

# Alkoholizam u mladih

---

**Hdagha, Sara**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2016**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:183654>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-06**

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**UČITELJSKI FAKULTET**  
**ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ U PETRINJI**

**IME I PREZIME**

**SARA HDAGHA**

**ZAVRŠNI RAD**

**KOLEGIJ: POREMEĆAJ U PONAŠANJU**

**ALKOHOLIZAM U MLADIH**

**Petrinja, travanj 2016.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**UČITELJSKI FAKULTET**  
**ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ U PETRINJI**

**ZAVRŠNI RAD**

**KANDIDAT: SARA HDAGHA**

**TEMA: ALKOHOLIZAM U MLADIH**

**MENTOR: izv.prof.dr.sc. SINIŠA OPIĆ**

**Petrinja, travanj 2016.**

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	4
1.1. Alkoholizam .....	5
1.2. Etiologija i simptomi .....	8
1.3. Kriteriji za ovisnost o alkoholu .....	10
2.KONZUMIRANJE ALKOHOLA MEĐU MLADIMA .....	14
2.1. Kultura pijenja .....	14
2.2. Alkoholizam u Hrvatskoj.....	16
2.3. Alkohol i zdravlje .....	18
2.4. Socijalni odnosi .....	20
2.5. Rizično ponašanje.....	21
3. PREVENCIJA ALKOHOLIZMA .....	22
3.1. Prevencija djece .....	22
3.2. Prevencijska politika.....	25
4. ZAKLJUČAK .....	30
LITERATURA.....	31
POPIS SLIKA .....	33
POPIS TABLICA.....	34

## SAŽETAK

Konзумiranje alkohola ima iznimno dugu povijest. Tijekom povijesti alkohol je prisutan u brojnim društvima što se održalo do današnjih dana. No, suvremeno društvo suočava se sa velikim problemom zlouporabe alkohola kod mlade populacije. Mladi počinju sve ranije i sve češće konzumirati alkohol. Stoga je konzumiranje alkoholnih pića postao društveni problem koji treba rješavati na svim društvenim razinama. Najučinkovitije rezultate može dati prevencija jer prevencijom se nastoji educirati djecu i mlade o štetnosti zlouporabe alkoholnih pića. Preventivno djelovanje treba započeti već u vrtićkoj dobi i to unutar obitelji i u predškolskim ustanovama. Na taj se način djecu može educirati kako bi u starijoj dobi ispravno postupila prema konzumiranju alkoholnih pića, ali i prema drugim ovisnostima koje su veliki problem današnjice.

KLJUČNE RIJEČI: alkoholizam, edukacija, mladi, ovisnost, prevencija.

## SUMMARY

Drinking alcohol has a very long history. Throughout history, alcohol is present in a number of companies that are still in use today. But modern society is faced with a big problem of alcohol abuse among young population. Young people are starting earlier and more often consume alcohol. Therefore, the consumption of alcoholic beverages business social problem that needs to be addressed at all levels of society. The most effective results can give prevention because prevention is intended to educate children and youth about the harmful effects of the abuse of alcoholic beverages. Preventive action should be initiated as early as kindergarten age, and this is within the family and in pre-school institutions. In this way, children can be educated in order to older right thing to consuming alcoholic beverages, but also to other addictions that have a big problem today.

**KEY WORDS:** alcoholism, education, youth, addiction prevention.

# 1. UVOD

U suvremenom društvu sve se manje govori o alkoholizmu kao bolesti, a sve više se alkoholizam promatra u kontekstu poremećaja u ponašanju koji su nastali kao posljedica dinamičnih životnih odnosa u kojem konzumiranje alkoholnih pića postaje temeljni način ponašanja, odnosno životni stil. Riječ je o ponašanju koje često dovodi do brojnih poteškoća u obiteljskoj, radnoj i socijalnoj sredini. No, posljedice alkoholizma očituju se i na zdravlju alkoholičara u obliku tjelesnih i psihičkih oštećenja (Edukacija sa područja alkohologije).

Suvremene definicije alkoholizma i alkoholičara udaljene su od društvenih posljedica čovjekovih radnji koje su usko povezane s njima. Alkoholizam se smatra abnormalnim tipom mentalne reakcije koja se povezuje s osobama koje u alkoholu vide utjehu za opsesije ili emocionalne depresije. Nadalje, to je mentalna reakcija osoba s kroničnim poremećajem u ponašanju kojem su svojstveni pretjerana briga za alkohol na štetu tjelesnog i mentalnog zdravlja, gubitak kontrole u konzumiranju alkohola te autodestruktivan stav prema životnim situacijama i odnosima (Štifanić, 1995).

Alkoholičar je osoba koja pije više no što može podnijeti i onda kada vidi štetne posljedice alkohola na svoj organizam. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, alkoholičari su „oni neumjereni konzumanti čija je ovisnost o alkoholu poprimila takav stupanj da se pojavljuju mentalne poteškoće ili poteškoće u tjelesnom i duševnom zdravlju, u međuljudskim odnosima, te poteškoće u normalnim društvenim i ekonomskim aktivnostima, ili oni kod kojih su očiti simptomi koji napreduju prema tom stupnju“.

Jonjić smatra da pijenje alkohola sve više pronalazi mjesto u životnom stilu ljudi. Jedan od razloga tome su i ubrzane promjene međuljudskih odnosa, odnosa čovjeka prema životu, smislu i ciljevima življenja, odnosno prema eko-sustavu u kojem se čovjek nalazi. Navedeno je dovelo do toga da danas postoji širok spektar definicija alkoholizma. Kada je riječ o društvenoj razini, bitno je naglasiti da je alkoholizam društveno uvjetovano prekomjerno i dugotrajno pijenje alkoholnih pića, a to dovodi do promjena u postupanju s članovima obitelji, partnerom, kolegama i sl. (Štifanić, 1995).

## 1.1. Alkoholizam

Alkoholizam se najčešće postepeno razvija, no kod mlađih osoba može imati brz i dramatičan razvoj. Razvoj alkoholizma prolazi kroz određene faze, ali granicu među navedenim fazama nije uvijek jednostavno odrediti.

- Prva faza je faza umjerenog pijenja te navedena faza predstavlja društveno prihvatljivo pijenje i ne predstavlja bolest. Brojni istraživači nastoje definirati društveno prihvatljivo pijenje. Standardno prihvatljivo piće sadrži oko 13 grama etanola, što u količinama bi bilo (<http://lazetic.blogspot.hr/2015/07/razvoj-alkoholizma.html>):
- Pivo –330 ml
- Vino –140 ml
- Žestoko piće – 40 ml.

**Tablica 1: Rizično pijenje alkohola**

Populacijska grupa	U tjednu	U danu
<b>Muškarci</b>	> 14 SP	> 3 SP
<b>Žene</b>	> 7 SP	> 2 SP
<b>Stariji od 65</b>	> 7 SP	> 1 SP
<b>Mlađi od 18 godina</b>	<b>I jedno SP je rizično (društveno neprihvatljivo pijenje)</b>	

Izvor: (<http://lazetic.blogspot.hr/2015/07/razvoj-alkoholizma.html>)

Druga razvojna faza zove se trening faza. Ova faza, također, ne predstavlja ovisnost, već je ona prijelaz iz društveno dozvoljenog pijenja ka ovisnosti. Osoba nije svjesna da ima problem jer pije „kada i drugi piju“ (na proslavama, za vrijeme izlaska i sl.). U tim situacijama se povremeno napije. Tijekom ove faze tolerancija na alkohol je u porastu jer su potrebne veće količine alkohola da bi se postigao željeni efekt.

Predtoksikomanska faza predstavlja početnu fazu alkoholizma, a ovu fazu karakteriziraju (<http://lazetic.blogspot.hr/2015/07/razvoj-alkoholizma.html>):



- Povećanje tolerancije – potreba za znatnim povećanjem količine alkohola da bi se postigao željeni efekt
- Psihička ovisnost – jaka emocionalna i mentalna potreba (želja) za pijenjem alkohola da bi se postigao zadovoljstvo ili izbjegla nelagoda (želja osobe da pije alkohol u određenim situacijama – koristi alkohol u rješavanju svojih problema). Pokazatelj psihičke ovisnosti je i ritualno uključivanje alkohola u različite aktivnosti te se osoba ne osjeća kompletnom ako u tom trenutku ne piju alkohol.

Toksikomanska faza ima obilježja potpune ovisnosti. Obilježja ove faze su (<http://lazetic.blogspot.hr/2015/07/razvoj-alkoholizma.html>):

- Gubitak kontrole ili fenomen prve čaše je znak da je došlo do složenih promjena u mozgu koje su trajne. Osoba se ne može zaustaviti u pijenju pa čak i nakon liječenja i apstinencije. Ukoliko popije prvu čašu, ne će moći na njoj stati.
- Alkoholna amnezija ili prekid filma je znak postojanja oštećenja mozga uslijed pijenja alkohola i predstavlja gubitak sjećanja za događaje u pijanom stanju.
- Nemogućnost apstinencije podrazumijeva stalno pijenje osobe. Ukoliko osoba ne pije alkohol, javljaju se znaci apstinencijske krize koji ukazuju na fizičku ovisnost osobe o alkoholu (znači da se organizam privikao na alkohol i bez njega ne može funkcionirati normalno). Kada osoba popije alkohol, simptomi apstinencijske krize se povlače.
- Pad tolerancije se javlja u kasnijim fazama bolesti. Osoba više ne može popiti veće količine alkohola, nego ranije te se napije od vrlo malo pića. Pad tolerancije je prisilna obrana organizma od alkohola i trajnog je karaktera.

