Ovisnost o alkoholu u ženskog spola

Šunić, Iva

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:165249

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij medicine

Iva Šunić

OVISNOST O ALKOHOLU U ŽENSKOG SPOLA

Diplomski rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek te Katedri za psihijatriju Medicinskog fakulteta u Osijeku.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Dunja Degmečić, dr. med.

Rad ima 28 listova, 5 tablica i 1 sliku.

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1. Definicija alkohola 1
1.2. Povijest alkoholizma 1
1.3. Epidemiologija 1
1.3.1. Epidemiologija u svijetu 2
1.3.2. Epidemiologija u Hrvatskoj 2
1.4. Etiologija 2
1.5. Metaboličke osobitosti alkohola 3
1.6. Klinička slika 3
1.6.1. Somatski simptomi 3
1.6.2. Psihičke i socijalne posljedice 4
1.7. Dijagnoza 5
1.7.1. Intervju s osobom ovisnom o alkoholu 5
1.7.2. Fizikalni pregled 5
1.7.3. Labaratorijska dijagnostika 6
1.8. Terapija 6
1.8.1. Psihoterapija 6
1.8.2. Farmakoterapija 7
1.9. Prevencija 7
2. Hipoteza 8
3. Ciljevi 9
4. Bolesnici i metode 10
4.1. Ustroj studije 10
4.2. Ispitanici 10
4.3. Metode 10

4.4. Statističke metode 10
5. Rezultati 11
5.1. Demografske karakteristike ispitanika 11
5.2. Incidencija ispitanika tijekom razdoblja od 2010. do 2015. godine, prema spolu 12
5.3. Prikaz demografskih karakteristika ispitanika prema spolu 13
5.4. Učestalost primjene lijekova, ukupna i prema spolu 14
5.5. Komorbiditetne dijagnoze 16
6. Rasprava 19
7. Zaključak 22
8. Sažetak 24
9. Summary 25
10. Literatura 26
11. Životopis 28

1. Uvod

1.1. Definicija alkohola

Iako je kultura pijenja alkohola prisutna od najranijih ljudskih civilizacija, jasna definicija alkoholizma i danas je za mnoge, kako laike, tako i stručnjake u području medicine i psihologije, poprilično izazov. 1952. godine Svjetska zdravstvena organizacija definirala je alkoholizam kao bolest, a alkoholičara bolesnikom kod kojega se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavila psihička i fizička ovisnost (1). Važno je istaknuti kako je pri definiranju ovisnosti o alkoholu izuzetno bitan multidimenzionalni pristup koji za posljedice alkoholizma integrira one socijološkog i psihološkog karaktera te sudske medicine i brojnih drugih specijalističkih grana medicine.

1.2.Povijest alkoholizma

Od daleke povijesti i doba starih Rimljana pa sve do danas, alkohol je postao nezaobilazan dio ljudskog života, bilo da ga pojedinac neposredno konzumira prigodno, bilo da je u kontaktu s osobama koje ga konzumiraju, bilo preko različitih propagandi i reklama kojima je čovjek izložen putem medija. Kroz povijest, čovječanstvo je stvorilo nekoliko stavova u odnosu na trošenje alkoholnih pića, a koja podrazumijevaju apsolutno liberalan stav u odnosu na pijenje, zatim osuđivanje pijanstva i alkoholizma uz promoviranje društveno prihvatljive konzumacije alkohola te na koncu potpunu zabranu proizvodnje i potrošnje alkohola. Posljednje stoljeće obilježio je izraziti napredak u osnivanju raznih centara za liječenje ovisnosti o alkoholu, pa su tako šezdesetih godina prošlog stoljeća dignuti temelji današnjoj Klinici za psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti Kliničke bolnice „Sestre Milosrdnice“ (1).

1.3.Epidemiologija

S obzirom na poprilično broj neregistiranih i neliječenih ovisnika o alkoholu, realna brojka alkoholičara još je uvijek nepoznata, kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj. Također, kao otegotne okolnosti moguće je navesti i potencijalno različite kriterije u postavljanju dijagnoze ovisnosti o alkoholu. Bez obzira na navedeno, okvirne je brojke moguće prikazati zahvaljujući brojnim registrima te evidencijama udruga i klubova liječnih alkoholičara. Za razliku od apstinenata koji su to postali liječenjem ovisnosti o alkoholu, postoje i takozvani primarni apstinenti koji nisu nikada okusili alkohol te je takvih svega 2 do 8 % (13).

1.3.1. Epidemiologija u svijetu

Trošenje je alkoholnih pića društveno prihvatljivo u pojedinim kulturama, a u nekima je ono apsolutno zabranjeno, primjerice muslimanskim zemljama. Konzumacija alkohola u svijetu bilježi porast od druge polovice 20. stoljeća. Klubovi anonimnih alkoholičara, po nekim istraživanjima, već su osamdesetih godina prošlog stoljeća bilježili pojavnost čak 30 % žena, dok je alkoholizam zauzeo visoko četvrto mjesto psihijatrijskih poremećaja u žena dobi između 18 i 24 godine (2).

1.3.2. Epidemiologija u Hrvatskoj

Prema podatcima HZJZ, konzumacija alkohola u Hrvatskoj počinje vrlo rano, već u doba rane adolescencije, pa je tako 2015.godine registrirano 7976 slučajeva u izvanbolničkoj djelatnosti hitne medicinske pomoći u Hrvatskoj, pod šiframa F10 po MKB (Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimnjem alkohola), od čega su 881 slučaj u dobi od 7 do 19 godina (2). Ipak, najveći je broj slučajeva u dobi od 20 do 64 godine života, pri čemu prednjače muškarci (5132 slučaja u odnosu na 1069 žena) (2). Prema broju korištenih dana bolničkog liječenja mentalni su poremaćaji na prvom mjestu (23,7 %), od čega prednjače poremećaji uzrokovani alkoholom s 18,2 %. Ipak, poremećaji uzrokovani alkoholom drugi su po broju korištenja dana bolničkog liječenja, nakon shizofrenije (2). Što se tiče broja dana bolničkog liječenja, situacija je vrlo slična i u 2010. godini, kada su duševni poremećaji bili na prvome mjestu s 23,6 %, od čega su slučajevi shizofrenije (31,4 %) daleko ispred poremećaja uzrokovanih alkoholom koji participiraju s 13,1 % u ukupnom postotku mentalnih poremećaja (3). Navedene nas statistike navode na zaključak kako su u razdoblju od 2010. do 2015. godine, u Republici Hrvatskoj duševni poremećaji, uz moguće oscilacije, na vrhu piramide pokorištenju dana bolničkog liječenja, pri čemu su poremećaji uzrokovani alkoholom na drugom mjestu.

