoje rodne razlike u prekomjernom pijenju alkoholnih pića. Iako je alkoholizam kod žena posljednjih godina u porastu, muški spol i dalje prednjači po pitanju učestalosti pijenja alkoholnih pića. Istraživanja su također pokazala da su mlađa dob, niža obrazovna razina, bračni status, vjerski identitet i socioekonomski status čimbenici koji utječu na prekomjerno pijenje alkoholnih pića (3).

Ovisnost o alkoholu ne utječe samo na pojedinca, već i na cijelu zajednicu – posebno na obitelj. Dokazano je kako je prekomjerno pijenje alkoholnih pića povezano s bračnim nezadovoljstvom te povećava rizik od negativnih reakcija, naročito među parovima. Problemi uzrokovani prekomjernim pijenjem alkoholnih pića uzrokuju patnju među članovima obitelji, što dovodi do sukoba u obitelji, nasilja, zlostavljanja djece, roditeljskog nemara, neadekvatnog roditeljstva te financijskih i pravnih poteškoća (3). Nasilje i agresija česti su u obitelji, a najčešće je žrtva žena. Pokazalo se da je 27,3 % supružnika pod utjecajem alkohola izvršilo nasilje nad ženom te da je alkoholizam najčešći uzrok rastave braka (4).

1.1. Alkohol

Povijest konzumacije alkoholnih pića stara je koliko i samo čovječanstvo. Naime, ljudi su još od najranijih vremena konzumirali manje količine alkohola te su uočili kako ono mijenja ponašanje čovjeka. Drugim riječima, uočen je utjecaj alkohola na čovjekovo psihičko stanje

(5). Alkohol je psihoaktivna tvar koja svojim svojstvima stvara ovisnost, a njezina prekomjerna upotreba uzrokuje niz bolesti te ima značajne društvene i ekonomske posljedice (2).

1.2. Porijeklo i povijest alkohola

Krene li se od samog porijekla riječi *alkohol*, radi se o arapskom porijeklu što označava nešto što je jako fino. Na temelju arheoloških nalaza doznalo se kako su ljudi prije čak 40 tisuća godina konzumirali neku vrstu alkohola; najčešće je to bio alkohol izrađen od voća, povrća i žitarica. Što se tiče prve organizirane proizvodnje alkohola, radi se o uzgoju vinogradarstva u svrhu proizvodnje vina. Ovaj proces započeo je u razdoblju od oko 6 000 milijuna godina prije nove ere. Područno gledano, riječ je o područjima Crnog i Kaspijskog mora. U navedenom se razdoblju, osim vina, razvijala i proizvodnja fermentiranog pića pa je tako alkohol bio dostupan u svim većim civilizacijama. Upravo su Egipćani bili ti koji su prvi proizveli pivo koje je danas jedno od najkonzumiranijih alkoholnih pića u svijetu, dok su Grci i Rimljani u povijesti bili poznati kao veliki obožavatelji vina (6).

Zanimljiva stavka govori kako je upravo konzumiranje alkoholnih pića bilo zaslužno za nastanak prvih velikih civilizacija. Jasno je kako je za rast velike i moćne civilizacije potrebno dovoljno snage, tj. ljudstva. Isto tako, zdravlje je ljudi ponajviše ovisilo o vodi. Navodi se da je velika količina vode bila zagađena te da je vladala nestašica vode koja je dovođila do smrti. Iz svega navedenoga, znanstvenici smatraju kako nije slučajnost da su upravo prve civilizacije bile te koje su konzumirale veće količine alkoholnih pića. Čak se dolazi do spoznaje kako su, primjerice, na području Egipta radnici bili plaćeni u kruhu i pivu (6).

1.3. Alkoholizam

Jedna od najraširenijih ovisnosti upravo je alkoholizam – potreba za konzumacijom alkohola kojom dolazi do pojave, kako zdravstvenih, tako i socijalnih i društvenih poteškoća. Prije nego li u fokus dođe sami pojam *alkoholizam*, najprije će se prikazati samo definiranje ovisnosti, a potom i ovisnost o alkoholu.

1.3.1. Definiranje ovisnosti i čimbenici rizika

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, ovisnost predstavlja duševno, a u određenim slučajevima i tjelesno stanje koje, kao takvo, nastaje međudjelovanjem živog organizma te samog sredstva ovisnosti. Ovisnost je obilježena različitim ponašanjima te različitim psihičkim procesima koji u svim slučajevima uključuju prisilu za povremenim, odnosno redovitim konzumiranjem određenih sredstava ovisnosti, a sve s temeljnom namjerom da se doživi određeni učinak na psihičke procese pojedinca, odnosno da dođe do izbjegavanja nelagode zbog nedostatka navedenog sredstva (7).

Iz navedenog se može zaključiti kako ovisnost ima dva aspekta; može biti fizička i psihička. Kada se govori o psihičkoj ovisnosti, jedna od temeljnih karakteristika upravo je osjećanje velikog zadovoljstva te iznimno velike želje za ponovnom konzumacijom, a sve s ciljem uspješnog izazivanja ugone, odnosno ne bi li došlo do izbjegavanja neugode (8).

Što se tiče fizičke ovisnosti, ona je definirana kao jedno od stanja same prilagodbe, i to na određeni tip ovisnosti. Tako u početku iznimno mala količina nekog sredstva izaziva određeno zadovoljstvo, a kasnije navedena potreba raste i javlja se sve veća potreba za nekim sredstvom uz redovito javljanje apstinencijske krize (9).

Kada je riječ o vrstama ovisnosti, jasno je kako postoji više istih, a kao najčešće svakako se navode ovisnost o kockanju, alkoholu, drogama, internetu i hrani. Što se tiče kriterija koji su nužni za dijagnostiku navedenih ovisnosti, odnosno ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, prema MKB-u (kratica za Međunarodnu klasifikaciju bolesti), glavni je kriterij javljanje vrlo velike žudnje, odnosno određenih osjećaja prisile za konzumacijom neke tvari. Nadalje, kriterij za dijagnostiku ovisnosti jest i postizanje iznimno teške kontrole nad svojom vlastitim ponašanjem prilikom konzumacije određenih tvari. Isto tako, javljaju se vrlo teške apstinencijske smetnje u onom slučaju kada konzumacija određenih tvari prestane. Nastavljanjem upotrebe određenih tvari dolazi do tolerancije na manje doze, a sukladno tome dolazi do povećanja doze kako bi se postigao isti učinak (10).

Ukoliko bi se usmjerilo upravo na ovisnost o alkoholu koja je predmet ovog rada, utoliko je moguće navesti kako postoji vrlo velik broj uzroka nastanka same ovisnosti o alkoholu. Navedene je moguće kategorizirati u tri osnovne skupine, a radi se o biološkim, psihološkim i socijalnim skupinama.

Kada govorimo o biološkim čimbenicima ovisnosti o alkoholu, svakako treba istaknuti genetičke teorije. Istraživanja su pokazala blisku vezu između alkoholizma i bioloških čimbenika, posebno genetike i fiziologije. Geni utječu na to kako pojedinac razmišlja i djeluje, a to uključuje ovisnost i alkoholizam, što znači da ako je netko imao gen alkoholizma, tada je njegov rizik za razvoj alkoholizma veći. Međutim, geni se ne smiju i ne mogu smatrati izgovorom za prekomjerno pijenje, oni pružaju samo 50 % razloga za prekomjerno pijenje alkoholnih pića, dok druga polovica razloga za ovisnost o alkoholu dolazi od osobe, njene obiteljske povijesti i psihologije (11).