**Tablica 2: Faze razvoja alkoholizma**

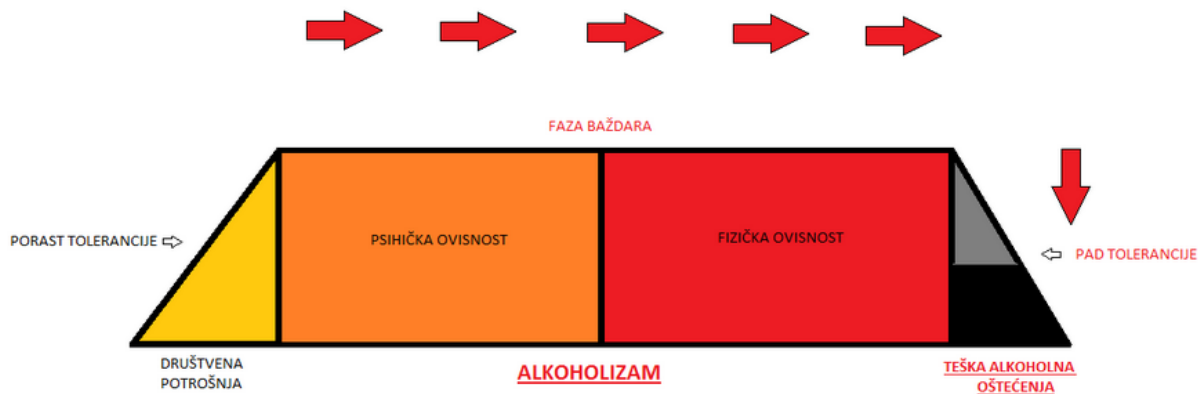
<b>FAZE</b>	<b>Znaci</b>	
<b>Faza umjerenog pijenja</b>	Društveno dozvoljeno pijenje	
<b>Trening faza</b>	Tolerancija u porastu. Povremena opijanja u „prigodnim situacijama“	
<b>Predtoksikomanska faza</b>	Povećana tolerancija.	<b>ALKOHOLIZAM</b>

	Psihička ovisnost.	
<b>Toksikomanska faza</b>	Gubitak kontrole ili fenomen prve čaše Alkoholna amnezija Nemogućnost apstinencije Pad tolerancije	

Izvor: <http://lazetic.blogspot.hr/2015/07/razvoj-alkoholizma.html>

Kada osoba uđe u posljednju fazu razvoja alkoholne bolesti, nikada više ne bi smjela popiti nijedno alkoholno piće. Kao što je prikazano na Jellinekovoju shemi „cesta je jednosmjerna“ (Slika 1). Velik broj liječenih alkoholičara zavarava se da nakon duže ili kraće apstinencije mogu kontrolirati svoje pijenje alkoholnih pića, odnosno biti ponovno društveni potrošač alkoholnih pića. Međutim, u kratkom vremenskom periodu nastavljaju od točke kada su se odlučili apstinirati i rapidno kreću prema teškim alkoholnim oštećenjima i smrti

Izvor: <http://klasrednjaci.web.hr.biz/razvoj%20alkoholizma.html>.



**Slika 1: Jellinekova shema razvoja alkoholizma**

Izvor: (<http://klasrednjaci.webhr.biz/razvoj%20alkoholizma.html>).

## 1.2. Etiologija i simptomi

Alkoholizam podrazumijeva često konzumiranje velikih količina alkohola što dovodi do psihičke i tjelesne ovisnosti, ali i opasnog apstinencijskog sindroma. U trenutku kada konzumacija alkohola dovede do znakovite kliničke toksičnosti i oštećenja tkiva dolazi do njihovog izjednačavanja. Opijanje do granice intoksiciranosti koja čini zlouporabu alkohola započinje sa željom da se postigne opijeno stanje. Osobe kojima navedeno stanje donosi osjećaj zadovoljstva, ponovno imaju potrebu vratiti mu se. Česte zajedničke osobine osoba koje zloupotrebljavaju alkohol su: izdvojenost, usamljenost, stidljivost, depresija, neprijateljstvo prema samom sebi, spolna nezrelost i dr. No, bitno je istaknuti da na stav prema pijenju alkoholnih piša utječe i socijalni čimbenici te odgoj (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/alkoholizam>).

Alkohol se apsorbira u krv iz tankog crijeva te se tamo nakuplja jer je apsorpcija brža od oksidacije i izlučivanja. Oko 5 do 10% popijenog alkohola izlučuje se mokraćom, znojenjem i izdisanjem u nepromijenjenom stanju dok se ostatak oksidira u CO<sub>2</sub> i vodu te svaki mililitar daje oko 7 kcal. Temeljno djelovanje alkohola je depresija CNS-a. KAUK od 50 mg/dl izaziva sedaciju ili smirenje, 50 do 150 mg/dl izaziva gubitak koordinacije, 150 do 200 mg/dl izaziva delirij, a 300 do 400 mg/dl dovodi do gubitka svijesti dok KAUK iznad 400 mg/dl može biti smrtonosan.

Osobe koje redovito piju velike količine alkohola s vremenom postaju otporne na njegove učinke što dovodi do toga da slične količine imaju slabiji učinak. Do tolerancije dolazi poradi

prilagodbene promjene u stanicama CNS-a (stanična ili farmakodinamska tolerancija). Razvijanje tolerancije dovodi do podnošenja iznimno velikog KAUK-a. No, tolerancija na etanol je nepotpuna i uz dovoljno veliku količinu razvija se određeni stupanj opijenosti i oštećenje. Naime, čak i iznimno tolerantni alkoholičari mogu umrijeti od depresije disanja uslijed predoziranja alkoholom. Osobe koje su tolerantne na alkohol podložne su alkoholnoj ketoacidozi, posebno tijekom opijanja. Na alkohol tolerantne osobe križano su tolerantne na brojne druge tvari koje deprimiraju CNS (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/alkoholizam>).

Tjelesna ovisnost koja je popraćena tolerancijom je jaka, a ustezanje izaziva potencijalno smrtonosne učinke. U konačnici, alkoholizam dovodi do oštećenja organa, najčešće do hepatitisa i ciroze, gastritisa, pankreatitisa, kardiomiopatije, periferne neuropatije i oštećenja mozga, Korsakoffljeve psihoze, alkoholne demencije i dr.

Ustezanje od alkohola prati niz simptoma i znakova koji obično počinju 12 do 48 sati nakon prestanka uzimanja alkohola. Blagi sindrom apstinencije uključuje drhtavicu, slabost, znojenje, hiperrefleksiju i probavne simptome. Pojedine osobe imaju generalizirane toničko-kloničke konvulzije, ali najčešće ne više od dva u kratkom vremenskom razdoblju (alkoholna epilepsija ili napadi ruma).

Do alkoholne halucinacije dolazi nakon nagle apstinencije od dugotrajnog, pretjeranog uzimanja alkohola. U simptome se ubrajaju: slušne iluzije i halucinacije koje su često optužujuće i prijeteće. Osoba je često prestrašena, a može biti i prestravljena halucinacijama i živim, zastrašujućim snovima. Sindrom može podsjećati na shizofreniju, a svjesnost je očuvana.

Akutna epizoda deliriuma (delirium tremens = DT (obično započinje 48 do 72 sata nakon apstinencije od alkohola, uz napade anksioznosti, sve većom konfuzijom, lošim spavanjem, jakim znojenjem i dubokom depresijom. Česte su i promičuće halucinacije koje potiču nemir, strah i užasavanje. Za početak delirijskog, konfuznog i dezorijentiranog stanja tipično je vraćanje uobičajenoj aktivnosti, primjerice, osoba često zamišlja da je opet na poslu i pokušava izvoditi neke radnje povezane s poslom. Uz delirij se pojavljuje i autonomna nestabilnost koja je očita po dijaforezi te ubrzanom puls i povišenoj temperaturi.

Tijekom DT, osoba je podložna brojnim osjetnim podražajima, osobito predmetima pri slabom osvjetljenju. Vestibularni poremećaji mogu navesti osobu da misli kako se pod pomučne, zidovi ruše ili soba okreće. S napredovanjem delirija razvija se tremor ruku u mirovanju koji se ponekad širi na glavu i na trup. Izražena je ataksija. Iako se simptomi među

bolesnicima razlikuju, kod iste osobe obično su jednaki prilikom svakog recidiva (<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/alkoholizam>).

### **1.3. Kriteriji za ovisnost o alkoholu**

Svjetska zdravstvena organizacija propisala je međunarodnu klasifikaciju bolesti ovisnosti o alkoholu (MKB-10). Također, Američko psihijatrijsko društvo propisalo je kriterije za ovisnost o alkoholu (DSM-IV). Riječ je o dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje koji ima veliki značaj za standardizaciju dijagnostike u nacionalnim i internacionalnim odnosima (EDUKACIJA SA PODRUČJA ALKOHOLOGIJE).

Naziv u DSM-IV (Poremećaji vezani za psiho-aktivne tvari u koje se ubrajaju i poremećaji vezani za alkohol) nije zadovoljavajući jer su izostavljeni drugi srodni poremećaji. Stoga naslov DSM-V mijenja ime u: Ovisnost i srodni poremećaji. Problem je bio i u odvojenosti termina zlouporabe i ovisnosti o alkoholu. Brojni znanstveni radovi o strukturi kriterija zlouporabe i ovisnosti, u kliničkim uzrocima i uzrocima opće populacije sugerirali su da se DSM-IV kriteriji zlouporabe i ovisnosti mogu smatrati dijelom jedno-dimenzijske strukture te je u DSM-V došlo do kombiniranja u jedan poremećaj za koji su potrebna dva kriterija (<http://www.zdravstvo.com/alkoholizam/radovi/pajevic.htm>).