1.4.Etiologija

Etiologija ovisnosti o alkoholu poprilično je kompleksno područje u kojemu se ispresijeca nekoliko hipoteza čija su uporišta u biološkom, psihološkom i socijalnom aspektu čovjekova života. Postoji poveći broj teorija koje nastoje opisati alkoholizam kao genetički uvjetovani poremećaj, odnosno integraciju razlika u ponašanju pri pijenju alkohola, osjetljivosti mozga te metaboličkih osobitosti svojstvenih pojedincu. Gledano s psihološke strane, težište problema stavljeno je na oralnu fiksaciju što kasnije rezultira infantilizmom, narcisoidnošću i

pasivnošću (1). Socijološke teorije nastoje objasniti utjecaj društva na razvoj alkoholne ovisnosti, počevši od modela zajednice u kojemu ljudi žive pa sve do profesije i problema u obitelji. Tako će, primjerice, u patrijarhalnim društvima pijenje alkohola biti prihvatljivo za muškarce, dok će ženama ono biti zabranjeno, a profesije koje podrazumijevaju neposredan doticaj s alkoholom ili osobama koje uživaju trošenje alkohola povećavati će rizik za razvoj poremećaja uzrokovanih alkoholom kod predisponiranih osoba.

1.5.Metaboličke osobitosti alkohola

Apsorpcija alkohola zbiva se preko sluznice usne šupljine, želudca i u gornjem dijelu tankog crijeva. Sam proces apsorpcije vrlo je brz pa se može detektirati u krvi kroz nekoliko minuta. Bitan čimbenik koji određuje brzinu apsorpcije je prisutnost hrane. Ukoliko je želudac prazan, apsorpcija će se odvijati brže. Drugi čimbenik koji pridonosi apsorpciji jest količina masnog tkiva budući da se alkohol ravnomjerno raspoređuje po tijelu. 90% apsorbiranog alkohola metabolizira se u jetri na tri načina – alkoholnom dehidrogenazom, citokromom P-450 i katalazom peroksisoma (4). 10 % alkohola izlučuje se iz tijela nepromijenjeno, u izdahnutom zraku ili mokraćom. U prosjeku se metabolizira otprilike 150mg alkohola po kilogramu tjelesne mase na sat, dok kronični alkoholičari u tom istom satu mogu metabolizirati puno veće količine alkohola, uz preduvjet da nemaju teško oštećenje jetre (1, 4). Alkohol također inducira sustav enzima citokrom P-450 što za posljedicu može imati povećanu toksičnost nekih lijekova na organizam.

1.6.Klinička slika

Konzumacija alkoholnih pića ima akutne i kronične učinke. U oba slučaja, učinci ovise o količini alkohola unešenog u organizam, međutim, kod kroničnog alkoholizma određena količina alkohola s vremenom postaje insuficijentna, tj.stvara se tolerancija na alkohol, stoga su potrebne veće količine istoga kako bi izazvale učinke. Učinci, pak, mogu biti psihički ili tjelesni.

1.6.1. Somatski simptomi

Akutni učinak alkohola pri koncentraciji od 0,5 promila u krvi umanjuje moć rasuđivanja, finu motoriku i brzinu reakcije, no još je uvijek poprilično teško prepoznatljiv. Nešto veće doze alkohola u krvi , primjerice 2,5 promila vrlo su lako uočljive i karakteristične za takozvanu akutnu intoksikaciju alkoholom koju obilježava crvenilo lica, ataksija, disartrija, nistagmus, povraćanje i dvoslike (4). Važno je napomenuti kako akutna intoksikacija

alkoholom može nastati i uslijed konzumacije manje količine alkohola kombinirane uzimanjem lijekova poput sedativa. Kronični su alkoholičari uslijed dugotrajnog uzimanja alkohola razvili oštećenja brojnih organskih sustava koja su dovela do brojnih multiorganskih komorbiditetnih dijagnoza. To su primjerice ciroza jetre koja na koncu dovodi do zatajenja i disfunkcije toga organa. Veliki broj alkoholičara, uslijed iritacije sluznice jednjaka i želuca, razvija i kliničke slike gastritisa, ulkusa i ezofagitisa. Megaloblastična anemija nastaje posljedično smanjenoj apsorpciji folata i vitamina B12, a često se javlja u izrazito pothranjenih alkoholičara. Nemali broj pacijenata razvija i simptomatologiju upale gušterače, dilatiranu kongestivnu kardiomiopatiju te pripadajuće poremećaje srčanoga ritma. Promjene koje zahvaćaju središnji živčani sustav obuhvaćaju široku paletu kliničkih ispoljavanja. To su primjerice slabovidnost, kao posljedica manjka vitamina A, periferna neuropatija i Wernicke–Korsakovljeva psihoza , kao posljedica manjka tiamina te delirium tremens, akutna psihoza koju karakterizira životna ugroženost, a obilježava dehidracija, tremor, pojava halucinacija i inkoherentan govor (1, 4). Dugotrajno uživanje u alkoholnim pićima može dovesti do razvoja tzv. alkoholne epilepsije koja se liječi antiepilepticima te benzodiazepinima (1).

1.6.2. Psihičke i socijalne posljedice

Mimo već spomenutoga delirium tremensa, ovisnici o alkoholu s vremenom razvijaju niz psihičkih poremećaja koji na koncu dovode do socijalnih posljedica, u smislu da postaju radno nesposobni, autodestruktivni, skloni izražavanju agresije prema okolini, osobito obitelji, općenito govoreći, razvijaju socijalni hendikep. U psihičke poremećaje spada i alkoholna halucinoza koja može trajati od nekoliko sati pa do nekoliko dana ili tjedana, a obilježena je očuvanom sviješću, dobrom orijentacijom te halucinacijama, najčešće, slušne naravi. Patološka ljubomora javlja se, gotovo isključivo, kod muškaraca u kasnijim fazama alkoholizma, pri čemu partner postaje izrazito agresivan prema svojoj partnerici. Korsakovljeva psihoza teški je psihički poremećaj obilježen progresivnom polineuropatijom i demencijom koja zahvaća sve oblike pamćenja, počevši od sjećanja na nešto ili nekoga pa do sjećanja kome je ta informacija ili saznanje bilo prenešeno (5). Poremećaj ponašanja koji je još uvijek reverzibilan i, ukoliko se počne na vrijeme s adekvatnom terapijom, izlječiv, naziva se intermedijarni alkoholni sindom. Opće je poznata korelacija između depresije i alkoholizma, pri čemu ove dvije dijagnoze mogu biti u obostranoj uzročno–posljedičnoj vezi, no ono što je alarmantno učestali su pokušaji suicida kod ovih bolesnika zbog čega je potrebno na vrijeme uvesti u terapiju antidepresive (1).

1.7.Dijagnoza

Pri postavljanju dijagnoze kroničnog alkoholizma treba biti oprezan, posebice kod postavljanja granice između umjerenog potrošača alkoholnih pića te kroničnog alkoholičara. Mnogi čimbenici utječu na te razlike, a to su u prvom redu već spomenuti kulturološki aspekti života. Nezanemariv doprinost točnom postavljanju dijagnoze daje i sam pacijent svojom iskrenošću pa ukoliko postoji opravdana sumnja da pacijent ne daje istiniti iskaz, preporučljivo je uzeti i heteroanamnezu.