Kao druga skupina navode se psihološki čimbenici koji, kao takvi, na sam alkoholizam gledaju kao na individualan psihološki problem. Različiti psihološki čimbenici mogu povećati šanse za teškim pijenjem. Svaka osoba rješava situacije na svoj određeni način, međutim, način na koji se ona nosi s određenim situacijama i osjećajima, može utjecati na određene osobine ponašanja. Osobe koje pate od stresa, anksioznosti, depresije te drugih mentalnih stanja osjetljivije su na razvoj alkoholizma. U takvim se okolnostima osobe „koriste“ alkoholom kako bi suzbili osjećaje i ublažili simptome svojih psiholoških poremećaja (12).

Kao treća kategorija navedeni su sociološki čimbenici. Sociološki ili društveni čimbenici mogu pridonijeti stavovima osobe o pijenju. Kultura, religija, obitelj i posao utječu na mnoga ponašanja, uključujući i pijenje alkoholnih pića, no obitelj ipak ima najveću ulogu u vjerojatnosti za razvoj alkoholizma. Djeca koja su od rane dobi izložena zloupotrebi alkoholnih pića, izloženija su riziku razvoja alkoholizma. Odlazak na fakultet, kao i novi posao, također mogu osobu učiniti podložnijom pijenju alkoholnih pića. Osoba tijekom tog vremena želi steći nove prijatelje, razviti odnos s vršnjacima, a ta želja da se uklopi i bude prihvaćena od strane društva može uzrokovati sudjelovanje u aktivnostima u kojima inače ne bi sudjelovala (13).

1.3.2. Definiranje alkoholizma

Pri definiranju alkoholizma, naglašava se činjenica kako je riječ o ovisnosti o alkoholu. Alkoholizam na taj način predstavlja iznimno smrtonosnu bolest gdje dolazi do gubitka kontrole konzumiranja alkoholnih pića. Osoba je iz dana u dan sve više opsjednuta konzumacijom alkoholnih pića te neprestano poriče bilo kakvu vezu između sebe i alkohola – riječ je o jednom od istaknutijih javnozdravstvenih problema u svijetu. Ovisnost o alkoholu na taj način postaje velik medicinski i javnozdravstveni problem, kako kod odraslih, tako i kod mladih osoba (14).

Kada govorimo o fazama alkoholizma, one su:

1. društvena potrošnja,
2. alkoholizam,
3. nepovratno oštećenje,
4. tolerancija,
5. zanemarivanje,
6. nastavak pijenja.

Faza društvene potrošnje predstavlja prvu fazu u kojoj se organizam tek privikava na čestu konzumaciju alkoholnih pića čime dolazi do povećanja opće tolerancije organizma na sam alkohol. Upravo iz tog razloga dolazi i do povećanja konzumirane količine alkoholnih pića kako bi se postigao jednak učinak kao na početku konzumacije. Sljedeća faza jest faza samog alkoholizma u kojoj je ovisnost o alkoholu okarakterizirana stalnom, odnosno ponavljajućom konzumacijom alkoholnih pića kako bi se u konačnici mogao doživjeti konkretan učinak, tj. kako bi došlo do izbjegavanja stanja apstinencijske krize. Faza nepovratnih oštećenja jest faza u kojoj organizam sve slabije i slabije podnosi alkohol, što znači kako su potrebne iznimno male količine alkohola kako bi se osoba dovela u opito stanje. Kao četvrta faza navodi se faza tolerancije koja prikazuje samo nastupanje potrebe za, što je moguće, većom količinom alkohola kako bi se uspio osigurati određen odgovarajući učinak na organizam. Potom se javlja i faza zanemarivanja, kada osoba koja je ovisna o alkoholu počinje zanemarivati samog sebe, svoju obitelj, radne i druge obveze te interese. Kao posljednja faza navodi se faza u kojoj osoba nastavlja konzumirati alkoholna pića unatoč svim spoznajama o samoj njegovoj štetnosti (14).

1.3.3. Klinička slika alkoholizma

Sam stupanj alkoholiziranosti određuje se količinom alkohola u krvi. Razmjerno s povećanjem alkohola u krvi, dolazi do smanjenja same percepcije, odnosno samog rasuđivanja. Na temelju dosadašnjih istraživanja vidljivo je kako udio alkohola od 0,5 ‰ ne proizvodi zapravo nikakve znakove alkoholiziranosti, dok količina koja označava pripito stanje iznosi od 0,5 do 1,5 ‰. Što se tiče pijanog stanja, navedeno označava stanje od 1,5 ‰ do 2,5 ‰. Naime, prvo navedeno stanje jest stanje u kojem zapravo nema nikakvih vidljivih znakova samog pijanstva, a kojim dolazi do utvrđivanja samih promjena mišićnih koordinacija, odnosno do laganog produljenja same reakcije. Isto tako, ovo stanje dovodi i do blažeg smanjenja sposobnosti za obavljanje svih preciznih djelatnosti uslijed smanjenja same preciznosti te koordinacije pokreta, ali i pažnje

(14). Kod pripitog stanja osoba zna mijenjati boju u licu, vidljiva je psihomotorna uzbuđenost, dolazi do smanjenja kritičnosti uz povećano samopouzdanje, a javlja se i posljedično smanjenje koncentracije i percepcije. U pripitom stanju vrlo je lako očekivati gubitak samog kontinuiteta misli. Isto tako, u toj fazi dolazi do jačanja samih subjektivnih procjena. Drugim riječima, dolazi do gubitka samokontrole te do pojačavanja same sugestibilnosti, odnosno javlja se područje emocionalne labilnosti (15).

Što se tiče pijanog stanja, u navedenom stanju osobe nisu sposobne za rasuđivanje. Razlog tome jest poremećaj koncentracije, kao i drugih intelektualnih funkcija. Moguće je uočiti kako osobe u ovom stanju vrlo često gube ravnotežu te nisu baš sposobni kontrolirati svoje kretnje, a prisutna je i određena poremećena percepcija uz mogućnost javljanja dvoslika.

Kod alkoholiziranih osoba dolazi do brojnih i velikih promjena raspoloženja. Na taj način može doći do javljanja surovog i grubog ponašanja koje vuče i na agresiju. U alkoholiziranom stanju osobama nedostaje doza samokritičnosti, što dovodi do neodgovornosti i gubitka samokontrole (16).

1.4. Liječenje alkoholizma

Ovisnost o alkoholu može se i mora liječiti. Nekada se djelotvornim smatralo dugotrajno bolničko liječenje i liječenje lijekovima, no danas postoje i druge mogućnosti poput individualne i grupne terapije, socioterapije te radne i obiteljske terapije (9). Osoba ovisna o alkoholu na liječenje dolazi uglavnom kada to netko drugi odluči; bilo da bračni partner uvjetuje razvodom, poslodavac prijeti otkazom, ako mu je narušeno zdravstveno stanje ili mu je sud odredio obveznu mjeru liječenja zbog počinjenja kaznenog ili prekršajnog djela u alkoholiziranom stanju. Dobrovoljnog dolaska na liječenje uglavnom nema ili ih je vrlo malo, budući da ovisnik o alkoholu nema realnu sliku o sebi i svom ponašanju te nije u stanju procijeniti u kojoj mjeri ugrožava sebe i svoju okolinu (12).