Dijagnoze koje se u MKB-10 odnose na alkohol su: akutna intoksikacija, zluporaba, sindrom ovisnosti, apstinencijski sindrom, apstinencijski sindrom s delirijem, psihotični poremećaj, sindrom amnezije, rezidualni i psihotični poremećaj s kasnim početkom te drugi i nespecificirani mentalni poremećaji s poremećajima ponašanja. Dijagnostički kriteriji za sindrom ovisnosti u MKB-10 su:

1. Jaka žudnja ili osjećaj prinude za uzimanjem alkohola
2. Otežana kontrola ponašanja u uzimanju alkohola
3. Fiziološki apstinencijski sindrom u fazi prestanka ili smanjenja uzimanja alkohola
4. Postojanje tolerancije
5. Postupno zanemarivanje ostalih zadovoljstava ili interesa zbog uzimanja alkohola
6. Nastavljanje s uporabom alkohola i uz postojanje svijesti o neosporno štetnim posljedicama prekomjernog pijenja, poput, oštećenja jetre, depresivnih raspoloženja ili oštećenja kognitivnog funkcioniranja.

MKB-10 pokriva te pojave s jednom sastavnicom, otežanom kontrolom ponašanja u uzimanju alkohola (početak, završetak ili razina uporabe) koja je, također, izražena Jellinekovim tradicionalnim pojmom gubitka mogućnosti kontrole nad uzimanjem alkoholnih pića. DSM-IV ima dvije sastavnice koje su povezane s alkoholnim problemima u svakodnevnom životu:

1. Odustajanje ili smanjenje važnih društvenih, radnih ili rekreativnih aktivnosti zbog konzumiranja alkohola
2. Vrijeme i napor potrošen za održavanje alkoholičarskog ponašanja ili za oporavak od njegovih učinaka.

U DSM-IV, kao i u drugim suvremenim dijagnostičkim sustavima (budući da nedostaje jasnih definicija alkoholizma) govori se o alkoholom prouzročenim poremećajima. Poremećaji koji se odnose na alkohol podijeljeni su u dvije skupine:

1. Poremećaji uporabe alkohola (ovisnost o alkoholu, zlouporaba alkohola)
2. Poremećaji prouzročeni alkoholom (alkoholna intoksikacija, alkoholni apstinencijski sindrom, alkoholni intoksikacijski i apstinencijski delirij).

**Tablica 3: Usporedba ovisnosti o alkoholu između MKB-10 i DSM-IV**

<b>USPOREDBA OVISNOSTI O ALKOHOLU IZMEĐU MKB-10 I DSM-IV (M=MKB-10; D=DSM-IV)</b>		
1.	Snažna želja ili osjećaj prinude	M
2.	Smanjena sposobnost kontrole	M + D
3.	Namjera da se olakša apstinencija	M + D
4.	Apstinencijski sindrom	M + D
5.	Dokaz tolerancije	M + D
6.	Progresivno zanemarivanje drugih zadovoljstava i interesa	M + D
7.	Ustrajnost uporabe alkohola unatoč spoznaji o štetnim posljedicama	M + D
8.	Mnogo vremena potrošeno za nabavu alkohola i konzumaciju, te oporavak	D
9.	Česta intoksikacija ili apstinencijski simptomi kad se očekuje ispunjenje glavnih uloga i obveza	D
10.	Alkohol uziman u većim količinama i u dužim razdobljima nego što je namjeravano	D

Izvor: Hudolin V. Alkoholologija. Zagreb: Institut za proučavanje i suzbijanje alkoholizma i drugih narkomanija; 1972.

Kod dijagnostičkih kriterija treba utvrditi da li postoji fizička ovisnost koju karakterizira postojanje tolerancije ili apstinencijskog sindroma. Kada kod osobe ne postoje znakovi fizičke ovisnosti, treba uzeti u obzir kako kod nje može postojati ovisnost koju karakterizira

kompulzivni način uporabe alkoholnih pića (najmanje tri točke iz dijagnostičkih kriterija). Za identificiranje ovisnosti koristi se DSM-V klasifikacija (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) koju je donijela Američka psihijatrijska asocijacija 2013.

The Disease Concept of Alcoholism je Jellinekova monografija u kojoj je opisao pet tipova alkoholičara. Nije se bavio definiranjem alkoholizma, već je nastojao opisati najtipičnije alkoholne slike te ih je označio slovima grčkog alfabeta (alfa, beta, gama, delta i epsilon). Njegovo je mišljenje da se samo u gama i delta skupini nalaze alkoholičari u užem smislu te riječi, za alkoholičare iz gama skupine je karakterističan gubitak mogućnosti kontrole pijenja dok je za one iz delta skupine karakteristično to što nisu u stanju apstinirati od alkoholnih pića jer ako pokušaju naglo prestati piti kod njih se javljaju apstinencijski simptomi (Žarković Palijan, 2004).

U toj podjeli prvu skupinu čine alkoholičari koji nijedan dan ne mogu apstinirati, a ako to i pokušaju, javljaju se simptomi apstinencije. To je skupina koja pokazuje gubitak mogućnosti apstinencije. Druga skupina pokazuje fenomen gubitka mogućnosti kontrole pijenja. Riječ je o alkoholičaru koji može apstinirati, ali nakon što popije prvu čašu bilo kojeg alkoholnog pića, izgubi mogućnost kontrole nad daljnjim pijenjem i pije do besvijesti. Nakon triježnjenja opet može apstinirati.

Osim u ove dvije skupine alkoholičara, Jellinek dijeli alkoholičare u alfa, beta, gama i delta tipove dok Hudolin dodaje i zeta tip. Alfa alkoholičari ovise o alkoholu iz psiholoških razloga. Alkohol im služi za otklanjanje tjelesnih ili psiholoških poteškoća. Za ovu skupinu nije karakterističan gubitak kontrole ili nemogućnost apstinencije. Poteškoće dolaze do izražaja na razini poremećenih međuljudskih odnosa. Ova skupina kroz neko vrijeme može prijeći u teže skupine alkoholičara.

Beta alkoholičari pokazuju komplikacije alkoholizma u obliku polineuropatije, gastritisa i ciroze, ali nema fizičkih ni psihičkih simptoma ovisnosti. Zdravstvene smetnje su uzrokovane metabolički, karakteristične za jednoličnu i lošu prehranu alkoholičara. Mogu postojati i poremećaji u obiteljskim odnosima, na radnom mjestu, na ekonomskom planu i u društvu općenito, no ne javljaju se smetnje apstinencijskog sindroma. Ovaj tip alkoholičara može se razvijati u gama i delta, ali isto tako može dugo ostati na ovoj razini (Žarković Palijan, 2004).

Gama alkoholičari su teža vrsta alkoholičara. Kod njih dolazi do porasta tolerancije tkiva na alkohol te adaptacija organizma na alkohol. Ovaj tip alkoholičara kada popije prvu čašu, ne može se više kontrolirati, no može apstinirati bez pojave apstinencijskog sindroma.

Delta alkoholičari pokazuju povećanu toleranciju prema alkoholu, adaptaciju metabolizma na alkohol i simptome fizičke i psihičke ovisnosti na alkohol te apstinencijski sindrom ako naglo prestanu piti. Kod njih umjesto gubitka kontrole dolazi do nemogućnosti apstiniranja.

Epsilon alkoholičari su osobe koje karakterizira periodični alkoholizam. Ova vrsta alkoholizma u Europi i Latinskoj Americi naziva se dipsomanijom. Riječ je o posebnom kliničkom obliku alkoholizma u kojem bolesnik povremeno u kraćim ili dužim vremenskim razmacima ima neodoljivu želju za pijenjem. U dipsomanom stanju bolesnik potroši ili izgubi sve što ima sa sobom, često i tuđi novac pa je dipsomanija bitan sudsko-medicinski problem jer u vrijeme dipsomanog stanja pacijent je neuračunljiv. Tolerancija prema alkoholu je izrazito povišena. U intervalima između dipsomanskih napadaja bolesnik može piti umjereno ili može apstinirati. Dipsomano ponašanje može biti samo simptomom nekog drugog psihičkog poremećaja. Primjerice, simptomatska dipsomanija se može pojaviti u cirkularnoj psihozi, psihopatiji, progresivnoj paralizi i kod shizofrenog bolesnika, ali, također, može naglo početi kao dipsomanski napadaj.

Zeta alkoholičari su oni alkoholičari kod kojih se nakon nekog vremena ili gotovo uvijek, nakon većih ili manjih količina alkohola, javljaju teške promjene u ponašanju uz agresiju. Riječ je o skupini alkoholičara koja često vrši krvne delikte (Žarković Palijan, 2004).



## **2.KONZUMIRANJE ALKOHOLA MEĐU MLADIMA**

Pojam mladi često se povezuje s pojmom adolescenti iako se adolescencija odnosi na razdoblje između desete i devetnaeste godine

([http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245\\_4980.htm](http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245_4980.htm)). Riječ je o životnom periodu u kojem osoba prelazi kroz velike fizičke i psihičke promjene te to razdoblje predstavlja sazrijevanje iz djetinjstva u odraslu dob. Nacionalni program djelovanja za mlade navodi definiciju mladih kao osoba između petnaeste i tridesete godine starosti ([http://www.hzz.hr/DocSlike/Nacionalni\\_program\\_za\\_mlade\\_2009-2013.pdf](http://www.hzz.hr/DocSlike/Nacionalni_program_za_mlade_2009-2013.pdf)).

U razdoblju mladosti osoba sazrijeva fizički (pubertet) i duševno. U isto vrijeme se odvija i proces u kojem se pojedinac integrira u svoju zajednicu te nastoji pronaći svoje mjesto u društvenim događanjima i ostvaruje društvene uloge koje će vjerojatno trajati cijeli život. Da bi razvio uloge koje su društveno prihvatljive, pojedinac mora razviti socijalne vještine i potrebna znanja. Navedeni proces traje sve do postizanja autonomije, samostalnosti te razvoja osjećaja odgovornosti. Iz navedenog razloga teško je odrediti strogu dobnu granicu ovoga razdoblja (UN, A/36/215, rezolucija 36/28, 1981).