1.7.1. Intervju s osobom ovisnom o alkoholu

Pri uzimanju anamneze od osobe kod koje sumnjamo na kronični alkoholizam treba biti pažljiv i obziran, imajući u vidu mogućnost bolesnikove neiskrenosti, stida i straha od osude. Od iznimne je važnosti ostvariti odnos temeljen na povjerenju prema liječniku te doživjeti liječnika kao stručnjaka koji će mu pomoći u rješavanju njegova problema. Na samom početku intervjua potrebno je da se liječnik predstavi pacijentu i s njime uspostavi odnos te mu priopći kako bi mu želio postaviti nekoliko pitanja kojima bi ocijenio njegovu naviku pijenja alkoholnih pića. Pri uzimanju anamneze potrebno je pitati za količnu popijenog pića, vrstu pića, mjesto pijenja, vrijeme pijenja te početak i trajanje konzumiranja alkohola. Da bi se nekome dijagnosticirao kronični alkoholizam, prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, potrebno je da zadovoljava tri od navedenih sedam kriterija : kompulzija uzimanja alkohola ili žudnja, primarnost pijenja alkohola nad drugim aktivnostima, stereotipni uzorak pijenja, povećana tolerancija na alkohol, apstinencijski simptomi, pijenje alkohola dovodi do olakšanja zbog izbjegavanja simptoma apstinencije, recivdiv nakon uspostavljanja apstinencije. Nužno je, također, da se javljaju u bilo koje doba unazad posljednjih 12 mjeseci. Osim anamneze uzimanja alkohola, pacijenta je potrebno priupitati o postojanju drugih komorbiditetnih dijagnoza koje su se mogle razviti posljedično uzimanju alkohola, kao što su ulkus želuca, pankreatitis, srčane tegobe i bolest jetre (6). Po završetku intervjua pacijentu se daje povratna informacija i stručan uvid u njegovo zdravstveno stanje te mu se zahvaljuje na suradnji.

1.7.2. Fizikalni pregled

S obzirom na tijek uzimanja alkohola te količine popijenoga, neminovno je kako će to odraziti i na fizički izgled čovjeka. Mnogi alkoholičari nakon izvjesnog vremena postanu asocijalni, neadaptirani na svakodnevne situacije, zanemaruju vlastitu higijenu i izgled te prestanu

brinuti o zdravlju. Pri prvom kontaktu s alkoholičarom, inspekcijom dobivamo uvid u njegovo opće stanje, koje je često narušeno u smisu teže kaheksije i zapuštenosti. Kod kroničnih alkoholičara koji dugi niz godina uživaju u alkoholu moguć je razvoj ascitesa kao komplikacije ciroze jetre pa će takvi bolesnici imati upadljivo povećani opseg trbuha, a njega se dijagnosticira perkusijom i pokusom undulacije te ultrazvukom. Lice je često podbuhlo i crveno, s upadljivim čvorastim nosom, rinofimom. Česta promjena na koži je i pelagra, avitaminoza koja se liječi uravnoteženom prehranom i suplementima vitamina (7). Kratkim neurološkim pregledom može se utvrditi postojanje potencijalnih lateralizacija i neuroloških ispada. Alkoholna polineuropatija karakteriziran je hodom s blago raširenim nogama, a nerijetko se javlja trnjenje i grčevi u udovima. Ukoliko počnu ispoljavati apstinencijske simptome, postaju tremorozni, živčani, razdražljivi, gube koncentraciju i pažnju, a od tjelesnih simptoma moguća je pojava mučnine ili povraćanja, tahikardije, znojenja i povišenog krvnog tlaka (8).

1.7.3. Labaratorijska dijagnostika

Najznačajniji pokazatelj u osoba kod kojih se sumnja na ovisnost o alkoholu je enzim gama–glutamiltransferaza. On pokazuje funkciju jetre te u visokim vrijednostima (5 do 30 puta veće od referentnih vrijednosti) upućuje na, između ostaloga, alkoholnu etiologiju. Megaloblastična anemija, koja nastaje uslijed deficita folata i vitamina B, također može pripomoći u potvrđivanju alkoholne ovisnosti kod suspektnih pacijenata, a u laboratoriju ju možemo detektirati kao makrocitnu anemiju. Ukoliko se utvrdi postojanje megaloblastične makrocitne anemije može se napraviti pretraga analize folata i kobalamina u serumu, a ukoliko su isti u manjku, stepenicu smo bliže postavljanju dijagnoze kroničnog alkoholizma, iako i tu treba biti oprezan zbog mogućnosti postojanja lažno negativnih, odnosno lažno pozitivnih nalaza (4).

1.8.Terapija

U Hrvatskoj je najpoznatiji model liječenja ovisnosti o alkoholu Hudolinov socijalno-psihijatrijski postupak. On se sastoji od psihoterapije, obiteljske terapije, edukacije, farmakoterapije i kluba liječenih alkoholičara.

1.8.1. Psihoterapija

Psihoterapijski pristup može biti individualni ili grupni. U liječenju alkoholizma uspješniji se pokazao grupni model psihoterapije. Obiteljska terapija predstavlja jedan od ključnih koraka

ka odvikavanju. Važno je upoznati članove obitelji pacijenta s problemom alkoholizma, ali i dati im uvid kako to nije problem samo i isključivo pacijenta, već čitave obiteljske zajednice. Klubovi liječenih alkoholičara predstavljaju zajednice bolesnika ovisnih o alkoholu, ali i njihovih obitelji, koje u interakciji s pacijentima i stručnim osobljem sudjeluju u procesu odvikavanja od alkohola, u trajanju od najmanje pet godina. Zanimljive su brojke koje govore kako je jednogodišnja apstinencija u klubovima anonimnih alkoholičara čak 60-70 % (1).

1.8.2. Farmakoterapija

Važno je reći kako ne postoji lijek koji će osobu izliječiti od alkoholizma. Za to je nužna doživotna apstinencija, potpuni uvid u bolest i njezine posljedice te promjena stila života (9). Međutim, odgovorno trošenje adekvatne terapije održava apstinenciju. Tako će, primjerice, disulfiram, u kombinaciji s alkoholom dovesti do crvenila lica, glavobolje, mučnine i povraćanja, pada tlaka te gušenja. On inhibira razgradnju alkohola na razini acetaldehida koji se, kao takav, nakuplja u krvi i dovodi do spomenutih simptoma pa kod bolesnika stvara strah od kombiniranja istoga s alkoholom. Kod trijeznog čovjeka nema nikakvog učinka (1, 9). Većini pacijenata ordinara se detoksikacijska terapija koja podrazumijeva uzimanje kompleksa vitamina B i C te se sugerira uzimanje raznih komercijalnih pripravaka za detoksakciju jetre. Nerijetko se bolesnicima s dijagnozom kroničnog alkoholizma prepisuju i anksioloitici, posebice diazepam iz skupine benzodiazepina, a kako popriličan broj pacijenata u komorbiditetnim dijagnozama, boluje i od depresije, antidepresivi su također na vrhu liste propisivanih lijekova (10).

1.9.Prevencija

Kako bi prevenirali povećanje broja alkoholičara, nužno je krenuti od vlastite obitelji te podučavati o štetnom utjecaju alkohola i njegovim posljedicama, kako na organizam, tako i na okolinu. Epidemiološki podatci pokazuju kako mladi sve ranije počinju s konzumacijom alkoholnih pića, i to najčešće u društvu vršnjaka kako bi se uklopili u kolektiv. Državne institucije kroz zakone o zabrani upravljanju motornim vozilima pod utjecajem alkohola nastoje smanjiti broj nesreća izazvanih od strane vozača u etiliziranom stanju. Brojnim propagandama ukazuje se na opasnost pijenja alkohola i vožnje. Brojne sportske organizacije te medicinske i socijalne službe, ali i mediji koji su danas izuzetno utjecajni, trebaju biti okosnica pri suzbijanju rizičnog ponašanja.