Osnova liječenja ovisnika o alkoholu leži u jačanju motivacije za trajnu apstinenciju i promjeni dotadašnjeg života jer sam prestanak pijenja nije dovoljan ako ovisnik nastavi s dotadašnjim obrascima ponašanja. U liječenje svakako treba uključiti i obitelj kako bi se ponovno uspostavili normalni i zdravi obiteljski te društveni odnosi (12).

Liječenje ovisnosti o alkoholu najčešće je organizirano po načelima terapijske zajednice. Terapijska zajednica je zajednica alkoholičara i svih članova terapijskog osoblja, kontinuirana

na samoupravnim načelima, čime je omogućena maksimalna aktivacija bolesnika u terapijskom postupku i preuzimanje odgovornosti za svoje ponašanje te uspješno liječenje. Da bi osoba mogla aktivno ući i sudjelovati u terapijskom procesu, mora poznavati svoju bolest. Iako osoba ovisna o alkoholu u praksi svoju bolest poznaje bolje od terapeuta, svoju bolest mora upoznati i s teorijske strane. Cilj je rada terapijske zajednice da se pacijent vrati u svoju sredinu i obitelj, da je spreman za nastavak liječenja i siguran u sebe (9).

1.5. Povezanost alkoholizma s nasiljem

Već je dosada navedeno kako prekomjerna konzumacija alkoholnih pića predstavlja iznimno ozbiljan, kako društveni, tako i zdravstveni problem. Upravo je iz tog razloga područje interesa vrlo velikog broja istraživanja usmjereno prema proučavanju utjecaja alkohola na sam organizam, kao i na ponašanje osobe u alkoholiziranom stanju. Društvo uglavnom na konzumaciju alkoholnih pića ne gleda kao na jedan od velikih problema u svijetu, iako ovaj problem može dovesti čak i do smrti. Naime, osobe koje prekomjerno konzumiraju alkohol razvijaju ovisnost. Alkohol tako uz sebe veže dvije skupine poremećaja: poremećaje koji su vezani uz konzumaciju alkohola, tj. alkoholizam, i poremećaje koji su prouzročeni samim alkoholom (17).

Alkohol je povezan s nasilnim zločinima i nasiljem u obitelji u mnogim zemljama. Različiti etiološki čimbenici povezani su s kroničnom uporabom alkohola i nasiljem, uključujući psihijatrijske komorbiditete kao što su poremećaji osobnosti, poremećaji raspoloženja te povremeni eksplozivni poremećaji. Agresija je preteča nasilja i pojedinci skloni agresivnim ponašanjima imaju veću vjerojatnost da će počinuti impulzivna nasilna kaznena djela, osobito pod utjecajem alkohola (18). Ljudi često koriste nasilje kako bi izvršili moć i kontrolu u svojim odnosima zbog ljubomore, osjećaja inferiornosti, niskog samopoštovanja, brojnih psiholoških poremećaja, problema s bijesom ili problema s drogom i alkoholom (19).

Istraživanjem je dokazano da agresivno ponašanje, posebice verbalna i fizička agresija, kao i teško pijenje značajno utječu na uzročne veze između alkohola i agresije. Što osoba više pije i postaje agresivnija, veća je vjerojatnost kako neće vjerovati da pijenje dovodi do agresije. Teško pijenje i agresivnost mogu spriječiti osobu da prepozna pravu opasnost – pijenje zaista može imati kriminalne posljedice (20).

1.5.1. Alkohol i zlostavljanje u obitelji

Postoje čvrsti dokazi koji povezuju alkohol sa zlostavljanjem u obitelji ili nasiljem u obitelji. Obiteljsko nasilje može uključivati fizičko, psihičko, spolno i ekonomsko nasilje. Ono se očituje u mnogim oblicima i može imati trajne učinke za one koji su uključeni, uključujući djecu, roditelje i supružnike (21). Obiteljsko nasilje ne utječe samo na žrtvu zlostavljanja, već i na druge članove obitelji. Roditelji koji se međusobno „bore“ ili se upuštaju u nasilna djela mogu izazvati emocionalnu i psihološku štetu svojoj djeci. Djeca izložena agresiji ili nasilju mogu pokazivati znakove antisocijalnog ponašanja, kriminalnih sklonosti, zloupotrebe droga i alkohola, kao i znakove problema s mentalnim zdravljem poput depresije i anksioznosti. Znakovi upozorenja o obiteljskom nasilju kod djece i odraslih mogu uključivati povlačenje od obitelji, prijatelja i redovite rutine, neobjašnjive ozljede, promjene u osobnosti i raspoloženju te nagle promjene fizičkog izgleda (22).

Teško je identificirati nasilje u obitelji, a mnogi slučajevi ostaju neprijavljeni zdravstvenim djelatnicima ili pravnim tijelima. Budući da nasilje nije uvijek fizičko, u nekim se slučajevima teško otkriva, a djeca i partneri katkad neće sami prepoznati nasilje; štoviše, mnoge žrtve nasilja i poriču svoju situaciju (23).

Pandemija Covid-19 imala je veliki utjecaj na obiteljsko nasilje. U krizi uzrokovanoj bolešću Covid-19, poticaj na „ostanak kod kuće“ ima velike posljedice za odrasle i djecu koji žive s nekim tko zlostavlja ili ih kontrolira. Stroga ograničenja kretanja zatvorila su puteve bijega i traženje pomoći žrtvama nasilja, a zlostavljačima omogućila veću slobodu djelovanja bez nadzora i posljedica. Sve više dokaza pokazuje da je pandemija učinila obiteljsko nasilje češćim i često težim. Istraživanja diljem svijeta pokazala su da je porast obiteljskog nasilja u razdoblju od siječnja 2020. godine znatno veći u usporedbi s prethodnim godinama (24).

1.5.2. Alkohol i kriminal

Nasilno i kriminalno ponašanje često je povezano sa zloupotrebom droga i alkohola. Alkohol je jedan od glavnih pokretača nasilnih incidenata zbog svojih dezinhibirajućih učinaka, zajedno s gubitkom emocionalne kontrole koja povećava osjetljivost na fizičke napade i ubojstva (25). Umjerena doza alkohola u krvi ima tendenciju da uzrokuje kognitivna, perceptivna, verbalna i motorička oštećenja, kao i gubitak kontrole što dovodi do neprihvatljivog društvenog ponašanja, uključujući i nasilje. Zloupotreba droga i alkohola

naširoko se smatra važnim pokazateljem rizika za kriminalno ponašanje i nasilna kaznena djela, a često su tu i osobe s mentalnim poremećajima (26). Alkohol olakšava sukobe s drugima i povećava potencijal za nasilno ponašanje između alkoholičara i drugih osoba. Ubojstvima najčešće prethode svađe, a razina opijenosti povećava zlobu napada. Emocionalna stanja poput ljutnje, frustracije i neprijateljstva često navode pojedinca na kazneno djelo, odnosno ubojstvo. U tom kontekstu navodi se da je alkohol čimbenik koji dovodi do emocionalnog gubitka, nestabilnosti, a na kraju i do ubojstva (27).

Nacionalna studija provedena na 16 698 zatvorenika pokazala je da alkohol ima jaču ulogu u nasilnim prijestupima poput ubojstava, fizičkih napada i seksualnih napada u usporedbi s kaznenim djelima poput provale i pljačke. U ovoj studiji većina ispitanika potvrdila je da je bila pod utjecajem alkohola u vrijeme počinjenja ubojstva (28).