### **2.1. Kultura pijenja**

Alkohol je prisutan svakodnevno u brojnim kulturama, primjerice, kao integralni dio obiteljskog objeda te je povezan s brojnim ritualima i društvenim funkcijama (kao dio proslava, događanja i sl.). Ispijanje alkohola često se koristi za komunikaciju formalnosti događaja ili pak kao odlika razlike između radnog i slobodnog vremena. Pijanstvo je jednako simbolično i s različitim značenjem diljem Europe.

U povijesnom kontekstu, alkohol se destilirao tisućama godina. Bio je rađen od lako dostupnih lokalnih sirovina i to na svim kontinentima. Osim primarnog pijenja alkohola, također, često se koristio u domaćinstvima kao lijek, konzervans i sl. Moderna medicina je korištenje alkohola kao lijeka istisnula početkom prošlog stoljeća, no praksa je i dalje prisutna kao dio tradicionalne medicine.

Formiranje koncepta alkoholizma kao bolesti pratilo je razvoj medicine i znanosti, no primarni značaj bio je u osnivanju institucija i liječenja za alkoholičare. U novijoj povijesti naglasak je premješten na prevenciju i javnozdravstvenu dobrobit. Zakoni o alkoholu ili aspektima vezanim uz alkohol postoje dugi niz godina, no najčešće su u funkciji regulacije

javnog reda ili tržišta, ali ne i zdravlja društva. Međutim, trendovi i politike na ovom području postupno se mijenjaju. Značajne su se promjene vezane uz alkohol događale tijekom stoljeća, posebice s razvojem industrije i tržišta. Pritom je važno naglasiti da svakodnevno nastaju novi trendovi marketinških strategija za plasiranje alkoholnih pića koji specifično ciljaju na određene društvene skupine.

Uz to što je pijenje alkoholnih pića u brojnim kulturama usađena navika i ustaljen obrazac ponašanja u raznim prilikama, mnogi pronalaze svoje razloge i motive zašto posežu za alkoholnim pićima. Neki od identificiranih razloga su (Uvodić-Đurić, 2007):

- Poboljšanje raspoloženja
- Bijeg od nepodnošljive životne situacije
- Bijeg od usamljenost
- Izbjegavanje apstinencijske krize.

Općenito, muškarci piju češće, nego žene. Međutim, navika, vrsta alkoholnog pića i intenzitet pijenja alkoholnih pića zemljopisno su različito rasprostranjeni u svijetu i na njih utječe niz čimbenika kao što su: spol, dob te različiti socijalni i gospodarski čimbenici. Alkoholizam u islamskim zemljama ima vrlo nisku incidenciju tako da se još ne smatra velikim problemom. U islamskom svijetu reducirana je ovisnost o alkoholu budući da se takva ovisnost smatra socijalnim zlom (Dawson Archer, 1992:87). Ispitivanja u SAD-u i Europi upućuju na to da protestanti piju manje alkohola, nego rimokatolici. Osim toga, u Europi se kultura pijenja u sjevernim zemljama razlikuje od one u mediteranskim zemljama što je posljedica brojnih čimbenika, uključujući, varijacije u ekosistemu, klimi i socijalno-političkim strukturama. Prema istraživanjima u SAD, muškarci piju dvostruko više i češće, nego žene. Dawson i Archer (1992:87) našli su deseterostruku razliku između muškaraca i žena, a i u ispitivanjima Emslieja i sur. (2002:12) utvrđena je znatno veća učestalost pijenja alkohola u muškaraca, nego u žena.

Ovisnost o alkoholu nešto je češća u osoba srednje životne dobi s nižim primanjima i nižeg stupnja obrazovanja. Što se tiče stupnja obrazovanja, zabilježena je razlika između sela i grada: u urbanoj sredini alkoholizam je češći i kod osoba s višom naobrazbom dok je u ruralnoj sredini alkoholizam vezan uz nižu naobrazbu. Međutim, važno je naglasiti da se u svijetu mijenja slika pijenja te alkohol sve više konzumiraju mladi i žene (Harper i sur., 2003).

Središnje mjesto kulturalnog prijenosa navike konzumiranja alkohola je obitelj. Većina adolescenata koji imaju problem s alkoholom ima kompleksnu obiteljsku anamnezu koja

uključuje zlostavljanje i druge traume u djetinjstvu. Obitelj često nije svjesna problema dok se ne pojave incidenti u školi i incidenti s policijom. Iznimno često obitelj negira problem alkohola, pripisuje ga drugim problematičnim ponašanjima, boji se prepoznavanja problema zbog osjećaja krivnje i odgovornosti. Izostanak komunikacije, otuđenost ili nepotpuna obitelj izravno negativno utječe na prekomjerno pijenje. Osobito majčino pijenje ima povećan utjecaj na pijenje alkohola kod djece.

Kultura pijenja uči se vrlo rano. S obzirom da alkohol izaziva oštećenja velikog i malog mozga, osobe koje u mladim danima učestalo konzumiraju alkoholna pića, već u samom početku nalaze se u negativnom položaju u odnosu na svoje vršnjake koji ne konzumiraju alkohol ([www.mup.hr/UserDocsImages/PU\\_PG/AKCIJE/aim.pdf](http://www.mup.hr/UserDocsImages/PU_PG/AKCIJE/aim.pdf)).

## **2.2. Alkoholizam u Hrvatskoj**

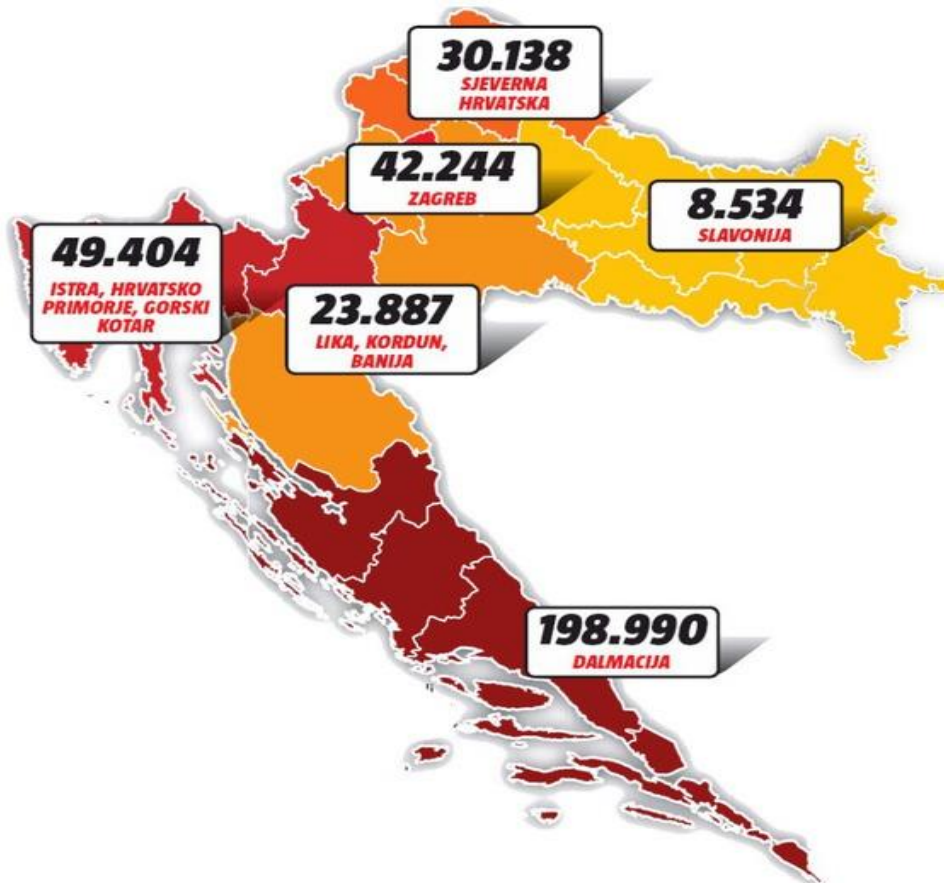
Specifičnosti mediteranskog i srednjoeuropskog kulturnog kruga u brojnim su svojim komponentama usko povezane uz alkohol – proizvodnju, ispijanje, društvene i rodne uloge. Hrvatsko društvo ima odlike vrlo homogenog društva, značajno su izražene rodne uloge i jak je duh patrijarhata, tj. potreba za čuvanjem tradicije, tradicionalnih i rimokatoličkih vjerskih vrijednosti. Kao poslijeratno društvo u tranziciji, građani Hrvatske se svakodnevno susreću s lepezom problema (socioekonomski, vrijednosni, pravni itd.).

Tradicija proizvodnje i pijenja alkohola na području Hrvatske ima dugu, tisućljetnu tradiciju, posebice, u uzgoju vinove loze na otocima i priobalju. Proizvodnja i ispijanje alkohola u Hrvatskoj bilježe iznimno dugu tradiciju i dio su opće kulture. U 2010. proizvodnja jakih alkoholnih pića iznosila je 7,3 milijuna litara, odnosno umanjena je za 1,4 milijuna litara u odnosu na godinu ranije. Iako proizvodnja jakih alkoholnih pića pada, raste uvoz jakih alkoholnih pića (Državni zavod za statistiku, 2011).

Alkohol pretjerano (tri do četiri pića dnevno) pije više od 260.000 Hrvata, a oko 30.000 Hrvata dnevno popije šest i više alkoholnih pića. Navedeno su pokazala istraživanja koja su proveli Zagrebačka pivovara, Institut Ivo Pilar te MUP u suradnji s HZJZ-om. Istraživanje Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) pokazuje da u regiji Balkana najviše piju Hrvati i Srbi. Hrvati u prosjeku popiju 15,1 litru alkohola po stanovniku na godinu, Srbi 11,2 litre, a u BiH se popije 9,6 litara. Međutim, ne postoji službeni podatak o broju alkoholičara u Hrvatskoj. Razlog tome nalazi se u činjenici da većina ne želi priznati da ima problem s

alkoholom. Tek nekolicina ih je na liječenju (<http://www.24sata.hr/news/karta-alkoholizma-najvise-piju-dalmatinci-najmanje-slavonci-412721>).