2. Hipoteza

Postoji trend porasta ovisnosti žena o alkoholu u posljednjih pet godina, u razdoblju od 2010. do 2015. godine.

3. Ciljevi

Cilj je istraživanja istražiti postoji li trend porasta ovisnosti o alkoholu u žena hospitaliziranih na Odjelu za psihijatriju KBC-a Osijek, u razdoblju od 2010. do 2015. godine. Specifični ciljevi su:

- Utvrditi točan broj žena s dijagnozom ovisnosti o alkoholu u razdoblju od 2010. do 2015. godine te ispitati postoji li povećanje broja hospitalizacija kroz navedeno razdoblje.

- Utvrditi omjer muškaraca spram žena s dijagnozom kroničnog alkoholizma.

- Utvrditi demografske karakteristike kao što su dob, spol, stručna sprema, radni status, bračni status i broj djece te karakteristike bolesti (duljina liječenja, broj hospitalizacija, vrsta lijekova koji su korišteni u liječenju alkoholizma te broj i narav komorbiditetnih dijagnoza) u bolesnika s dijagnozom kroničnog alkoholizma.

4. Bolesnici i metode

4.1.Ustroj studije

Studija je ustrojena kao retrospektivna kohortna studija (33). Podatci korišteni u ovom istraživanju prikupljeni su iz arhivskih spisa Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek, u vremenskom periodu od 1. 3. 2016. do 12. 5. 2016.godine.

4.2.Ispitanici

Ispitanici su pacijenti muškog i ženskog spola, u dobi od 19 do 75 godina, s glavnom dijagnozom F10, odnosno kronični alkoholizam, liječeni na Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u razdoblju od 1. 1. 2010. do 31. 12. 2015.godine. Ukupan broj ispitanika bio je tristošezdesetitri (N = 363).

4.3.Metode

Izvor podataka bile su povijesti bolesti pacijenata s glavnom dijagnozom kroničnog alkoholizma od 2010. do 2015. godine, pohranjene u arhivu Klinike za psihijatriju KBC-a Osijek. Za prikupljanje podataka sastavljen je upitnik sa sljedećim podacima o pojedinom pacijentu: dob, spol, bračni status, broj djece, stručna sprema, radni odnos, tijek liječenja, broj hospitalizacija, vrsta terapije te broj i vrsta komorbiditetnih dijagnoza. Svi podatci bilježeni su tako da sačuvaju anonimnost pacijenata, a u radu su, nakon statističke obrade, sumirani.

4.4.Statističke metode

Podaci su statistički obrađeni u računalnom programu SPSS (inačica 16). Kategorijski podaci deskriptivno su prikazani pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija, dok su numerički koji su pokazivali normalnu distribuciju prikazani pomoću aritmetičke sredine i standardne devijacije, a u protivnom pomoću medijana, prve i treće kvartile. Razlike među kategorijskim varijablama su ispitane pomoću $\chi 2$ testa i Fisherovog egzaktnog testa, dok su razlike među numeričkim varijablama s normalnom distribucijom ispitane pomoću Studentovog t-testa. Razlike među numeričkim varijablama koje nisu pokazivale normalnu distribuciju ispitane su pomoću Mann Whitney U testa. Analiza trenda tijekom godina učinjena je linearnom regresijskom analizom, čiji je ishod jednadžba kojom se trend opisuje. Razina statističke značajnosti određena je za $p<0.05$.

5. Rezultati

5.1.Demografske karakteristike ispitanika

Tablica 1. sadrži prikaz demografskih podataka o ispitanicima. Od ukupnog broja ispitanika koji iznosi 363, 86,78 % je muškaraca, a 13,22 % žena, prosječne dobi 50,18 (11,21) godina. Prema bračnom statusu najviše je oženjenih pacijenata (44,63 %), a najmanje udovaca (5,79 %). Najveći broj ispitanika ima dvoje djece (39.12 %) ili ih nema uopće (24,52 %). Većina ispitanika ima srednje stručno obrazovanje (65,88 %). Prema radnom statusu, većina su umirovljenici (43,21 %) ili nezaposleni (33,52 %), a na temelju broja hospitalizacija najviše je onih koji su prvi puta hospitalizirani (35,88 %), dok je recidivista s više od pet hospitalizacija 12,71 %. Medijan tijeka liječenja iznosi 3 godine. Detaljniji uvid u demografska obilježja ispitanika može se dobiti u, već spomenutoj, tablici 1.

Tablica 1. Demografske karakteristike ispitanika

		N	%	P
Spol	M	315	86,78	<0,001
	Ž	48	13,22	
Dob	50,18 (11,21)			
Bračni status	Slobodan	81	22,31	<0,001
	U braku	162	44,63	
	Razveden	99	27,27	
	Udovac	21	5,79	
Broj djece	0	89	24,52	<0,001
	1	75	20,66	
	2	142	39,12	
	>2	57	15,7	
Razina obrazovanja	Nezavršena OŠ	33	9,71	<0,001
	NSS	53	15,59	
	SSS	224	65,88	
	VŠS	3	0,88	
	VSS	27	7,94	

Radni status	Nezaposlen	121	33,52	
	Umirovljenik	156	43,21	
	Zaposlen	84	23,27	
Broj hospitalizacija	1	127	35,88	<0,001
	2	69	19,49	
	3	65	18,36	
	4	28	7,91	
	5	20	5,65	
	>5	45	12,71	
Tijek liječenja (u godinama)	3 (1 – 8)			

5.2.Incidencija ispitanika tijekom razdoblja od 2010. do 2015. godine, prema spolu

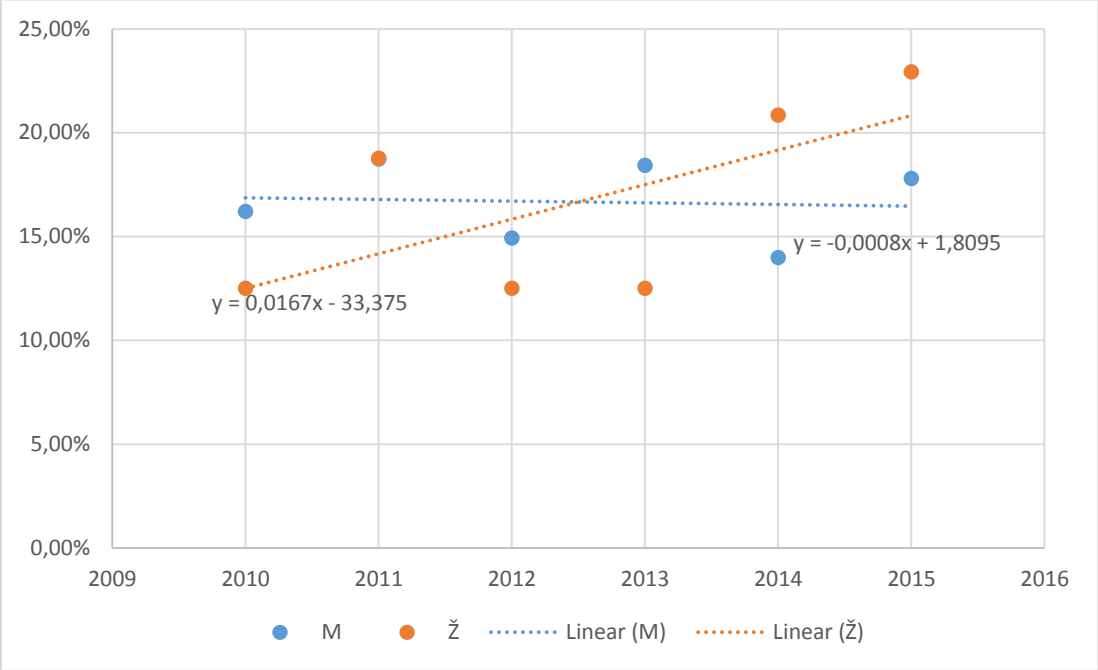
Prema jednadžbi linearne regresije vidljivo je kako u slučaju ženskog spola postoji pozitivan trend rasta (b=0,0167 %, p=0,158), za razliku od muškog spola gdje postoji trend stagnacije (b=-0,0008 %, p=0,872), iako niti u jednom slučaju regresijska jednadžba nije statistički značajna.