1.6. Sudske mjere

Psihijatrijsko liječenje po odluci suda provodi se prema sljedećim zakonima: Kazneni zakon (obvezno psihijatrijsko liječenje, obvezno liječenje od ovisnosti, obvezan psihosocijalni tretman), Zakon o prekršajima (obvezno psihijatrijsko liječenje, obvezno liječenje od ovisnosti) i Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji (zaštitna mjera obveznog liječenja od ovisnosti, zaštitna mjera obveznog psihosocijalnog tretmana). Prekršaj se smatra protupravnim ponašanjem manjeg, a kazneno djelo protupravnim ponašanjem težeg značaja. U slučajevima dugotrajnog nasilja i kada nasilju prisustvuju malodobna djeca, zauzima se stajalište da se radi o kaznenom djelu, dok se u ostalim slučajevima radi o prekršaju. U najvećem se broju slučajeva evidentira fizičko zlostavljanje, zatim psihičko, dok su spolno i ekonomsko nasilje u manjem udjelu. Žrtva je najčešće supružnik, a postupak se pokreće prijavom nasilja socijalnoj službi i/ili policiji te procesuiranjem kroz kazneni ili prekršajni postupak (29).

Na temelju Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji usmjerava se prema svrsi prevencije, sankcioniranja te suzbijanja apsolutno svih vrsta nasilja u obitelji, na način da se nastoje ublažiti posljedice već počinjenih nasilja pružanjem adekvatne pomoći i zaštite samoj žrtvi nasilja. U navedeno svakako spadaju obvezni psihosocijalni tretmani, osiguranje zabrane približavanja žrtvi nasilja, zabrana uznemiravanja ili, pak, uhođenje same žrtve, udaljenje iz stambenog prostora te obvezno liječenje od ovisnosti. Ako počinitelj nasilja u obitelji ne dolazi na liječenje sukladno individualnom programu ili terapijski tim koji provodi liječenje procijeni da redovito liječenje neće dovesti do promjene u ponašanju počinitelja, liječnik odnosno terapijski tim

zdravstvene ustanove dužan je obavijestiti nadležno tijelo sukladno članku 22. stavka 3. Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji (30).

Što se tiče Prekršajnog zakona, on je usmjeren prema definiranju određenih zaštitnih mjera kao određenih postupaka na temelju kojih se nastoje otkloniti svi uvjeti koji kao takvi omogućavaju ili, pak, potiču počinjenje novog kaznenog djela. Sam pravilnik o načinu provođenja zaštitnih mjera obveznog liječenja od ovisnosti prema navedenoj definiciji dodaje aspekt kako je nasilje počinjeno pod utjecajem sredstava ovisnosti. Zaštitne se mjere provode od strane terapijskog tima jedne zdravstvene ustanove, i to na temelju dobre kliničke prakse. Što se tiče trajanja, ono ovisi od odluke suda, a traje najdulje do godinu dana. Zdravstvena ustanova dužna je izvijestiti sud o datumu i mjestu početka liječenja ili nedolaska na obvezno liječenje (31).

2. CILJEVI

Ispitati sociodemografske karakteristike liječenih ovisnika o alkoholu kod bolesnika liječenih prema odluci suda i kod bolesnika liječenih „bez prisile“.

Specifični ciljevi:

1. Ispitati razlike prema načinu hospitalizacije s obzirom na spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status, broj djece, zaposlenje, mjesto stanovanja i hospitalizaciju.
2. Ispitati razlike u broju hospitalizacija prema spolu, dobi, stupnju obrazovanja, bračnom statusu, broju djece, zaposlenju, mjestu stanovanja i hospitalizaciji.
3. Ispitati koji su prediktori, od istraživanih varijabli, dobrovoljne hospitalizacije ovisnika o alkoholu.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno retrospektivnom analizom podataka kod 120 bolesnika (32).

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 120 ispitanika s dijagnozom ovisnosti o alkoholu, liječenih kroz programe Dnevne bolnice alkoholizma i stacionara u Kliničkom bolničkom centru (skraćeno KBC) „Sestre milosrdnice“ na Klinici za psihijatriju. Eksperimentalnu skupinu činilo je 60 bolesnika liječenih prema odluci suda, dok su kontrolnu skupinu, također njih 60, činili bolesnici liječeni „bez prisile“. Od ukupnog broja ispitanika, 96 ih je bilo muškog, a 24 ženskog spola.

3.3. Metode

Podaci potrebni za ovo istraživanje prikupljeni su iz arhivirane medicinske dokumentacije, tj. povijesti bolesti bolesnika (bez spominjanja njihovih imena), a obuhvaćene su sljedeće varijable: spol, dob, bračni status, broj djece, radni status, stupanj obrazovanja, sredina u kojoj žive i broj hospitalizacija.

3.4. Statističke metode

Za opis distribucije frekvencija istraživanih varijabli upotrijebljene su deskriptivne statističke metode. Srednje su vrijednosti izražene sredinama rankova. Za utvrđivanje razlika rezultata između dviju nezavisnih varijabli korišten je Mann-Whitney U test, dok je Kruskal-Wallis test korišten za provjeru razlika u rezultatima između više nezavisnih skupina ispitanika. Za utvrđivanje povezanosti kategorijalnih varijabli korišten je Hi-kvadrat test, a za utvrđivanje prediktora dobrovoljne hospitalizacije korištena je binarna logistička regresija. Kao razina statističke značajnosti uzeta je vrijednost $p < 0,05$. Za obradu je korišten statistički paket IBM SPSS 25, proizveden u Chicagu u Sjedinjenim Američkim Državama (skraćeno SAD) 2017. godine.

3.5. Etičko odobrenje

Istraživanje je provedeno u suglasnosti s Etičkim povjerenstvom KBC-a „Sestre milosrdnice“, pod urudžbenim brojem 251-29-11/3-22-11.

4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 120 ispitanika, od kojih je 96 (80 %) muškog i 24 (20 %) ženskog spola, 81 (67,5 %) ispitanik ima završenu srednju stručnu spremu, isto toliko (81 ili 67,5 %) ih je, što se bračnog statusa tiče, u braku, 66 (55 %) ispitanika ima od 1 do 2 djece, 73 (60,8 %) ih je zaposleno, 78 (65 %) ih živi u ruralnim područjima, njih 35 (29,2 %) je u dobi od 41 do 50 godina, a medijan dobi ispitanika jest 45 godina (interkvartilnog raspona od 36 godina do 54 godine) (tablica 1.).

Tablica 1. Obilježja ispitivanog uzorka

		N (%)
Spol	Muško	96 (80)
	Žensko	24 (20)
Stupanj obrazovanja	OŠ	25 (20,8)
	SSS	81 (67,5)
	VŠS	11 (9,2)
	VSS	3 (2,5)
Bračno stanje	U braku	81 (67,5)
	Neudana/neoženjen	23 (19,2)
	Rastavljen/a	12 (10)
	Udovac/ica	4 (3,3)
Broj djece	Nemaju djece	26 (21,7)
	1 – 2 djece	66 (55)
	3 – 4 djece	20 (16,7)
	5 i više djece	8 (6,7)
Zaposlenje	Zaposlen/a	73 (60,8)
	Nezaposlen/a	38 (31,7)
	Umirovljen/a	9 (7,5)
Mjesto stanovanja	Urbana sredina	42 (35)
	Ruralna sredina	78 (65)
Dob	18 – 30	17 (14,2)
	31 – 40	28 (23,3)
	41 – 50	35 (29,2)
	51 – 60	30 (25)
	61 i stariji	10 (8,3)
Medijan (interkvartilni raspon)		
45 (36 – 54)		

Pokazalo se kako je od ukupnog broja ispitanika, njih 61 (50,8 %) prisilno liječeno, dok ih 48 (40 %) ima jednu hospitalizaciju (tablica 2.).