U Hrvatskoj najviše se alkohol konzumira u Dalmaciji, a najmanje u Slavoniji. Iza Dalmacije, po broju konzumenata alkoholnih pića, slijedi Istra, Hrvatsko primorje i Gorski kotar te Grad Zagreb (Slika 2).



**Slika 2: Karta alkoholizma u Hrvatskoj**

Izvor: <http://www.24sata.hr/news/karta-alkoholizma-najvise-piju-dalmatinci-najmanje-slavonci-412721>

Od 1995. ESPAD prikuplja podatke vezane uz opijanje mladih, kojima je u Hrvatskoj zabilježen neprestani porast. U razdoblju između 2002. i 2007. povećanje u opijanju mladih zabilježeno je u više od polovice zemalja Europske unije. Europska istraživanja (ESPAD) s učenicima između 15. i 16. godina starosti ukazuju na konzumaciju alkohola u više od 90% ispitanika. Prosječna količina alkohola u toj dobnoj skupini je 60 g. Jedan od 8 ispitanika (13%) bio je pijan više od 20 puta u svojem životu, a 18% ispitanika opilo se tri ili više puta u posljednjih mjesec dana. Mladići piju više od djevojaka te su češće pijani. Mladi su u svakodnevnoj interakciji s vršnjacima, članovima obitelji i pod utjecajem medija, a u dobi su

u kojoj formiraju stavove, navike i mišljenja za život. Budući da su, također, dio kulture i društva koje ima pozitivan stav prema alkoholu i koje na alkohol gleda kao na esencijalni dio odrastanja i zrelosti, izravno se to reflektira u njihovom ponašanju.

U Hrvatskoj je sustavno praćenje hospitalizacije mladih zbog intoksikacije alkoholom tek u začetku, ali Odjel dječje toksikologije Klinike za dječje bolesti Zagreb tijekom 2010. primio je 150 maloljetnika. Suicid je u Hrvatskoj na drugom mjestu nasilnih smrti mladih između petnaeste i dvadeset i četvrte godine, a 50% takvih smrti povezano je s utjecajem alkohola (Itković i Boras, 2004).

Društvo je rizično ako su u njemu određena sredstva ovisnosti dostupna i ako je potrebno manje kršenja normi i napora da se do njih dođe (Ivandić Zimić, 2011). Primjerice, u hrvatskom društvu mlade osobe vrlo jednostavno dolaze do alkoholnih pića i duhanskih proizvoda. Društvo otežava ne ovisnički život i ako stalno promovira određena sredstva ovisnosti kao simbol poželjnog stila života, primjerice, alkohola kao simbola zabave i rasterećenja. Kada društvo ne pokazuje kritičnost prema nekim sredstvima ovisnosti, tada ga mladi smatraju normalnim pa i poželjnim te puno više vremena treba da prepoznaju svoje ponašanje kao štetno i problematično. Dapače, čak i ako shvate da su upali u ovisnost, i dalje pozitivan stav društva prema nekoj ovisnosti može ih stigmatizirati kao one koji su sami krivi te se u konačnici pojedinci srame priznati i zaustaviti ovisničko ponašanje. Društvena sredina negativno utječe i na vrijeme ne kažnjava ponašanja koja se zakonom obvezala kažnjavati, a povezana su s korištenjem sredstava ovisnosti. Tako, primjerice, velik broj maloljetnika bez većih teškoća kupuje alkoholna pića iako je to zabranjeno, a ugostiteljski objekti i trgovine se uopće ne sankcioniraju.

### **2.3. Alkohol i zdravlje**

Alkohol djeluje destruktivno direktno na sve stanice i tkiva, a indirektno izaziva poremećaje metabolizma šećera, proteina, lipida, vitamina iz grupe B. te izaziva promjene na jetri (ciroza). Svaka četvrta osoba koja zloupotrebljava alkohol boluje od čira na želucu. Nadalje, postoji mogućnost masne infiltracije srca, fibroze miokarda, polineuropatije, oštećenja bubrega, kože, te stvaranje epileptoidnog žarišta.

Efekt alkohola na centralni živčani sustav je prvenstveno depresija. Razdraženost koja nastaje u početku intoksikacije alkoholom posljedica je uklanjanja inhibitornih utjecaja korteksa na

subkortikalne strukture. Kod velikog broja alkoholičara izraženo je proširenje moždanih komora, kao i difuzne kortikalne atrofije.

Alkoholni efekt na reproduktivne funkcije ispoljava se kroz impotenciju, atrofiju testisa, ginekomastiju i gubitak seksualnog interesa. Alkohol vrši inhibiciju biosinteze testosterona. Kod žena rezultira izostankom ovulacije, poremećajem faze luteinizacije i izostankom menstruacije. Poseban efekt alkohola u vezi s reproduktivnim funkcijama je fetalni alkoholni sindrom. Uzimanjem velikih količina alkohola, posebno u prva tri mjeseca trudnoće, dovodi do najtežih malformacija i razvijanja kompletnog sindroma (Uvodić-Đurić, 2007).

Psihičke smetnje se javljaju u smislu otežane koncentracije, slabljenja pamćenja, pada inteligencije, emocionalne izmijenjenosti (primjerice, raspoloženje upadljivo oscilira, anksioznost, emocionalna razdražljivost i ravnodušnost). Kod mladih alkoholičara postoji povećana agresivnost prema sebi i drugima pod utjecajem alkohola, naročito kod brzog ispijanja velikih količina. To je puno češća osobina kod mladih alkoholičara u odnosu na starije.

Psihološke manifestacije posljedica alkoholizma mladih, kao i uopće posljedice ove bolesti, su često dramatične što se može objasniti specifičnostima pijenja mladih. Mladi alkoholičari obično nemaju sve posljedice koje su karakteristične za starije alkoholičare. Međutim, one mogu biti puno burnije. One su pretežno psihološke prirode. Može doći i do ispoljavanja delinkventnog ponašanja u formi krađe, tuče, silovanja, fizičkih i verbalnih sukoba unutar obitelji i sl. (Uvodić-Đurić, 2007).

Alkohol može ozbiljno oštetiti formiranje ličnosti, a za posljedicu imati emocionalnu i socijalnu nezrelost. Najteže psihičke komplikacije alkoholizma su alkoholne psihoze. Alkohol je najznačajniji faktor u njihovu nastajanju. Kliničke slike tih psihoza mogu biti u obliku :(Uvodić-Đurić, 2007):

- Akutnog patološkog pijanog stanja
- Delirijum tremensa
- Alkoholne halucinoze
- Korsakovljeve psihoze
- Patološke ljubomore alkoholičara
- Vernikeovog sindroma.

Akutno patološko pijano stanje i alkoholna halucinacija mogu se susresti kod adolescentnih alkoholičara dok se delirijum tremens vrlo rijetko pojavljuje ispod tridesete godine. Ostali klinički oblici su za stariju populaciju (Uvodić-Đurić, 2007).

Alkohol narušava zdravlje mladog čovjeka i sprječava njegov normalan fizički i psihički razvoj. Mogu nastati organski poremećaji i vegetativne smetnje, a vrlo su vjerojatni poremećaji na planu osobnosti ([www.mup.hr/UserDocsImages/PU\\_PG/AKCIJE/aim.pdf](http://www.mup.hr/UserDocsImages/PU_PG/AKCIJE/aim.pdf)):

- Prkos,
- Netrpeljivost,
- Razdražljivost,
- Gubitak toplih emotivnih odnosa prema roditeljima i starijim osobama,
- Zanemarivanje dužnosti prema zajednici.

#### **2.4.Socijalni odnosi**

Obitelj alkoholičara je manje ili više disfunkcionalna. Upotreba alkohola remeti odnose na svim relacijama u obitelji, primjerice, zasnivanje braka, odgoj i školovanje djece, osamostaljivanje mladih, poremećaji seksualnog odnosa i sl. Gubi se pozitivna obiteljska komunikacija, dolazi do osiromašenja društvenog života obitelji i dr. Atmosfera unutar obitelji je stalno napeta, izostaje ljubav i osjećaj sigurnosti te dolazi do razvoda brakova.

Na profesionalnom planu alkoholičari zapostavljaju obveze, dolazi do smanjenja produktivnosti, izostajanja iz škole ili s posla, loših međuljudskih odnosa, konflikata na radnom mjestu ili u školi i sl. Kod adolescenata alkoholizam može dovesti do lošeg uspjeha u školi, zanemarivanja obveza, izostajanja s predavanja i brojne druge negativne posljedice na proces obrazovanja (Žarković-Palijan, 2004).

Osnovne karakteristike alkoholičara vezane uz profesionalni rad su (Žarković-Palijan, 2004):

- Apsentizam – izostajanje s posla
- Smanjena produktivnost
- Povrede na radnom mjestu
- Poremećaji interpersonalnih odnosa.

Poznato je da alkoholičari zbog prekomjernog uzimanja alkohola troše novac, čime ugrožavaju vlastitu egzistenciju i životni standard čitave obitelji. Često sami nemaju stabilne izvore prihoda. Socijalno okruženje kojem alkoholičar pripada počinje ga odbacivati jer preokupacija alkoholom kod pojedinaca postaje dominantna, a istovremeno slabe njegovi kontakti i interesi za prijatelje, kolege, obitelj, rodbinu i sl.

Alkoholičar postaje socijalno izoliran i usmjeren samo jednoj užoj grupi, a to je najčešće grupa alkoholičara. Ovisno o karakteristikama ličnosti alkoholičara, neki mogu ispoljavati različite forme asocijalnog i antisocijalnog ponašanja. Stoga su moguće pojave remećenja javnog reda i mira, tuče, prometne nesreće, kriminal, ubojstva, silovanja i sl. (Žarković-Palijan, 2004).