Tablica 2. Incidencija ispitanika tijekom razdoblja od 2010.do 2015. godine, prema spolu

	Muškarci		Žene		
Godina	N	%	N	%	P
2010.	51	16,19	6	12,50	0,658
2011.	59	18,73	9	18,75	
2012.	47	14,92	6	12,50	
2013.	58	18,41	6	12,50	
2014.	44	13,97	10	20,83	
2015.	56	17,78	11	22,92	

Slika 1. Grafički prikazuje diskontinuirani rast ovisnosti o alkoholu u žena, pri čemu je u 2011. godini vidljiv zamjetan skok, u odnosu na prethodnu godinu, u povećanju broja

hospitaliziranih žena. Nakon toga slijedi period stagnacije od dvije godine pa u 2014. godini opet raste broj hospitaliziranih žena s dijagnozom F10, a svoj vrhunac doživljava 2015. godine s gotovo 23 % hospitalizacija od ukupnog broja hospitalizacija kroz navedeni period (2010. - 2015.) .



Slika 1. Tijek incidencija alkoholizma po spolu tijekom razdoblja od 2010. do 2015. godine

5.3. Prikaz demografskih karakteristika ispitanika prema spolu

Tablica 3. sadrži prikaz usporedbi općih i socijalnih čimbenika prema spolu. Statistički značajna razlika je pronađena u bračnom statusu, gdje je vidljivo kako je više oženjenih muškaraca u odnosu na žene (m=46,98 %, ž=29,17 %), dok je više žena razvedeno (41,67%) u odnosu na muškarce (25,08%). Također je uočeno da je više udovica (18,75 %) u odnosu na udovce (3,81 %). Razlika je prisutna i u obrazovanju, gdje je vidljivo kako više žena u odnosu na muškarce nema završenu osnovnu školu, a muškaraca je više sa srednjom spremom u odnosu na žene (p=0,012). Prema radnom statusu više je nezaposlenih žena (50 %) u odnosu na muškarce (30,99 %), dok je muškaraca više i u mirovini (44,73 %) i zaposleno (24,28 %) u odnosu na žene, p=0,034. Prema tijeku liječenja, nije pronađena statistički značajna razlika (p=0,658), medijan duljine liječenja muškaraca iznosio je 3 godine, a žena 2,5 godine.

Tablica 3. Prikaz demografskih podataka s obzirom na spol

		Muškarci		Žene		P
		N	%	N	%	
Dob		50,01 (11,04)		51,33 (12,33)		0.446*
Bračni status	U braku	148	46,98	14	29,17	<0.001†
	Razveden	79	25,08	20	41,67	
	Udovac	12	3,81	9	18,75	
	Slobodan	76	24,13	5	10,42	
Razina obrazovanja	Nezavršena OŠ	22	7,48	11	23,91	0.012†
	NSS	46	15,65	7	15,22	
	SSS	200	68,03	24	52,17	
	VSS	24	8,16	3	6,52	
	VŠS	2	0,68	1	2,17	
Radni status	Nezaposlen	97	30,99	24	50,00	0.034**
	Umirovljen	140	44,73	16	33,33	
	Zaposlen	76	24,28	8	16,67	
Broj hospitalizacija	1	112	36,60	15	31,25	<0.001†
	2	58	18,95	11	22,92	
	3	52	16,99	13	27,08	
	4	26	8,50	2	4,17	
	5	20	6,54	0	0,00	
	>5	38	12,42	7	14,58	
Tijek liječenja (u godinama)		3 (1-8)		2,5 (0-8)		0.658ǂ

*Studentov t-test, †Fisherov egzaktni test, ††$\chi 2$ test, ǂMann Whitney U test

5.4.Učestalost primjene lijekova, ukupna i prema spolu

Istraživanje je pokazao kako se u liječenju pacijenata s dijagnozom F10 koristilo sve skupa 39 lijekova. Najčešće je korišten lijek, kod čak 264 pacijenta, diazepam, iz skupine benzodiazepina koji spadaju u anksiolitike. Drugi najpropisivaniji lijek je disulfiram, dok su

na posljednjem mjestu agomelatin i amitriptilin koji spadaju u kategoriju antidepresiva, klonazpam, benzodiazepin s antikonvulzivnim svojstvima, naltrekson poznatiji kao sredstvo koje se zbog svojih antagonističkih učinaka na opioidne receptore rabi pri predoziranju te nozinan iz skupine antipsihotika koji se inače koriste u liječenju shizofrenih poremećaja.

Tablica 4. Učestalost primjene lijekova s obzirom na spol te neovisno o spolu

	Muškarci		Žene		Ukupno	
Lijek	N	%	N	%	N	%
Diazepam	234	28,57	30	25,42	264	28,18
Disulfiram	98	11,97	17	14,41	115	12,27
Tianeptin	55	6,72	5	4,24	60	6,40
Zolpidem	53	6,47	6	5,08	59	6,30
Fluzepam	40	4,88	6	5,08	46	4,91
Promazin	40	4,88	5	4,24	45	4,80
Haloperidol	28	3,42	5	4,24	33	3,52
Sertralin	26	3,17	5	4,24	31	3,31
Karbamazepin	29	3,54	1	0,85	30	3,20
Mirtazapin	20	2,44	8	6,78	28	2,99
Valproat	25	3,05	3	2,54	28	2,99
Fluvoksamin	19	2,32	2	1,69	21	2,24
Lorazepam	16	1,95	3	2,54	19	2,03
Meprodil	12	1,47	5	4,24	17	1,81
Nitrazepam	15	1,83	1	0,85	16	1,71
Kvetiapin	11	1,34	1	0,85	12	1,28
Oksazepam	11	1,34	1	0,85	12	1,28
Venlafaksin	9	1,10	3	2,54	12	1,28
Alprazolam	10	1,22	1	0,85	11	1,17
Escitalopram	6	0,73	5	4,24	11	1,17
Biperiden	9	1,10	1	0,85	10	1,07
Paroksetin	8	0,98	0	0,00	8	0,85
Alprazolam	6	0,73	0	0,00	6	0,64
Lamotrigin	5	0,61	0	0,00	5	0,53
Midazolam	5	0,61	0	0,00	5	0,53