Tablica 2. Distribucija varijabli koje se odnose na liječenje

		N (%)
Prisilno liječenje	Da	59 (49,2)
	Ne	61 (50,8)
Broj hospitalizacija	Jedna	48 (40)
	Dvije	42 (35)
	Tri	22 (18,3)
	Četiri i više	8 (6,7)

Pokazalo se kako postoji značajna razlika između broja ispitanika liječenih prema sudskoj mjeri u odnosu na one koji su se dobrovoljno liječili ($X^2 = 4,801$; $P = 0,02$), na način da je značajno više ispitanika liječenih po sudskoj mjeri muškog spola, dok je značajno više dobrovoljno liječenih ženskog spola. Značajna razlika postoji i prema bračnom stanju ispitanika ($X^2 = 9,655$; $P = 0,02$), budući da je značajno više ispitanika liječenih dobrovoljno prema bračnom statusu rastavljeno. Značajna razlika postoji i prema mjestu stanovanja ispitanika ($X^2 = 4,679$; $P = 0,03$) – značajno više ispitanika liječenih po sudskoj mjeri živi u ruralnim područjima, dok je značajno više dobrovoljno liječenih koji žive u urbanim područjima. Također, značajna razlika postoji i prema broju hospitalizacija ($X^2 = 17,726$; $P = 0,001$) pa je tako značajno veći broj ispitanika liječenih prema sudskoj mjeri liječeno prvi puta, dok je značajno više ispitanika koji su liječeni dobrovoljno liječeno tri puta (tablica 3.).

Tablica 3. Povezanost dobrovoljnog/prisilnog liječenja s demografskim varijablama i brojem hospitalizacija

		Način hospitalizacije		X ²	P*
		Sudski N (%)	Dobrovoljno N (%)		
Spol	Muško	52 (54,2)	44 (45,8)	4,801	0,02
	Žensko	7 (29,2)	17 (70,8)		
Dob	18 – 30	6 (35,3)	11 (64,7)	5,496	0,24
	31 – 40	13 (46,4)	15 (53,6)		
	41 – 50	22 (62,9)	13 (37,1)		
	51 – 60	12 (40)	18 (60)		
	61 i stariji	6 (60)	4 (40)		
Stupanj obrazovanja	OŠ	14 (56)	11 (44)	2,084	0,55
	SSS	37 (45,7)	44 (54,3)		
	VŠS	7 (63,6)	4 (36,4)		
	VSS	1 (33,3)	2 (66,7)		
Bračno stanje	U braku	43 (53,1)	38 (46,9)	9,655	0,02
	Neudana/neoženjen	12 (52,2)	11 (47,8)		
	Rastavljen/a	1 (8,3)	11 (91,7)		
	Udovac/ica	3 (75)	1 (25)		
Broj djece	Nemaju djece	12 (46,2)	14 (53,8)	1,063	0,78
	1 – 2 djece	31 (47)	35 (53)		
	3 – 4 djece	11 (55)	9 (45)		
	5 i više djece	5 (62,5)	3 (37,5)		
Zaposlenje	Zaposlen/a	34 (46,6)	39 (53,4)	1,309	0,52
	Nezaposlen/a	19 (50)	19 (50)		
	Umirovljen/a	6 (66,7)	3 (33,3)		
Mjesto stanovanja	Urbana sredina	15 (35,7)	27 (64,3)	4,679	0,03
	Ruralna sredina	44 (56,4)	34 (43,6)		
Broj hospitalizacija	Jedna	33 (68,8)	15 (31,3)	17,726	0,001
	Dvije	20 (47,6)	22 (52,4)		
	Tri	4 (18,2)	18 (81,8)		
	Četiri i više	2 (25)	6 (75)		

* Hi-kvadrat test

Pokazalo se kako postoji značajna razlika u broju hospitalizacija ispitanika s obzirom na to jesu li prisilno ili dobrovoljno liječeni ($U = 1067$; $P < 0,001$), i to na način da značajno više hospitalizacija imaju ispitanici koji su dobrovoljno liječeni naspram ispitanika koji su prisilno liječeni. Značajna razlika u broju hospitalizacija postoji i prema bračnom stanju ispitanika ($H = 19,691$; $P < 0,001$) pa je tako značajno manji broj hospitalizacija kod ispitanika koji nisu u braku naspram onih koji su u braku ($P < 0,001$) i koji su rastavljeni ($P = 0,01$). Značajna razlika u broju hospitalizacija postoji i prema broju djece koju ispitanici imaju ($H = 17,430$; $P = 0,002$), na način da značajno manji broj hospitalizacija imaju ispitanici koji nemaju djece naspram onih koji imaju jedno ili dvoje djece ($P = 0,002$) i onih koji imaju troje ili četvero djece ($P = 0,01$) (tablica 4.).

Tablica 4. Broj hospitalizacija prema demografskim varijablama i prisilnom/dobrovoljnom liječenju

		Sredine rankova	U	P*
Spol	Muško	62,39	971,0	0,20
	Žensko	52,96		
Mjesto stanovanja	Urbana sredina	55,95	1447,0	0,26
	Ruralna sredina	62,95		
Prisilno liječenje	Da	48,09	1067,5	<0,001
	Ne	72,50		
		Sredine rankova	H	P†
Stupanj obrazovanja	OŠ	65,26	3,340	0,34
	SSS	59,99		
	VŠS	47,86		
	VSS	80,83		
Bračno stanje	U braku	65,81	19,691	<0,001
	Neudana/neoženjen	33,72		
	Rastavljen/a	70,17		
	Udovac/ica	78,00		
Broj djece	Nemaju djece	37,35	17,087	0,001
	1 – 2 djece	65,59		
	3 – 4 djece	68,50		
	5 i više djece	73,75		
Zaposlenje	Zaposlen/a	62,21	5,130	0,07
	Nezaposlen/a	52,84		
	Umirovljen/a	78,94		

* Mann-Whitney U test; † Kruskal-Wallis test

U ispitivanju obilježja koja su povezana s dobrovoljnim liječenjem ovisnika o alkoholu korištena je binarna logistička regresija. Zavisna varijabla jest prirodni logaritam omjera šansi dobrovoljnog liječenja, a prediktorske varijable su dob, spol, bračni status, broj djece, stupanj obrazovanja, radni status, mjesto stanovanja i broj hospitalizacija. Bivarijantnom logističkom regresijom uočava se kako dva nezavisna prediktora značajno doprinose predikciji dobrovoljnog liječenja, a to su dob ispitanika (OR = 0,925; P = 0,008) čije povećanje umanjuje vjerojatnost dobrovoljne hospitalizacije te broj hospitalizacija (OR = 5,623; P < 0,001) koji povećava vjerojatnost dobrovoljne hospitalizacije. Odnosno, povećanje hospitalizacije za 1 stupanj povećava šansu da će ispitanici biti dobrovoljno hospitalizirani za 5-6 puta (tablica 5.).