## **2.5. Rizično ponašanje**

Uz alkohol se vežu brojna rizična ponašanja i posljedice koje slijede takva ponašanja. Tako, primjerice, mladi često izjavljuju da su zbog alkohola popustili u školi ili na poslu, da su izgubili novac ili druge vrijedne stvari, uništili vlastitu ili tuđu imovinu te sudjelovali u nesrećama ili se ozlijedili prilikom pada i sl. Konzumacija alkohola je kod mladih dovela do problema u odnosima s roditeljima, prijateljima, učiteljima i partnerima, ali i do rizičnih ponašanja kao što su: neželjeni spolni odnos, nezaštićeni spolni odnos i seksualno nasilje ([http://www.dzs.hr/Hrv/publication/studije/Studije-i-analize\\_106.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv/publication/studije/Studije-i-analize_106.pdf)).

Mladi često navode da su zbog alkohola bili u sukobu s policijom, postali žrtvama pljačke ili je sami počinili, vozili motocikl ili automobil.

(<http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/FocusGroupsFullReportFemaleAges19to29FINAL.pdf>). U istraživanju koje je provela SZO podaci za Hrvatsku navode posljedice ponašanja 15-godišnjaka prilikom konzumacije alkohola – 10 problema osobne prirode, 13 problema u odnosima s drugim ljudima (roditelji, učitelji, partneri), 6 seksualnih iskustava i 5 problema s delikvencijom (SZO, Trendovi u konzumaciji alkohola među 15-16 godina starih europskih učenika: ESPAD projekt).

Podaci istraživanja provedenog u Hrvatskoj (Itković i Boras, 2004) govore da je 62 djece i adolescenata počinilo suicid. Također, brojna se istraživanja referiraju na jasnu vezu između vožnje u pijanom stanju te izazivanje automobilskih i motociklističkih nesreća s dugoročnim posljedicama. Podaci Statističkog godišnjaka MUP-a govore da je u Hrvatskoj 1997. godine u prometnim nesrećama poginula 262 osoba, a broj teško stradalih iznosio je 2.497 osoba. Od ukupnog broja smrtno stradalih 50% čine osobe mlađe od 25 godina.

U istraživanju iz 2007. (ESPAD) sudionicima je postavljeno pitanje o tome što oni smatraju koliko je vjerojatno da će učiniti nešto što će požaliti kada su pod utjecajem alkohola. Svega 12% njih je izjavilo da to nije vjerojatno, a čak 25% da je to vrlo vjerojatno. U istom istraživanju pitalo ih se koliko su se puta potukli u posljednjih godinu dana kada su bili pod



utjecajem alkohola, 8.5% njih odgovorilo je da je to bilo 1-2 puta. Na pitanje koliko su nesreća ili ozljeda imali, u istom vremenskom razdoblju, pod utjecajem alkohola, 9.6% ih je izjavilo da je to bilo 1-2 puta. Kada ih se upitalo koliko su često posljednjih 12 mjeseci imali problema s policijom kada su bili pod utjecajem alkohola, njih 6.4% izjavilo je da je to bilo 1-2. Nadalje, 5.1% sudionika reklo je da je u posljednjih 12 mjeseci imalo 1-2 puta nezaštićeni seksualni odnos pod utjecajem alkohola, a čak 4.6% ih je imalo seksualni odnos zbog kojeg su požalili. Svi iznijeti podaci govore o tome koliko mladi nisu svjesni rizika u koje se upuštaju prilikom konzumacije alkohola.

### **3. PREVENCIJA ALKOHOLIZMA**

Prevenција podrazumijeva skup aktivnosti koje su usmjerene na čuvanje zdravlja i sprječavanje bolesti te se prvenstveno kao termin javlja u medicini. Međutim, kao pojam nedjeljiva je od drugih područja znanosti i prakse: socijalnog rada, kliničke psihologije, pedagogije i dr. ([www.mup.hr/UserDocsImages/PU\\_PG/AKCIJE/aim.pdf](http://www.mup.hr/UserDocsImages/PU_PG/AKCIJE/aim.pdf)).

#### **3.1. Prevenција djece**

Prevenција zlorabe alkohola i bolesti ovisnosti temelji se na načelima koja predstavljaju zajedničku sastavnicu preventivnim programima, a rezultat su dugogodišnjih istraživanja na navedenom području. Postoji šest temeljnih načela od kojih se polazi u aktivnostima prevencije. Posebno je važno što ranije krenuti s preventivnim aktivnostima koje trebaju započeti već u predškolskoj dobi. Preventivne programe u predškolskoj dobi ne treba ograničiti samo na razinu odgojno-obrazovne djelatnosti u predškolskoj ustanovi. Konceptualni model programa prevencije odnosi se na sustavni pristup svih čimbenika odgovornih za odgojno-obrazovno djelovanje: obitelj, predškolska ustanova, uže i šire društveno okruženje, javna politika, mediji itd. Učinkovitost programa prevencije rezultat je suradničkog, integriranog, cjelovitog i razgranatog pristupa.

*Perry* predškolski program (Schweinhart, Barnes i Weikart, 1993) ističe važnost djetetova aktivnog učenja, poticanje sposobnosti rješavanja problema i donošenja odluka, razvoj sposobnosti planiranja, značaj visokog stupnja interakcije između djece, ali i interakcije djece i odraslih. Program je posebnu pozornost posvetio tjednim posjetima odgajatelja roditeljskom domu djece te motivaciji roditelja da dobrovoljno sudjeluju u realizaciji programa prevencije. Rezultati ovog programa pokazali su da su djeca koja su sudjelovala pozitivnije odrastala u odnosu na njihove vršnjake. U starijoj životnoj dobi sudionici ovog preventivnog programa pokazivali su bolje socijalne vještine u odnosu na kontrolnu skupinu u kojoj postoji trend negativnog socijalnog ponašanja.

Ialongo (2001) ističe da rani programi intervencije kojima je cilj smanjiti čimbenike rizika postižu bolje rezultate, nego kasnije intervencije koje smjeraju prema promjenama djetetova ponašanja koje će biti pozitivnije.

Brojnim preventivnim programima zajednička su nastojanja da pojačaju zaštitne čimbenike, a reduciraju čimbenike rizika. Čimbenici rizika i zaštite mijenjaju se ovisno o djetetovoj dobi. Nadalje, čimbenici koji se odnose na obitelj imaju veći utjecaj na mlade dijete dok je utjecaj vršnjaka značajniji u periodu adolescencije.

Obiteljski program prevencije usmjereni su k jačanju obiteljskih veza i odnosa, razvijanju roditeljskih umijeća, podučavanju i informiranju roditelja o zlorabi alkohola. Pritom je važno naglasiti da su obiteljske veze temelj odnosa između roditelja i djece, a one se mogu jačati vježbanjem vještina roditeljske potpore djetetu, komunikacije između roditelja i djeteta i roditeljske angažiranosti (Kosterman, 1997). Roditeljski nadzor i praćenje ključni su čimbenik u prevenciji zlorabe alkohola. Roditelji ove sposobnosti razvijaju vježbanjem postavljanja pravila, tehnikama nadzora aktivnosti, potporom odgovarajućih ponašanja te umjerenom i stalnom disciplinom koja potiče poštivanje obiteljskih pravila.

Hahn i sur. (1996) naglasili su potrebu što intenzivnijeg uključivanja roditelja u predškolske programe prevencije. Cilj njihovog istraživanja odnosio se na identifikaciju strategija koje promoviraju veću uključenost roditelja u predškolski program prevencije. Na temelju dobivenih rezultata preporučili su uporabu kombinacije različitih oblika komunikacije s roditeljima te osmišljavanje različitih načina uključivanja roditelja u sve aktivnosti.

Hahn i sur. (2000) istraživali su povezanost između percepcije i znanja predškolske djece o uporabi alkohola, cigareta i drugih droga te konzumacije navedenih droga od roditelja. Istraživanja su pokazala, primjerice, da već trogodišnja djeca iz obitelji alkoholičara točnije prepoznaju alkoholna pića, nego njihovi vršnjaci čiji roditelji ne konzumiraju alkohol.

Razvoj i usvajanje iskustva predškolskog djeteta odvija se cjelovito i povezano te je neprimjereno aktivnosti prevencije izdvajati od temeljnih razvojnih područja. Kvalitetno utemeljen program predškolske prevencije integriran je i uklopljen u svakodnevni kontekst odgojno-obrazovnog rada. Osim integriranog pristupa tvorbi programa, aktivnosti prevencije trebaju uvažiti načelo aktivnog stjecanja spoznaja i iskustva te praktične uporabe umijeća. Predškolsko dijete je već od ranih godina kompetentno biće koje je radoznalo i otvoreno prema istraživanju i učenju.

Djeca sama konstruiraju svoje spoznaje i razvijaju umijeća interakcijom s materijalima, drugom djecom i odraslim osobama. Stoga se program prevencije treba temeljiti na konstruktivističkom pristupu. U konstruktivističkom kurikulumu učenje djece je suradničko, subjektivno i nelinearno, a razumijevanje prethodi aktivna uključenost djeteta.

Kurikulum u čijem stvaranju sudjeluju djeca temelji se na njihovim interesima te na taj način osigurava dugotrajne pozitivne učinke. Od djece potaknuto učenje pozitivno pridonosi razvoju zaštitnih mehanizama upravljanja sobom (Werner i Smith, 1992). Konstruktivistički kurikulum pozitivno pridonosi moralnom razvoju, mišljenju i planiranju. Ovim pristupom tvorbi programa omogućeno je djetetu da razmišlja kritički, kreativno, pomaže djeci u razvoju vještina vođenja, pridonosi razvoju pozitivnog odnosa prema vrtiću i zajednici, razvija socijalne vještine i dr.

Programi prevencije ovisnosti u predškolskoj dobi trebaju obuhvatiti sva razvojna područja predškolskog djeteta. Rezultati nekih longitudinalnih istraživanja pokazuju da su učinkoviti oni programi koji izlaze u susret razvojnim potrebama djece (Schweinhart i Weikart, 1997). Poticanjem različitih aspekata tjelesnog, psihomotornog, socio-emocionalnog, spoznajnog i drugih aspekata razvoja stvaraju se zdravi temelji djetetove osobnosti.