Sulpirid	4	0,49	1	0,85	5	0,53
Citalopram	4	0,49	0	0,00	4	0,43
Olanzapin	1	0,12	3	2,54	4	0,43
Fenobarbital	3	0,37	0	0,00	3	0,32
Flufenazin	3	0,37	0	0,00	3	0,32
Topiramat	3	0,37	0	0,00	3	0,32
Duloxetin	2	0,23	0	0,00	2	0,21
Levomepromazin	2	0,23	0	0,00	2	0,21
Odonazin	2	0,24	0	0,00	2	0,21
Agomelatin	1	0,12	0	0,00	1	0,11
Amitriptilin	1	0,12	0	0,00	1	0,11
Klonazepam	1	0,12	0	0,00	1	0,11
Naltrekson	1	0,12	0	0,00	1	0,11
Nozinan	1	0,12	0	0,00	1	0,11

5.5.Komorbiditetne dijagnoze

Tablica 5. prikazuje učestalost komorbiditetnih dijagnoza neovisno o spolu. Statističkom obradom došlo se do podataka kako je najčešća komorbiditetna dijagnoza uz kronični alkoholizam posttraumatski stresni poremećaj (F43.1) s 15, 4 %, a slijede ga akutno trovanje alkoholom (F10.0) s 13, 2 % te emocionalno nestabilna ličnost (F60.3) s 8, 6 %. Od dijagnoza koje zahvaćaju organske sustave valja uočiti nezanemarivu pojavnost hipertenzije (I10) sa 6, 9 % te bolesti jetre uzrokovane alkoholom (K70.9) s udjelom od 2, 2 %. Uočava se i prisutnost dijagnoza iz spektra konvulzivnih poremećaja od kojih je najčešća G40.0 ili epilepsija vezana uz određeno sijelo, idiopatska epilepsija i epilepsijski sindrom s napadajima lokaliziranog početka (4, 1 %). Zamjetljivo je, i za pretpostaviti, da je nekolicina bolesnika pokušala i suicid na što upućuju dijagnoze X61 te X78, tj. namjerno samootrovanje antiepilepticima, sedativima-hipnoticima, antiparkinsonicima i psihotropnim lijekovima (0, 8 %) te namjerno samoozljeđivanje oštrim predmetom (0, 8 %).

Tablica 5. Učestalost komorbiditetnih dijagnoza u ovisnika o alkoholu, neovisno o spolu

Dijagnoza	Frekvencija	Postotak (%)
F10.7	3	0, 8
K70.3	3	0, 8
F41.2	3	0, 8
E11	3	0, 8
E10	3	0, 8
X61	3	0, 8
X78	3	0, 8
F06	3	0, 8
F33.1	3	0, 8
F07	3	0, 8
F41.2	3	0, 8
F60	3	0, 8
G40.8	3	0, 8
G40.9	3	0, 8
F61	3	0, 8
F13.2	3	0, 8
K70	4	1, 1
F32.1	4	1, 1
K29.5	5	1, 4
G40.5	7	1, 9
K70.9	8	2, 2
F60.2	14	3, 9
F43.0	14	3, 9
G40.0	15	4, 1
F33.2	16	4, 4
F32.2	18	5, 0
F10.3	19	5, 2
F07.9	19	5, 2
I10	25	6, 9

F10.4	29	8, 0
F60.3	31	8, 6
F10.0	48	13, 2
F43.1	56	15,4

6. Rasprava

Ovo istraživanje imalo je za cilj istražiti postoji li u razdoblju od 2010. do 2015.godine, trend porasta ovisnosti o alkoholu u ženskoj populaciji te ispitati povezanost demografskih karakteristika kao što su dob, bračni status, broj djece, stručna sprema i radni status s pojavom ove dijagnoze. Također su se nastojali korelirati podaci o samoj bolesti, koji uključuju tijek liječenja u godinama, broj hospitalizacija, primjenjenu terapiju (broj i vrsta lijekova) te komorbiditetne dijagnoze, s pojavom kroničnog alkoholizma kod oba spola.

Na temu ovisnosti o alkoholu rađene su brojne studije koje nastoje utvrditi sveopću pojavnost ove dijagnoze u svijetu. Bez obzira na mnoge otegotne okolnosti koje su navedene prethodno u radu, gotovo sva istraživanja pokazuju dominantu prevalenciju muškog spola s dijagnozom F10 u posljednjih nekoliko desetaka godina (11). U ovome istraživanju ukupan broj ispitanika iznosio je 363, od kojih su 315 (86,78 %) muškaraca te 48 (13,22 %) žena. Navedena statistička činjenica potvrđuje gore spomenute rezultate svjetskih studija.

Za razliku od istraživanja koja opisuju opću pojavnost alkoholizma te prevalenciju muškog nad ženskim spolom (19), malo je onih koji opisuju pojavnost ovisnosti o alkoholu isključivo u ženskog spola. Ipak, neka istraživanja pokazuju proporcionalni porast ovisnika o alkoholu ženskog spola s porastom broja alkoholičara neovisno o spolu. Kako potrošnja alkohola u svijetu bilježi porast, s kraćim razdobljima stagnacije uvjetovanim raznim programima za suzbijanje alkoholizma, tako raste i broj kroničnih alkoholičara, a samim time i žena koje su ovisne o alkoholnim pićima. Statistički podaci upućuju na pozitivan trend rasta ove dijagnoze u osoba ženskog spola, za razliku od muškaraca kod kojih je u navedenom razdoblju od šest godina (2010. - 2015.) prisutan trend stagnacije, međutim bez veće statističke značajnosti. Ipak, zamjetno je kako je taj trend rasta diskontinuiran pa se tako posebno ističe 2011. godina koja odstupa po broju hospitalizacija žena s F10 dijagnozom u odnosu na prethodnu, ali i dvije sljedeće godine. Tek 2014. godine dolazi do upadljivog porasta broja ženskih kroničnih alkoholičara u odnosu na prethodne godine, a taj se trend nastavlja i u 2015. godini.

Demografske karakteristike kao što su bračni status i broj djece, poklapaju se s navodima iz literature. Većina je alkoholičara u braku, s prosječno dvoje djece, dok je manji broj njih rastavljen (1). Istraživanje je pokazalo da je čak 44,63 % ispitanika u braku, dok njih 39,12 % ima dvoje djece. Incidencija alkoholizma u žena ovisi i o socioekonomskim čimbenicima kao

što je i radni status pa su tako, po svjetskim istraživanjima, nezaposlene žene podložnije razvoju kronične ovisnosti (13) o alkoholu, što se također podudara s rezultatima ovog istraživanja.