Tablica 5. Predviđanje vjerojatnosti dobrovoljne hospitalizacije ovisnika o alkoholu

	β	Wald	P*	OR
Dob	-0,078	7,081	0,008	0,925
Spol	0,510	0,498	0,480	1,666
Bračno stanje - U braku		5,545	0,136	
Bračno stanje - Neudana/neoženjen	0,750	0,189	0,664	2,118
Bračno stanje – Rastavljen/a	0,708	0,136	0,712	2,030
Bračno stanje - Udovac/ica	3,655	3,264	0,071	38,673
Broj djece	-0,106	0,080	0,777	0,900
Stupanj obrazovanja	-0,714	2,326	0,127	0,490
Radni status - Zaposlen/a		1,447	0,485	
Radni status - Nezaposlen/a	1,370	1,309	0,253	3,935
Radni status - Umirovljen/a	0,924	0,620	0,431	2,519
Mjesto stanovanja	-0,447	0,602	0,438	0,640
Broj hospitalizacija	1,727	20,607	<0,001	5,623

* Binarna logistička regresija

5. RASPRAVA

U ovom je istraživanju sudjelovalo 120 ispitanika s dijagnozom ovisnosti o alkoholu, liječenih kroz programe Dnevne bolnice alkoholizma i stacionara u KBC-u „Sestre milosrdnice“ na Klinici za psihijatriju. Eksperimentalnu je skupinu činilo 60 bolesnika liječenih prema odluci suda, dok je u kontrolnoj skupini jednak broj ispitanika, njih 60 koji su bolesnici liječeni „bez prisile“, tj. dobrovoljno. Od ukupnog broja ispitanika, 96 ih je bilo muškog spola i 24 ženskog. Upitnikom o sociodemografskim podacima nastojale su se ispitati sociodemografske karakteristike liječenih ovisnika o alkoholu prema odluci suda i liječenih ovisnika o alkoholu „bez prisile“.

Rezultati istraživanja pokazali su da je većina ispitanika muškog spola, u dobi od 41 do 50 godina te u braku s 1 – 2 djece. Što se tiče zaposlenosti, prevladavaju zaposlene osobe sa završenom srednjom stručnom spremom. Većina ispitanika dolazi iz ruralne sredine. Dobiveni su rezultati u skladu s rezultatima srodnih istraživanja provedenih na ovu temu.

Vighesh i suradnici proveli su pilot studiju presjeka tijekom rujna 2013. godine na općem ambulantom odjelu (OPD) Saveetha Medicinskog fakulteta u Chennaiju u Indiji. Cilj studije bio je ispitati povezanost između sociodemografije i ozbiljnosti ovisnosti o alkoholu među pojedincima koji se liječe u Centru za suzbijanje ovisnosti o alkoholu. Prikladan uzorak od 100 sudionika bio je upisan u ovo pilot istraživanje. Pojedinci koji su bili mentalno ili fizički u lošem stanju bili su isključeni iz sudjelovanja u studiji. Istraživanje je usmjereno prema pojedincima koji posjećuju OPD radi liječenja poremećaja ovisnosti o alkoholu. Izmijenjena verzija prethodno potvrđenih upitnika korištena je za prikupljanje podataka o sociodemografskim karakteristikama i ozbiljnosti ovisnosti o alkoholu (koristeći ljestvicu ovisnosti o alkoholu). Rezultati su pokazali da je većina ispitanika muškog spola u prosječnoj dobi od 43 godine ($SD = 6,5$), također ih je većina bila u braku s prosječnom veličinom obitelji od 4 ($SD = 1$), a 68 % ispitanika dolazilo je iz ruralne sredine. Polovica ispitanika imala je manje od osnovnog obrazovanja. 58 % sudionika činili su radnici, a polovica ispitanika radila je u jutarnjoj smjeni s prosječnim godišnjim prihodom kućanstva (33).

Machado i suradnici proveli su istraživanje s ciljem analize sociodemografskih čimbenika povezanih s pijenjem alkoholnih pića prema spolu u Brazilu. Studija poprečnog presjeka napravljena je pomoću podataka iz Brazilske zdravstvene ankete iz 2013. godine, a sudjelovalo je oko 60 tisuća odraslih ispitanika. Analizirali su nedavnu upotrebu alkohola i teško epizodno

pijenje 30 dana prije istraživanja prema spolu. Kovarijate su bile dob, stupanj obrazovanja, boja kože, bračni status i mjesto stanovanja. Rezultati su pokazali da je prevalencija nedavne konzumacije alkohola iznosila 26,5 %. Kod osoba ženskog spola prevalencija je bila 14,4 %, a kod osoba muškog spola 38,1 %. Kod osoba ženskog spola nedavna je konzumacija alkohola bila povezana s mlađom dobi, višim stupnjem obrazovanja, samcima ili razvedenim osobama i životom u urbanim područjima. Kod osoba muškog spola je, osim ovih čimbenika, postojala povezanost s bijelom bojom kože. Među svim odraslim osobama koje su pile alkoholna pića, 51,5 % prijavilo je teško epizodno pijenje – kod ženskog spola je taj udio bio 43,4 %, dok je kod muškog spola iznosio 55,0 %. Kod ženskog je spola teško epizodno pijenje ponovno bilo povezano s mlađom dobi, samcima i razvedenima, ali ovaj put sa životom u urbanom području, dok stupanj obrazovanja nije bio povezan s ovim uzorkom. Kod muškog je spola teško epizodno pijenje bilo izravno povezano s mlađom dobi i samcima ili razvedenima. Nije bilo značajnih razlika po pitanju stupnja obrazovanja i mjesta stanovanja. Zaključili su da osobe muškog spola konzumiraju više alkohola od osoba ženskog spola te da postoji konvergencija između muškaraca i žena koji su mlađi, samci i/ili razvedeni. Stupanj obrazovanja i mjesto stanovanja pokazali su varijacije u modelima po spolu (34).

Jithin i suradnici proveli su studiju presjeka u Kerali među pacijentima sa sindromom ovisnosti o alkoholu. Ukupna veličina uzorka bila je 100, a postignuta je uzastopnim uzorkovanjem. Pomoću polustrukturirane platforme prikupljeni su podaci koja je uključivala ozbiljnost upotrebe alkohola pomoću upitnika o ovisnosti o alkoholu (SADQ). Hi-kvadrat test i logistička regresijska analiza napravljeni su kako bi se ispitaio odnos između varijabli. Rezultati su pokazali da su svi sudionici bile osobe muškog spola, između 30 – 60 godina, iz ruralnog područja (68 %), s niskim socioekonomskim statusom (85 %) i nuklearnim obiteljima (65 %). Većina ispitanika počela je konzumirati alkoholna pića prije 20 godine (85 %), konzumirala je alkohol duže od 10 godina (97 %), imala je barem jedan prethodni prijem u bolnicu (91 %), pozitivnu obiteljsku anamnezu upotrebe alkohola i komorbidnu upotrebu nikotina (72 %). Svi ispitanici imali su umjerene do teške ADS-ove. Logistička regresijska analiza utvrdila je starost početka pijenja i upotrebu nikotina kao prediktore ozbiljnosti ADS-a (35).

Orešković i suradnici proveli su istraživanje u Klinici za psihijatriju Sveti Ivan u Jankomiru u Zagrebu u Dnevnoj bolnici za alkoholizam u periodu od 2004. do 2012. godine. Rezultati istraživanja pokazali su da je u promatranom razdoblju prema spolu liječeno 888 (80,22 %) muškaraca i 219 (19,78 %) žena. Prosječna dob ispitanika za muškarce bila je 46,2 godine, a kod žena 48,4 godine. Među ispitanicima, njih 737 (66,6 %) bilo je u braku, a 124 (11,2 %)

samaca. Razvedeno je bilo 246 (22,2 %) ispitanika, od čega 205 (83,33 %) muškaraca i 41 (16,67 %) žena. Što se tiče obrazovnog statusa ispitanika, 120 (10,84 %) njih imalo je visoku stručnu spremu. Višu stručnu spremu imalo je 58 (5,2 %) ispitanika. Ispitanika sa završenim srednjim obrazovanjem bilo je 860 (77,69 %), dok je onih sa završnom osnovnom školom bilo 69 (6,23 %). Na temelju dobivenih rezultata zaključili su da je prosječan ovisnik o alkoholu muškog spola, srednje životne dobi, oženjen i ima završeno srednje obrazovanje (36).