U obiteljskom domu i predškolskoj ustanovi izuzetno je važno ostvariti kvalitetno zajedništvo i radosno življenje djece i odraslih. Pozitivno ozračje utječe na razvijanje pozitivne slike o sebi, empatiju i suradnički stav prema drugima. Pružajući primjer zdravog života i pozitivnih životnih navika, obiteljski dom i vrtić stvaraju adekvatno okruženje za realizaciju preventivnih aktivnosti.

U preventivne programe treba uključiti roditelje kao aktivne sudionike prevencije te definirati mogućnosti i načine njihova sudjelovanja. Značajke obiteljskog okruženja i roditeljski model ponašanja od primarne su važnosti u razvoju djetetove osobnosti. Nužno je uspostaviti kontinuirano partnerstvo roditelja i odgajatelja u zajedničkim akcijama prevencije. S druge strane, edukacija u području prevencije ovisnosti osposobit će roditelje i odgajatelje kao kompetentne i refleksivne praktičare koji promišljaju o svojim odgojnim akcijama (Pransky, 1998).

### **3.2.Prevenicijska politika**

Politika predstavlja temelj organiziranih prevenicijskih aktivnosti. Da bi se mogla napraviti procjena prevenicijske politike i prioriteta, važno je ustanoviti kontekst politike. Obično se pretpostavlja da je sudjelovanje u programima prevencije dobrovoljno. Dobrovoljno sudjelovanje, također je važan uvjet za postizanje najboljih rezultata kod pojedinih oblika prevencije. Navedeno se posebno odnosi na preventivne aktivnosti usmjerene prema ostvarivanju promjena u ponašanju.

U prevenicijskoj politici posebna se pažnja mora obratiti na vremenska ograničenja. Manji problemi mogu unutar određenog vremenskog okvira odigrati presudnu ulogu. Stoga treba što ranije početi s pripremanjem za preventivnu intervenciju. Politika bi trebala utvrditi geografske razmjere problema, tj. gdje se on pojavljuje i na koji način mu se može smanjiti djelovanje. Želi li prevenicijska politika računati na potporu društva, potrebno je u obzir uzeti socijalne, političke i etičke implikacije koje prate uvođenje programa prevencije, primjerice, *screening* programe za alkoholizam gdje djelatnici riskiraju da izdvojeni pojedinci unaprijed budu stigmatizirani.

Preventivno djelovanje moguće je provoditi na različitim razinama i u različitim razmjerima. Prevenicijska se politika, ponajprije, razvija na nacionalnoj, a onda u nastavku na međunarodnoj razini. U nastavku (Tablica 4) navedeno je nekoliko funkcija državne prevenicijske politike

**Tablica 4: Funkcije državne preventivske politike**

<b>DRŽAVNA POLITIKA</b>
<p>Pristup prevenciji u nacionalnim i međunarodnim razmjerima usmjeren je prema:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- uvođenju potrebnog pravnog i pravosudnog okvira;</li><li>- stvaranju planova za izravnu borbu protiv nepoželjnih simptoma ili za uklanjanje njihovih uzroka;</li><li>- poticanju i, ako je potrebno, provođenju obrazovnih kampanja;</li><li>- skretanju pozornosti na opciju prevencije u sektorima s drukčijim ključnim ciljevima: državni-javni sektor;</li><li>- subvencioniranju onih regionalnih, nacionalnih i međunarodnih instituta koji su u stanju pružati stručno i znanstveno tumačenje prevencije;</li><li>- pokretanju epidemioloških istraživanja i uočavanju novih trendova i promjena.</li></ul>

Izvor: ([www.azoo.hr/.../Europski\\_prirucnik\\_prevenција\\_pusenja\\_alkohola\\_droga](http://www.azoo.hr/.../Europski_prirucnik_prevenција_pusenja_alkohola_droga)).

Da bi se mogli razvijati programi prevencije, od djelatnika u prevenciji očekuje se da dobro poznaju područje svojeg djelovanja. Svaki djelatnik u prevenciji mora imati određena znanja o ([www.azoo.hr/.../Europski\\_prirucnik\\_prevenција\\_pusenja\\_alkohola\\_droga](http://www.azoo.hr/.../Europski_prirucnik_prevenција_pusenja_alkohola_droga)):

- Raspoloživim društvenim pozadinama i novim dostignućima u tom području
- Različitim ciljanim skupinama i na njih primjenjivanim zasebnim ciljevima i radnim metodama
- Financiranju i organizaciji proizvoda
- Resursima neophodnima za uspješno donošenje projekta od njegova razvoja do faze evaluacije.

Preventivne aktivnosti usmjerene su prema ciljanim skupinama svojevrijedno opisanim pomoću analize rizika. Osim pomoću analize rizika, ciljane skupine moguće je opisati i u odnosu prema organizacijskoj lokaciji pripadnika skupine u rizicima ili prema drugim kategorizacijskim pojmovima: dob, spol, etničkoj pripadnosti, zanimanju, socio-ekonomskim okolnostima ili geografskim odrednicama. Kada se odlučuje o preventivskoj politici, ovakvi se kriteriji često uvrštavaju kod odabira prioriteta.

Zanimanje za prevenciju o određenoj temi često varira: nakon teškog početka, zanimanje i spremnost koje društvo iskazuje da temu izloži očima javnosti i da se angažira u konkretnim aktivnostima raste. No, nakon nekog vremena ljudi gube interes, a da toga ne moraju biti svjesni. Prema tome, društveno preuzimanje obveze je neophodno za uspjeh prevencije. Opipljiv stručni utjecaj na uporabu supstanci i ovisničko ponašanje može se brže postići unutar jedinica manjih razmjera. Na višim razinama glavnu riječ vode političari, potpomognuti svojim administratorima. U toj se areni racionalni argumenti moraju nadmetati s političkim senzibilitetima, oprečnim interesima i ideološkim opsesijama. Stručnjaci za prevenciju se poglavito mogu pronaći u ustanovama na regionalnim razinama i službama u metroplanu. Iako se profesionalna kompetentnost ovdje može pokazati u najboljem svjetlu, to nije mjerilo njezina stvarnog utjecaja. Oprečni interesi i potrebe su prisutne i u regijama.

Regije nisu zasebni svjetovi. Njihovi stanovnici su u jednakoj mjeri pod utjecajem domaćih i međunarodnih promjena. Medijska pokrivenost širokih razmjera utjecajnija je od lokalnih ili regionalnih nastojanja, odnosno utjecajnija je u prenošenju informacija i ponekad u oblikovanju općih vrijednosnih orijentacija i standarda ponašanja. No, osobni utjecaj moguće je ostvariti samo na nižim razinama, primjerice, djelatnici u prevenciji mogu liječnicima opće prakse usmeno prenijeti informacije, što – ako je izvedeno na pravi način – može imati veći utjecaj, nego uznemiravanje informacijama u tiskanim materijalima koje liječnici uopće nisu zatražili ([www.azoo.hr/.../Europski\\_prirucnik\\_prevencija\\_pusenja\\_alkohola\\_droga](http://www.azoo.hr/.../Europski_prirucnik_prevencija_pusenja_alkohola_droga) ).

Lokalno nastavljanje projekta je bitno i povećava njegovu održivost. Ljudi moraju naučiti razmišljati u odnosu na dugoročnu strategiju. Ukoliko netko radi na dugoročnim intervencijama, tada implicitno radi na održivosti preventivnog djelovanja. Održivost je postignuta kada se izlazni rezultat (učinci preventivnog projekta) nastavlja nakon što organizacija koja se bavi prevencijom prestane pribavljati unos u obliku financija, osoblja i materijala.

U praksi često postoje brojne zapreke koje ometaju dugoročni pristup. Često je teško biti siguran u dugoročnu privrženost škola i lokanih centara, a suradnja nerijetko ovisi o naporima jedne osobe. Ako tu funkciju preuzme netko drugi, to može značiti kraj dugog razdoblja suradnje. Ako se želi postići dugoročni nastavak, nužno je tijekom cijelog procesa raditi na lokalnom angažmanu koji obuhvaća što je moguće širi presjek društva.

Prevencijska politika ukorjenjuje se kada je ugrađena u uobičajene društvene jedinice kao što su: škole, obitelji, udruge, sindikate i dr. Projekt ne smije biti otok u moru nezainteresiranosti, nego mora biti uklopljen i usklađen s nacionalnim i regionalnim pristupom. Važno je napisati dugoročni plan. Održiv interes za teme prevencije najbolje osiguravaju ustanove formalnim

opisom poslova, zasebnim radnim jedinicama i dr. Drugim službama prevencija je samo sporedno zanimanje. Unatoč navedenom, prevencija treba pomoć općih službi.

Spremnost i mobilizacija zajednice ključan je moment u procesu stvaranja uspješne preventivne strategije. Akteri određene politike mogu se podijeliti na formalne i neformalne. Formalni akteri, kojima pripadaju zakonodavna, izvršna i sudska vlast, imaju pravo i obvezu sudjelovanja u kreiranju neke javne politike. S druge strane, neformalni akteri (pojedinci, interesne skupine političke stranke, organizacije, mediji i dr.) u kreiranju javnih politika sudjeluju prema općem pravu participacije.

([www.azoo.hr/.../Europski\\_prirucnik\\_prevencija\\_pusenja\\_alkohola\\_droga](http://www.azoo.hr/.../Europski_prirucnik_prevencija_pusenja_alkohola_droga) ).

Povezanost zainteresiranih sudionika određene politike doprinosi stvaranju zagovaratске koalicije. Formiranje tijela koje će adekvatno i učinkovito moći koordinirati provedbom politike prevencije pojave pijenja alkohola kod maloljetnika na lokalnoj razini od ključne je važnosti da bi se moglo osigurati provođenje učinkovite strategije djelovanja te donošenje modela učinkovite evaluacije.