Velika većina alkoholičara koji su procesu liječenja ima, mimo psihoterapije, farmakoterapiju, i to politerapiju. Među vodećim propisivanim lijekovima u svijetu svakako je disulfiram (15), koji se uglavnom kombinira s drugim psihofarmacima, između ostalog, opioidnim antagonistima, pri čemu njihovi kumulativni učinci rezultiraju uspješnijim ishodima liječenja (16). U ovome istraživanju, na prvome mjestu najpropisivanijih psihofarmaka je ipak diazepam iz skupine anksiolitika, čak gotovo dva puta češće propisivan no disulfiram u navedenih šest godina u sveukupnoj populaciji kroničnih alkoholičara, bez obzira na spol. Nezanemariv dio farmakoterapije liječenih alkoholičara čine i antidepresivi. Pojedina istraživanja pokazuju kako uporaba određenih antidepresiva, iz skupine inhibitora povratnog unosa serotonina, smanjuju depresivne simptome, ali i potencijalne pokušaje suicida u pacijenata ovisnih o alkoholu (17). Zanemariv statistički doprinos daje i nozinan, lijek iz kategorije antipsihotika, lijekova indiciranih za liječenje shizofrenih poremećaja. Zanimljivo je spomenuti kako pojedina istraživanja ukazuju na uspješnost liječenja depresije, ali i alkoholizma koji se često nalazi kao komorbiditetna dijagnoza, sertralinom (18). Istraživanja provedena u Sjedinjenim Američkim Državama pokazala su kako je brojka žena koje su svojedobno bile podvrgnute liječenju alkoholizma poražavajuća, u smislu da je nešto manje od pola ženske populacije na kojoj je provedeno istraživanje ikada primilo terapiju, a njih još manje ju i privelo kraju (20) što se može korelirati s već spomenutim socioekonomskim statusom i nemogućnošću plaćanja liječenja (21, 22).

Svjetska istraživanja pokazuju učestalu pojavnost anksioznosti i depresije kod alkoholičarki (12), što se poklapa s učestalim komorbiditetnim dijagnozama u ovom istraživanju. Studija žena blizanaca koja opisuje povezanost komorbiditeta ovih dijagnoza ukazuje na znatnu povezanost pojavnosti depresije i alkoholizma u žena, što ovisi o multifaktorskoj etiologiji koja podrazumijeva genetičke čimbenike koji utječu na povećanje rizika za razvoja oba poremećaja, ali i one okolišne (14). Ovo istraživanje također je ukazalo na učestalu postojanost depresije u alkoholičara, ali na prvom mjestu po učestalosti komorbiditetnih dijagnoza ipak se nalazi posttraumatski stresni poremećaj. Brojna su istraživanja pokazala kako ovi psihički poremećaji često idu u komorbiditetu, osobito u muškaraca koji su određeni period života bili izloženi stresnim događajima kao što je, primjerice, rat (23, 24). S obzirom na depresivne učinke alkohola na središnji živčani sustav, za pretpostaviti je da takvi pacijenti

nastoje snove, sjećanja i „flash back“ epizode „liječiti“ alkoholom koji im pruža svojevrsnu utopiju od stvarnosti. Svjetska istraživanja također ukazuju na pojavnost ove tri dijagnoze kao cijeline, a nerijetko se psihijatrijski poremećaji iz reda afektivnih poremećaja javljaju i uz druge tipove ovisnosti (25, 26). Istraživanja su pokazala kako su bolesnici, koji u komorbiditetu imaju i dijagnozu depresije, češće konzumirali druge druge nego alkoholičari bez dijagnoze depresije (27).

Tjelesna oštećenja, opravdano pretpostavljajući, uzrokovana pretrjeranom konzumacijom alkohola, u ovom istraživanju podrazumijevaju hipertenziju, što je u skladu i sa svjetskom literaturom i istraživanjima (28), bolest jetre te konvulzivne poremećaje na čiju su temu napravljena brojna istraživanja i dokazane uzročno– posljedične veze (29, 30).

U manjeg broja ispitanika došlo je samoozlijeđivanja na dva načina, namjerno samootrovanje antiepilepticima, sedativima-hipnoticima, antiparkinsonicima i psihotropnim lijekovima te namjerno samoozlijeđivanje oštrim predmetom. Postoje i istraživanja koja ukazuju na korelaciju između suicida i ovisnost o alkoholu (31), te na povezanost između ova dva problema (32).

7. Zaključak

Provedeno istraživanje na temu „Ovisnost o alkoholu u ženskog spola“ dovodi do sljedećih zaključaka:

- Kronični alkoholizam češće se javlja kod muškoga spola nego kod ženskog (od ukupnog broja pacijenata njih čak 86,78 % su muškarci).

- U promatranom razdoblju od šest godina (2010. - 2015.), broj hospitalizacija muškaraca s F10 dijagnozom je u stagnaciji, dok broj hospitalizacija žena pokazuje diskontinuirani rast, s najvećom incidencijom u 2015. godini.

- S obzirom na demografske karakteristike, najveći broj ukupnih ispitanika, bez obzira na spol, je u braku, a drugi su po broju hospitalizacija razvedeni pacijenti.

- Ukoliko se promatra isključivo ženska populacija kroz razdoblje od šest godina (2010. - 2015.), dominiraju razvedene pacijentice.

- Socioekonomski čimbenici koji podrazumijevaju obrazovanje i radni status pokazuju kako je najveći broj ispitanica srednje stručne spreme, potom slijede bolesnice koje nemaju završenu osnovnu školu, dok je, u usporedbi s muškarcima koji su većinom umirovljeni ili zaposleni, najveći broj pacijentica nezaposlen.

- Najveći broj muškaraca i žena kroz promatrano razdoblje bio je hospitaliziran tek jednom, dok su žene, u odnosu na muškarce, u više navrata bile hospitalizirane više od pet puta (14, 58 % žena u odnosu na 12, 42 %).

- Gotovo svi ispitanici primali su politerapiju, najčešće diazepam i disulfiram, bez obzira na spol, a u velikog broja pacijenata indicirana je i antidepresivna terapija.

- Alkoholizam se gotovo nikada ne javlja kao izolirani poremećaj, već se uz njega veže niz komorbiditeta, bilo fizičke naravi, bilo psihičke pa su tako i u ovom istraživanju česte dijagnoze jetreni poremećaji uzrokovani alkoholom, hipertenzija, ulkus želuca, dijagnoze iz skupine konvulzivnih poremećaja, ali i posttraumatski stresni poremećaj, depresivni poremećaji te emocionalno nestabilna ličnost.

- Manji broj ispitanika pokušao je počiniti suicid namjernim samootrovanjem antiepilepticima, sedativima-hipnoticima, antiparkinsonicima i psihotropnim lijekovima te samoozljeđivanjem oštrim predmetom.

8. Sažetak

Cilj istraživanja: Istražiti postoji li trend porasta ovisnosti o alkoholu u ženskoga spola u razdoblju od 2010. do 2015.godine te ukupan broj žena s navedenom dijagnozom usporediti s ukupnim brojem muškaraca koj imaju istu dijagnozu. Utvrditi demografske karakteristike i karakteristike bolesti u bolesnika s dijagnozom kroničnog alkoholizma.

Ustroj studije: Retrospektivna kohortna studija koja sadrži ukupno 363 ispitanika, od toga 315 muškaraca i 48 žena s dijagnozom kroničnog alkoholizma.

Metode: Povijesti bolesti pacijenata s glavnom dijagnozom F10 u razdoblju od 2010. do 2015.godine, iz kojih su prikupljene demografske karakteristike i karakteristike bolesti pojedinog pacijenta.