Ouattara i suradnici proveli su istraživanje u Sveučilišnoj bolnici Ouedraogo iz Ouagadougoua. Cilj istraživanja bio je odrediti sociodemografske čimbenike povezane s prekomjernim pijenjem alkohola. Istraživanje je provedeno na 14 bolničkih odjela. Uključeni su bili svi hospitalizirani pacijenti u dobi iznad 18 godina i dali su pristanak, a kriterij za isključenje bili su pacijenti lošeg općeg stanja. U studiju je bio uključen 391 pacijent koji je ispunjavao kriterije uključenja. Sociodemografski podaci su prikupljeni intervjuom i pregledom medicinske dokumentacije, a uključuju spol, dob, zanimanje, stupanj obrazovanja, bračni status, religiju i status plaće. Za utvrđivanje prekomjerne konzumacije alkohola korišteni su standardi Svjetske zdravstvene organizacije prema kojima je konzumacija alkohola prekomjerna kada je veća ili jednaka 210 g tjedno (21 čaša) kod muškog spola i 140 g (14 čaša) kod ženskog spola. Analizom rezultata uočena je statistička veza između konzumacije alkohola i muškog spola, religije te stupnja obrazovanja. Nije uočena značajna povezanost između konzumacije alkohola i dobi, zanimanja te bračnog statusa. Za status „zaposlenika“ rezultati su bili dvosmisleni i ovise o korištenim alatima (37).

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja i analize podataka mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- 1) Ne postoji značajna razlika sociodemografskih karakteristika kod bolesnika liječenih prema odluci suda i bolesnika liječenih „bez prisile“.
- 2) Postoji značajna razlika ispitanika prema načinu hospitalizacije kod bolesnika liječenih prema odluci suda i bolesnika liječenih „bez prisile.“
- 3) Postoji značajna razlika u broju hospitalizacija ispitanika s obzirom na to jesu li liječeni odlukom suda ili „bez prisile“.
- 4) Dob i broj hospitalizacija ispitanika značajno doprinose predikciji dobrovoljnog liječenja.

7. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA: Ispitati sociodemografske karakteristike liječenih ovisnika o alkoholu kod bolesnika liječenih prema odluci suda i bolesnika liječenih „bez prisile“.

NACRT STUDIJE: Retrospektivno istraživanje.

ISPITANICI I METODE: U istraživanju je sudjelovalo 120 ispitanika s dijagnozom ovisnosti o alkoholu, liječenih kroz programe Dnevne bolnice alkoholizma i stacionara u KBC-u „Sestre milosrdnice“ na Klinici za psihijatriju. Eksperimentalnu skupinu činilo je 60 bolesnika liječenih prema odluci suda, dok je u kontrolnoj skupini jednak broj ispitanika, njih 60 koji su bolesnici liječeni „bez prisile“, tj. dobrovoljno. Od ukupnog broja ispitanika, 96 ih je bilo muškog spola i 24 ženskog. Podaci potrebni za ovo istraživanje prikupljeni su iz arhivirane medicinske dokumentacije, tj. povijesti bolesti bolesnika, bez spominjanja njihovih imena, a obuhvaćene su sljedeće varijable: spol, dob, bračni status, broj djece, radni status, stupanj obrazovanja, sredina u kojoj žive i broj hospitalizacija.

REZULTATI: U istraživanju je sudjelovalo 120 ispitanika s dijagnozom ovisnosti o alkoholu liječenih prema odluci suda i onih liječenih „bez prisile“. Većina ispitanika bila je muškog spola (96; 80 %), najviše u dobi 41 – 50 godina (35; 29,2 %), sa završenom srednjom stručnom spremom (81; 67,5 %), u braku (81; 67,5 %), s 1 – 2 djece (65; 55 %), zaposleno (73; 68 %) i iz ruralnog područja (78; 65 %).

ZAKLJUČAK: Analizom rezultata nije utvrđena statistički značajna razlika sociodemografskih karakteristika kod bolesnika liječenih odlukom suda i bolesnika liječenih „bez prisile“.

Ključne riječi: alkoholizam, liječenje, sudska mjera, sociodemografske karakteristike

8. SUMMARY

The sociodemographic characteristics of the recovering alcohol addicts within the framework of the court measures

OBJECTIVE: To examine the sociodemographic characteristics of treated alcohol addicts in patients with court-order treatment and in patients treated voluntarily (without coercion).

STUDY DESIGN: Retrospective research.

SUBJECTS AND METHODS: The study involved 120 respondents diagnosed with alcohol addiction, treated through the programs of the Daily Hospital of Alcoholism and stationaries at the University Hospital Center "Sestre milosrdnice" at the Clinic for Psychiatry. The experimental group consisted of 60 patients with court-order treatment, while the control group consisted of 60 patients treated voluntarily (without coercion). Out of the total number of respondents, 96 were male and 24 were female. The data required for this study were collected from archived medical records – the medical history of patients, without mentioning their names, while the following variables were included: gender, age, marital status, number of children, employment status, level of education, environment in which they live and the number of hospitalizations.

RESULTS: The study included 120 respondents diagnosed with alcohol addiction treated either by court-order or voluntarily (without coercion). Most of the respondents were male (96; 80%), aged 41-50 (35; 29.2%) with a secondary degree (81; 67.5%), married (81; 67.5%) with 1-2 children (65; 55%), employed (73; 68%) and coming from a rural area (78; 65%).

CONCLUSION: The analysis of the results did not show a statistically significant difference in sociodemographic characteristics in patients with court-order treatment and patients treated voluntarily.

Keywords: alcoholism, treatment, court order, sociodemographic characteristics

9. LITERATURA

1. Thaller V, Buljan D, Golik-Gruber V, Marušić S. Alkohologija. Zagreb: Naklada CSCAA; 2002.
2. World Health Organization. Alcohol; 2022. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. (Datum pristupa:20.07.2022.)
3. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1-3.
4. Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16 Spec No:529-534.
5. Manoudi F, Chagh R, Es-soussi M, Asri F, Tazi I. [Family violence]. *Encephale.* 2013;39(4):271–7.
6. Hudolin V. Što treba znati o alkoholu? Zagreb: Ministarstvo zdravstva; 1998.
7. American Addiction Centers. The History of Alcohol Throughout The World; 2022. Dostupno na adresi: <http://recovery.org/alcohol-addiction/history>. (Datum pristupa: 20.07.2022.)
8. Manenica B. Ovisnosti. Zagreb: August Šenoa d.d.; 1997.
9. Breitenfeld D, Wölfl D. Alkoholizam: sprječavanje, liječenje, oporavak. Rijeka: Wölfl; 2010.
10. Hudolin V. Alkohološki priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 1991.
11. Deak JD, Miller AP, Gizer IR. Genetics of alcohol use disorder: a review. *Curr Opin Psychol.* 2019;27:65-61.
12. El-Guebalý N. Investigating the association between moderate drinking and mental health. *Ann Epidemiol.* 2007;17(5):S55-62.
13. Tracy N. Causes of Alcoholism. HealthyPlace. 2021; Dostupno na adresi: <https://www.healthlyplace.com/addictions/alcoholism/causes-alcoholism>. (Datum pristupa:21.07.2022.)