U stvaranju učinkovite politike važno je identificiranje svih dionika, njihovo umrežavanje te stvaranje koalicijskog odnosa. Što je često otežano s obzirom na različite stupnjeve moći koju pojedini akteri mogu imati u donošenju odluka. Kako bi određena inicijativa zaživjela, nužno je ozračje povjerenja i zajedničkog djelovanja svih aktera u postavljanju, praćenju te vrednovanju definiranih ciljeva. Nadalje, važno je istaknuti da uključivanje prevelikog broja dionika politike može rezultirati vremenskim osipanjem zainteresiranih i motiviranih aktera politike. Iz navedenog razloga značajnije je formiranje manjeg broja motiviranih aktera koji će utjecajnije djelovati.

Učinkovite preventivne strategije uključuju procjenu potreba kao i već postojećih resursa na lokalnim razinama, kao početne faze planiranja i provedbe određene strategije. Nužni su koraci identificiranja rizičnih i začetnih čimbenika pojedinih lokaliteta te postojećih resursa i servisa, ali i propusta u njima. Kada je riječ o procjenama potreba na određenom lokalitetu na kojem se želi implementirati određena politika prevencije pijenja alkohola kod mladih, potrebno je (Mihić, 2008):

- Upoznati se sa znanstvenim istraživanjima populacije određenog lokaliteta ključnima za fenomen pijenja alkohola kod mladih
- Provesti analizu dostupnih epidemioloških podataka o pojavi pijenja alkohola kod mladih koje redovito prate resori obrazovanja, zdravstva, policije, sudstva i socijalne skrbi

- Provesti fokus grupe s mladima, stručnjacima i građanima kako bi se dobio kvalitativan uvid u problematiku pijenja alkohola kod mladih na određenom lokalitetu.

Procjena resursa može uključivati stvaranje liste te opis institucija i programa koji su svojim aktivnostima, također, usmjereni na prevenciju pijenja alkohola kod mladih. Detekcija i suradnja svih resora koji djeluju u prevenciji istog fenomena na istom lokalitetu uvećava snagu djelovanja te povećava vjerojatnost pozitivnih ishoda (Mihić, 2008).

U fazi stvaranja prioriteta važno je voditi se rezultatima prethodnih koraka, posebice, koraka procjene potreba. Na taj je način moguće djelovanje usmjeriti na one aktivnosti koje su u određenom razdoblju najnužnije. Isto tako treba naglasiti da je prioritete u nekom vremenskom razdoblju, također, moguće mijenjati sukladno potrebama lokaliteta. Iz definiranih prioriteta i implementacija određenih preventivnih programa. Sukladno potrebama i mogućnostima određenih lokaliteta implementirati se mogu na lokalitetu već provedeni znanstveno-utemeljeni programi prevencije alkohola kod mladih, ali i programi koji su se pokazali učinkoviti na nekim drugim lokalitetima. Također, nužno je i unapređenje već postojećih preventivnih programa na određenom lokalitetu kako bi se zadovoljili kriteriji znanstvene utemeljenosti te da se na taj način postigne veća učinkovitost (Mihić, 2008).



## 4. ZAKLJUČAK

Alkoholizam kod mladih iznimno je velik problem u brojnim društvima među kojima se ubraja i hrvatsko društvo. Statistički podaci ukazuju da mladi sve ranije počinju konzumirati alkohol te da je konzumacija alkohola kod mladih postala sve češća. Riječ je o društvenom problemu koji se u jednu ruku tolerira što znači da se mladi vrlo često s konzumiranjem alkohola susreću u obiteljima gdje odrastaju u okruženju koje konzumira alkoholna pića.

Iz navedenog razloga važno je problem konzumiranja alkohola gledati u kontekstu društvenog problema koji treba rješavati na svim razinama. Rješavanje ovog problema, svakako, bi trebalo započeti u obitelji. Djecu već u najranijoj dobi treba educirati te na njih treba preventivno djelovati. Navedeno znači da djeca u predškolskoj dobi moraju znati što je prihvatljivo, a što nije prihvatljivo ponašanje.

Preventivno djelovanje moralo bi se kontinuirano provoditi u obitelji, ali i u predškolskim ustanovama. Takvim pristupom djeci sigurno bi se smanjila popularnost alkohola među mladima. No, osim u predškolskoj dobi, mlade treba educirati i u školama, u sklopu društvenih zajednica u kojima žive te u medijima.

Svaka tolerancija na pijenje alkoholnih pića ostavlja negativan dojam na mlade ljude. Stoga je važno uključiti sve društvene čimbenike kako bi se stvorilo okruženje u kojem se pijenje alkohola ne tolerira, odnosno kako bi se mladima, posebno maloljetnicima zabranilo kupovanje i konzumiranje alkohola na javnim mjestima. Poticajno okruženje nužno je da bi se mijenjalo društvo i stav mladih prema alkoholu.

# LITERATURA

## Knjige i članci

1. Dawson D. A., Archer, L. (1992). *Gender differences in alcohol consumption: effects of measurement*. British journal of addiction 87(1):119-23.
2. Emslie, C., Hunt, K., Macintyre, S. (2002). How similar are the smoking and drinking habits of men and women in non-manual jobs? *Eur J Public Health*, 12:22-8.
3. Hahn, E. J., Simpson, M. R., Kidd, P. (1996). Cues to parent involvement in drug prevention and school activities, *Journal of School Health*, 66(5), 165-169.
4. Hahn, E. J., Hall, L. A., Rayens, M. K. (2000). Kindergarten children's knowledge and perception of alcohol, tobacco, and other drugs, *Journal of School Health*, 70 (2), 51-55.
5. Harper, C., Dixon, G., Sheedy, D., Garrick, T. (2003). Neuropathological alterations in alcoholic brains. Studies arising from the New South Wales tissue resource centre. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 27:951-61.
6. Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L., Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade program interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional nad Behavioral Disorders*, 9, 146-160.
7. Itković, Z., Boras, S. (2004). Zlouporaba alkohola kao rizični čimbenik suicidalnog ponašanja adolescenata. *Acta Ladet* 1, 33-43.
8. Ivandić Zimić, J. (2011). Rizični čimbenici za pojavu ovisnosti o drogama s naglaskom na čimbenike u obiteljskom okruženju. *Kriminologija i socijalna integracija*, 19 (1), 65-80.
9. Mihić. J. (2008). Prevencija pijenja alkohola kod mladih - moguća *policy* rješenja implementirana na lokalnoj razini i iskustva Istarske županije. *Kriminologija i socijalna integracija*, 16(2), 1-124.
10. Pransky, G. (1998). *The Renaissance of Psychology*. New York: Sulzburger and Graham.
11. Schweinhart, L., Barnes, H., Weikart, D. (1993). *Signifivant Benefits: The High/ Scope Perry Preschool Study Throuhg Age 27*, Ypsilanti, M, High/Scope Press
12. Štifanić, M. (1995). *Alkoholizam i društvene znanosti*. DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB 18-19/4 br.4-5,STR.703-719.
13. UN, A/36/215, rezolucija 36/28, 1981.
14. Uvodić-Đurić, D. (2007). *Mladi i alkohol*. Čakovec: Autonomni Centar – ACT

15. Žarković Palijan, T. (2004). *Značajke osobnosti alkoholičara počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela*: doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet
16. Werner, E., Smith, R. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from Birth to Adulthood*. New York: Cornell University Press.

#### Internet izvori

1. [www.zdravstvo.com/alkoholizam/radovi/edukacija.htm](http://www.zdravstvo.com/alkoholizam/radovi/edukacija.htm)
2. [http://www.dzs.hr/Hrv/publication/studije/Studije-i-analize\\_106.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv/publication/studije/Studije-i-analize_106.pdf)
3. [http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/FocusGroupsFullReportFemaleAges19to29\\_FINAL.pdf](http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/FocusGroupsFullReportFemaleAges19to29_FINAL.pdf)
4. [www.mup.hr/UserDocsImages/PU\\_PG/AKCIJE/aim.pdf](http://www.mup.hr/UserDocsImages/PU_PG/AKCIJE/aim.pdf)
5. <http://klasrednjaci.webhr.biz/razvoj%20alkoholizma.html>
6. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/lijekovi-droge-i-ovisnost/alkoholizam>
7. [www.azoo.hr/.../Europski\\_prirucnik\\_prevenција\\_pusenja\\_alkohola\\_droga](http://www.azoo.hr/.../Europski_prirucnik_prevenција_pusenja_alkohola_droga)
8. [http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245\\_4980.htm](http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245_4980.htm)
9. [http://www.hzz.hr/DocSlike/Nacionalni\\_program\\_za\\_mlade\\_2009-2013.pdf](http://www.hzz.hr/DocSlike/Nacionalni_program_za_mlade_2009-2013.pdf)
10. <http://www.24sata.hr/news/karta-alkoholizma-najvise-piju-dalmatinci-najmanje-slavonci-412721>
11. [www.mup.hr/UserDocsImages/PU\\_PG/AKCIJE/aim.pdf](http://www.mup.hr/UserDocsImages/PU_PG/AKCIJE/aim.pdf)
12. <http://www.dzs.hr/>
13. [www.espad.org/](http://www.espad.org/)
14. <http://www.zdravstvo.com/alkoholizam/radovi/pajevic.htm>

## **POPIS SLIKA**

Slika 1: Jellinekova shema razvoja alkoholizma.....	8
Slika 2: Karta alkoholizma u Hrvatskoj .....	19

## **POPIS TABLICA**

Tablica 1: Rizično pijenje alkohola.....	5
Tablica 2: Faze razvoja alkoholizma.....	6
Tablica 3: Usporedba ovisnosti o alkoholu između MKB-10 i DSM-IV .....	11
Tablica 4: Funkcije državne preventivske politike.....	26