Rezultati: Kada govorimo o kroničnom alkoholizmu, po broju hospitalizacija prevladavju muškarci. Međutim, u navedenom razdoblju (2010. - 2015.) broj hospitalizacija muškaraca stagnira, dok broj hospitalizacija žena diskontinuirano raste, a najveću incidenciju doseže u posljednjoj godini (2015.). Najznačajnije demografske razlike među spolovima su radni status, pri čemu je najveći broj ispitanica nezaposlen, dok je najveći broj muškaraca umirovljen ili zaposlen.

Zaključak: Broj je ženskih ovisnika o alkoholu u promatranih šest godina porastao, ali neznatno, dok je broj muškaraca s istom dijagnozom u stagnaciji, no još uvijek daleko veći nego u žena.

Ključne riječi: alkoholizam; brak; nezaposlenost; diazepam; disulfiram

9. Summary

Alcohol dependence in women

Objectives: Determine whether there is an increase of alcohol dependence in women in the period from 2010 to 2015. Compare the total number of women with F10 diagnosis with the total number of men with the same diagnosis. Determine the demographic characteristics and characteristics of the illness in both men and women.

Study design: Retrospective cohort study, contains 363 patients, of which are 315 are men, and 48 women, both diagnosed with chronic alcohol abuse.

Methods: 363 patients hospitalised at the Psychiatric Clinic of the Clinical Hospital Centre Osijek in the period from 2010 to 2015 were the participants of this research. The data was collected from the medical histories of patients diagnosed with alcohol abuse. To collect the data we used a questionnaire drafted for the purpose of this research.

Results: The number of male hospitalizations still dominates over women. However, in the period from 2010 to 2015, the number of alcohol dependent women increased, but not statistically significant, while the number of alcohol dependent men did not significantly change. The most significant differences between men and women are in the demographic parameters such as the employment status, and we can see that most alcohol dependent women are unemployed, while most men are retired or employed.

Conclusion: The number of an alcohol dependent women slightly increased in the last six years, while the number of men with the same diagnosis stayed almost the same. However, men still prevaile in the number of hospitalisations.

Key Words: alcoholism, marriage, unemployment; diazepam; disulfiram

10. Literatura

1. Hotujac Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
2. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015.godinu, Registar za psihoze. Zagreb. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2016.
3. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015.godinu, Registar za psihoze. Zagreb. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2011.
4. Damjanov I, Jukić S, Nola M. Patologija. 3.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
5. El Haj M, Kessels RP, Matton C, Bacquet JE, Urso L, Cool G, i sur. Destination memory in Korsakoff's syndrome. Alcohol Clin Exp Res. 2016 Jun; 40(6): 1321-7.
6. Včev A, Burton N. Objektivno strukturirano kliničko ispitivanje. 1. izd. Osijek: Medicinski fakultet Sveučilišta J.J.Strossmayjera u Osijeku; 2015.
7. Dobrić I i sur. Dermatovenerologija. 3. izd. Zagreb: Grafoplast; 2005.
8. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Br Med J. 1976; 1: 1058-61.
9. Morić-Petrović S i sur. Psihijatrija. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga; 1991.
10. Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ. Temeljna i klinička farmakologija. 11. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
11. Schuckit MA, Duby J. The biology of Alcoholism. New York: Springer US; 1983.
12. Belfer ML, Shader RI, Carroll M, Harmatz JS. Alcoholism in Women. Arch Gen Psychiatry. 1971; 25(6): 540-4.
13. Matteo S. The risk of multiple addictions. Guidelines for assessing a woman's alcohol and drug use. West J Med. 1988; 149: 741-5.
14. Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC, Eaves LJ. Alcoholism and major depression in women : A twin study of the causes of comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 1993 Sep; 50(9): 690-8.
15. Lundwall L,Baekeland F. Disulfiram treatment of alcoholism a review. The Journal of nervous and mental disease. 1971 Dec; 153(6): 379-456.
16. Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, Kyle M, O'Brien CP. The status of disulfiram: A half of a century later. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2006 Jun; 26(3): 290-302.
17. Pettinati HM, Volpicelli JR, Luck G, Kranzler HR, Rukstalis MR, Cnaan A. Double – blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2001 Apr; 21(2): 143-153.

18. Moak DH, Anton RF, Latham PK, Voronin KE, Waid RL, Randolph L, i sur. Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: Results of placebo - controlled trial. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2003 Dec; 23(6): 553-562.
19. Hasin D, Paykin A. Alcohol dependence and abuse diagnoses: concurrent validity in a nationally representative sample. Alcohol Clin Exp Res. 1999; 23: 144-150.
20. Ross R, Fortney J, Lancaster B, Booth BM. Focus on women: Age, Ethnicity, and Comorbidity in a national sample of hospitalized alcohol – dependent women veterans. Psychiatric Services. 1998 May; 49(5): 663-668.
21. Schuckit MA, Schwei MG, Gold E. Prediction of outcome in inpatient alcoholics. Journal of Studies on Alcohol. 1986; 47: 151-155.
22. McLellan AT, Luborsky L, O'Brien C, et al: Is tretment for substance abuse effective? JAMA. 1982; 247: 1423-1428.
23. Gros DF , Simms LJ , Acierno R. Specificity of posttraumatic stress disorder symptoms: an investigation of comorbidity between posttraumatic stress disorder symptoms and depression in treatment-seeking veterans. J Nerv Ment Dis. 2010; 198: 885-890.
24. Back SE. Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. Am J Psychiatry. 2010; 167: 11-13.
25. Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, Schuckit MA, Stewart MA, Irwin MR. Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. Am J Psychiatry. 1995; 152: 45-52.
26. Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML. Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. Br J Addict. 1992; 87: 179-187.
27. Schuckit MA. Alcoholic patients with secondary depression. Am J Psychiatry. 1983; 140: 711-714.
28. Klatsky AL. Alcohol and hypertension. Clinica Chimica Acta. 1996; 246 (1-2): 91-105.
29. Mandayam S, Jamal MM, Morgan TR. Epidemiology of alcoholic liver disease. Semin Liver Dis. 2004; 24: 217-232.
30. Lefkowitch JH. Morphology of alcoholic liver disease. Clin Liver Dis. 2005; 9: 37-53.
31. Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1986; 16: 162-191.
32. Frances R J, Franklin WR, Mitchell PR. Suicide and alcoholism. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 1987; 13: 327-341.
33. Kolčić I, Vorko-Jović A. Epidemiologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.

11. Životopis

Osobni podatci

Ime i prezime	Iva Šunić
Datum i mjesto rođenja	24.7.1990., Osijek
Adresa	D. Cesarića 4, 31000 Osijek
Mobitel	0915579929
E-mail	sunic.ivaa@gmail.com

Obrazovanje

2005. – 2009.	Jezična gimnazija Osijek
2009. – 2016.	Medicinski fakultet Osijek

Aktivnosti u fakultetskim udrugama

2010. – 2011.	Predsjednica Lokalnog odbora za reproduktivno zdravlje i AIDS, CroMSIC
2011.	WAD (World's AIDS Day) organizator

Ostale aktivnosti

2013. – 2015.	Zamjenica predsjednica Studentskog zbora Medicinskog fakulteta u Osijeku