14. Marino A, Costa R. Alcoolismo. Considerazioni di farmacologia, clinica e terapia 1993;84(10):709-21.
15. Babor TF, Longabaugh R, Zweben A, Fuller RK, Stout RL, Anton RF i sur. Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *J Stud Alcohol Suppl.* 1994;12:101-11.
16. Draganić M, Kovačević D, Mužinić L, Sušac N. Alcohol as criminogenic factor in homicide and attempted homicide. *Chronicle of Social Work.* 2016;23(2):299-323.
17. Sontate KV, Kamaluddin MR, Mohamed IN, Mohamed RM, Shaikh MF, Kamal H, i sur. Alcohol, aggression, and violence: from public health to neuroscience. *Front Psychol.* 2021;12.
18. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:27-51.
19. Bácskai E, Pintye I, Gerevich J. The influence of alcohol use and violent behaviour on the beliefs related to alcohol use and aggression. *Psychiatr Hung.* 2006;21(1):68-76.
20. Mayshak R, Curtis A, Coomber K, Tonner L, Walker A, Hyder S i sur. Alcohol-involved family and domestic violence reported to police in Australia. *J Interpers Violence.* 2022;37(3-4):NP1658-85.
21. Carlson BE. Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma Violence Abuse.* 2000;1(4):321-342.
22. Gao S, Assink M, Liu T, Chan KL, Ip P. Associations Between Rejection Sensitivity, Aggression, and Victimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2021;22(1):125-135.
23. Gadd D, Henderson J, Radcliffe P, Stephens-Lewis D, Johnson A, Gilchrist G. The dynamics of domestic abuse and drug and alcohol dependency. *Br J Criminol.* 2019;12;59(5):1035-53.
24. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs.* 2020;29(13-14):2047-2049.
25. Erkiran M, Özünalan H, Evren C, Aytaçlar S, Kirisci L, Tarter R. Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addict Behav.* 2006;1;31(10):1797-805.
26. Karlsson T. Sharp force homicides in the Stockholm area, 1983–1992. *Forensic Sci Int.* 1998;8;94(1-2):129-39.

27. Block R, Block CR. Homicide syndromes and vulnerability: violence in Chicago community areas over 25 years. *Studies on Crime & Crime Prevention*. 1992.
28. Felson RB, Staff J. The effects of alcohol intoxication on violent versus other offending. *Crim Justice Behav*. 2010;37(12):1343-60.
29. Kazneni zakon, NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19, 84/21. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/2854/Kazneni-zakon-2020-2021>. (Datum pristupa: 26.07.2022.)
30. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, NN 70/17, 126/19, 84/21. Dostupno na: <https://zakon.hr/z/81/Zakon-o-zaštiti-od-nasilja-u-obitelji> (Datum pristupa: 26.07.2022.)
31. Prekršajni zakon, NN 107/07, 39/13, 157/13, 110/15, 70/17, 118/18. Dostupno na: <https://zakon.hr/z/52/Prekršajni-zakon> (Datum pristupa: 26.07.2022.)
32. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
33. Vignesh BT, Singh AK, Mohan SK, Murthy S, Joshi A. Association between socio-demographics and alcohol dependence among individuals living in an Indian setting. *Glob J Health Sci*. 2014;6(3):16-26.
34. Machado, Í.E., Monteiro, M.G., Malta, D.C., & Lana, F.C. Brazilian Health Survey (2013): relation between alcohol use and sociodemographic characteristics by sex in Brazil. *Revista brasileira de epidemiologia, Brazilian journal of epidemiology*. 2017;20(3):408-422.
35. Jithin TJ, Aniji VR, Arun V, Valamparampil MJ Kerala. Severity of Alcohol Dependence Syndrome and its Socio-demographic and Clinical Correlates - A Cross Sectional Study. *Kerala Journal of Psychiatry*. 2022.;35(1):21-9. Dostupno na: <https://kjponline.com/index.php/kjp/article/view/305>. (Datum pristupa: 10.08.2022.)
36. Orešković A, Mihanović M, Mimica N, Bodor D, Petrov B. Day care for alcoholism in psychiatric hospital »Sveti Ivan« 2004–2014. *Alcoholism and psychiatry research: Journal on psychiatric research and addictions*. 2013;49(2):115-122.
37. Ouattara ZD, Koura M, Serme AK, Somda KS, Coulibaly A, Zoungrana SL, i sur. Sociodemographic Factors of Alcohol Consumption in a Population of Hospitalized Patients in Ouagadougou (Burkina Faso). *Open J Gastroenterol*. 2017;7(3):96-104.

11. PRILOZI

Prilog 1. Odobrenje Etičkog povjerenstva KBC-a „Sestre milosrdnice“ za provođenje istraživanja.

Prilog 1. Odobrenje Etičkog povjerenstva KBC-a „Sestre milosrdnice“ za provođenje istraživanja.



**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR
SESTRE MILOSRDNICE**

Vinogradska cesta 29
HR-10000 Zagreb
Hrvatska

tel.: 01/3787 111
fax.: 01/37 69 067

Klasa: 003-06/22-03/007
Urbroj: 251-29-11/3-22-11

Važno: Vaš je predmet registriran pod gornjim brojem, te Vas molimo da se pri svakoj budućoj korespondenciji pozovete na taj broj.

Klinika za psihijatriju
Brankica Klepić, bacc. med. techn.

Poštovana,

Etičko povjerenstvo u nazočnosti prof. dr. sc. Arijana Lovrenčić Huzjan, prof. dr. sc. Krunoslav Kuna, prof. dr. sc. Lidija Beketić Orešković, Melita Perić Balja, dr. med. i Jasenka Surla, mag. iur. na 126. sjednici, održanoj dana 7. travnja 2022., razmatralo je Vaš zahtjev za odobrenje istraživanja pod nazivom: " Sociodemografske osobitosti liječenih ovisnika o alkoholu u okviru sudskih mjera "

te je proučilo sljedeću priloženu dokumentaciju:

1. Molba za odobrenje istraživanja
2. Suglasnost predstojnika klinike i pročelnika jedinice
3. Izjava o poštivanju etičkih načela
4. Plan ispitivanja
5. Suglasnost mentora i komentora
6. Izjava o povjerljivosti

Etičko povjerenstvo:
je razmotrilo priloženu dokumentaciju i zaključilo da je istraživanje u skladu s principima Dobre kliničke prakse te je suglasno s provođenjem istraživanja.

ETIČKO POVJERENSTVO KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA SESTRE MILOSRDNICE djeluje u skladu s načelima Internacionalne konferencije za harmonizaciju (ICH GCP) i Helsinške deklaracije. Stoga se izmjene protokola istraživanja, obrasca informiranog pristanka ispitanika i ostalih relevantnih dokumenata ne mogu tijekom istraživanja izvršiti bez pismene privole ovog Etičkog povjerenstva. Također je Etičkom povjerenstvu nužno uputiti kratak sažetak glede tijeka istraživanja i poštivanja ICH GCP i Helsinške deklaracije, jednom svakih šest mjeseci, a potpuno izvješće nakon završenog istraživanja kako bi se predmet mogao arhivirati.

S poštovanjem,

Predsjednica Etičkog povjerenstva, prof. dr. sc. Arijana Lovrenčić Huzjan

